

BASE

san edil
FONDO SANITARIO LAVORATORI EDILI

MINI GUIDA

al Piano Sanitario

FONDO SANEDIL

Fondo Sanitario
Lavoratori Edili



*Le prestazioni del piano
sono garantite da:*

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

MINI GUIDA

al Piano Sanitario

FONDO SANEDIL

Fondo Sanitario
Lavoratori Edili

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

BASE

MINI GUIDA

al Piano Sanitario



RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (COME DA ELENCO ALLEGATO NELLA GUIDA AL PIANO SANITARIO), A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

In caso di ricovero per grande intervento chirurgico in istituto di cura (vedi elenco interventi nella Guida al Piano sanitario su www.fondosanedit.it), il Piano sanitario copre le spese per: pre-ricovero nei 50 giorni precedenti, intervento chirurgico, assistenza medica, medicinali e cure, rette di degenza, accompagnatore, assistenza infermieristica privata individuale, post ricovero nei 50 giorni successivi, trasporto sanitario, trapianti, interventi chirurgici effettuati nei primi 3 anni di vita del neonato per la correzione di malformazioni congenite.

- **In strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo Sanedil e medici convenzionati**

Le spese vengono liquidate direttamente e integralmente dal Fondo Sanedil, per il tramite di UniSalute, alle strutture ad eccezione delle coperture che prevedono specifici limiti.

- **In strutture sanitarie non convenzionate da UniSalute per il Fondo Sanedil o medici non convenzionati**

Se l'iscritto è domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, le spese vengono rimborsate nel limite di **€ 8.000,00** per intervento con uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di **€ 2.000,00** per intervento.

- **In strutture del Servizio Sanitario Nazionale**
Vengono rimborsate integralmente le spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari a carico dell'iscritto.
- **Indennità sostitutiva con pre e post ricovero**
Se l'iscritto non richiede alcun rimborso né per il ricovero, né per altra prestazione connessa, ha diritto a un'indennità di **€ 90** per ogni giorno di ricovero per massimo 90 giorni.

Le spese relative alle coperture di "pre" e "post ricovero" vengono prestate senza gli eventuali limiti previsti al punto "Ricovero, per grande intervento chirurgico, in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" ed assoggettate ad un limite di spesa annuo pari a **€ 1.000,00**.

**Somma massima annua a disposizione:
€ 55.000 per iscritto.**



ALTA SPECIALIZZAZIONE

Il Piano sanitario copre le spese per una serie di prestazioni extraospedaliere come ad esempio mammografia, chemioterapia, dialisi, risonanza magnetica nucleare, scintigrafia (vedi elenco completo nella Guida al Piano sanitario su www.unisalute.it o su www.fondosanedit.it). Per usufruire della copertura è richiesta la prescrizione medica con il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

- **In strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo Sanedil e medici convenzionati**
Le spese vengono liquidate direttamente dal Fondo Sanedil, per il tramite di UniSalute, alle strutture lasciando una quota a carico dell'I-

scritto di **€ 45,00** per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

- **In strutture sanitarie non convenzionate da UniSalute per il Fondo Sanedil o medici non convenzionati (L'utilizzo di strutture sanitarie o a personale non convenzionato è consentito solo nel caso in cui l'iscritto sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate)**

le spese vengono rimborsate con i un minimo non indennizzabile di **€ 45,00** per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

- **In strutture del Servizio Sanitario Nazionale**
Vengono rimborsati i ticket sanitari a carico dell'iscritto con un minimo non indennizzabile pari a **€ 20,00** per prestazione/ciclo terapia.

**Somma massima annua a disposizione:
€ 3.000,00 per Iscritto.**

Per le prestazioni "Endoscopie diagnostiche e operative", è previsto un sottolimito annuo di **€ 300,00** per Iscritto.



VISITE SPECIALISTICHE

Il Piano sanitario copre le spese per visite specialistiche. Sono escluse le visite pediatriche per i controlli di routine legati alla crescita e le visite odontoiatriche e ortodontiche. Per usufruire della copertura è necessaria la prescrizione medica con il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione. Rientra in copertura esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

- **In strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo Sanedil e medici convenzionati**

Le spese vengono liquidate direttamente dal Fondo Sanedil alle strutture con un minimo non indennizzabile pari a **€ 35,00** per ogni visita specialistica.

- **In strutture sanitarie non convenzionate da UniSalute per il Fondo Sanedil o medici non convenzionati (L'utilizzo di strutture sanitarie o a personale non convenzionato è consentito solo nel caso in cui l'iscritto sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate)**

Le spese vengono rimborsate con un minimo non indennizzabile di **€ 35,00** per ogni visita specialistica.

- **In strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

Vengono rimborsati i ticket sanitari a carico dell'iscritto con un minimo non indennizzabile pari a **€ 20,00** per ogni visita specialistica.

**Somma massima annua a disposizione:
€ 300,00 per iscritto.**



TICKET PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRONTO SOCCORSO

Il piano sanitario rimborsa i ticket sanitari a carico dell'iscritto effettuati nel Servizio Sanitario Nazionale con un minimo non indennizzabile pari a **€ 20,00** per ogni ticket:

- per accertamenti diagnostici (non previsti al punto "alta specializzazione");
- di pronto soccorso.

**Somma massima annua a disposizione:
€ 300,00 per iscritto.**



TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI

Trattamenti fisioterapici riabilitativi da infortunio e a seguito di patologia temporaneamente invalidante

Il Piano sanitario copre le spese per trattamenti fisioterapici a seguito di infortunio e i trattamenti fisioterapici per patologia temporaneamente invalidante (vedi elenco) esclusivamente a fini riabilitativi, purché prescritti da medico e siano effettuati da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione. Per usufruire della copertura è necessaria la prescrizione medica e per i trattamenti fisioterapici da infortunio è necessario il certificato del Pronto Soccorso.

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

Elenco patologie temporaneamente invalidanti:

- Malattie cardiovascolari temporaneamente invalidanti
- Malattie neurologiche temporaneamente invalidanti
- Interventi di protesizzazione temporaneamente degli arti
- Fratture patologiche di grado elevato temporaneamente inabilitanti

- **In strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo Sanedil e medici convenzionati**

Le spese vengono liquidate direttamente dal Fondo Sanedil alle strutture con un minimo non indennizzabile pari a **€ 35,00** per ogni ciclo di terapia.

- **In strutture sanitarie non convenzionate da UniSalute per il Fondo Sanedil o medi-**

ci non convenzionati (L'utilizzo di strutture sanitarie o a personale non convenzionato è consentito solo nel caso in cui l'iscritto sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate)

Le spese vengono rimborsate con un minimo non indennizzabile di **€ 35,00** per ogni ciclo di terapia.

- **In strutture del Servizio Sanitario Nazionale**
Vengono rimborsati i ticket sanitari a carico dell'iscritto con un minimo non indennizzabile pari a **€ 20,00** per ogni ciclo di terapia.

**Somma massima annua a disposizione:
€ 150,00 per iscritto.**



PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI

Il Piano sanitario copre un'ablazione del tartaro con eventuale visita di controllo, da effettuare una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute. Le prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione. Se il medico riscontra la necessità di effettuare una seconda seduta di igiene nel corso dello stesso anno, la Società provvederà ad autorizzare e liquidare la stessa nei limiti sopra indicati.

- **In strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo Sanedil e medici convenzionati**
Le spese vengono liquidate direttamente dal Fondo Sanedil alle strutture con uno scoperto del 40%.



IMPLANTOLOGIA

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di implantologia, in caso di applicazione di uno, due, tre o più impianti previsti dal medesimo piano di cura.

Sono inclusi: il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio e il perno/moncone relativi agli impianti. È prevista anche la copertura delle spese per avulsione fino ad un massimo di 4 denti l'anno (solo se resa necessaria da una prestazione di implantologia).

- **In strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo Sanedil e medici convenzionati**

Le spese vengono liquidate direttamente e integralmente dal Fondo Sanedil alle strutture.

- **In strutture del Servizio Sanitario Nazionale**
Rimborso integrale dei ticket

**Somma massima annua a disposizione:
€ 1.200,00 per iscritto.**

Sottolimito di spesa annuo: **€ 375,00** (nel caso di un impianto) - **€ 750,00** (nel caso di due impianti)



INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO

Il Piano sanitario copre le spese per gli interventi chirurgici odontoiatrici a seguito delle seguenti patologie:

- Adamantinoma
- Ascesso dentario in presenza di strumento

- endodontico nel lume canalare
- Cisti follicolari
- Cisti radicolari
- Odontoma
- Rimozione di impianto dislocato all'interno del seno mascellare

Per l'attivazione della copertura è necessaria una prescrizione medica.

- **In strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo Sanedil e medici convenzionati**

Le spese vengono liquidate direttamente e integralmente dal Fondo Sanedil alle strutture.

- **In strutture del Servizio Sanitario Nazionale**
Rimborso integrale dei ticket

**Somma massima annua a disposizione:
€ 1.200,00 per iscritto.**



CURE ODONTOIATRICHE CONSERVATIVE

Il Piano sanitario copre le spese per cure odontoiatriche conservative.

- **In strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo Sanedil e medici convenzionati**

Le spese vengono liquidate direttamente dal Fondo Sanedil alle strutture con uno scoperto del 40%.

- **In strutture del Servizio Sanitario Nazionale**
Rimborso integrale dei ticket

**Somma massima annua a disposizione:
€ 60,00 per iscritto.**



PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI

Il Piano sanitario copre le spese per una serie di esami di prevenzione da effettuare una volta all'anno e in un'unica soluzione presso le strutture sanitarie convenzionate con UniSalute per il Fondo Sanedil.

Pacchetto Base Donna/Uomo dai 18 anni

- Alanina Aminotransferasi ALT
- Aspartato Aminotransferasi AST
- Colesterolo HDL
- Colesterolo totale
- Creatinina
- Esame emocromocitometrico e morfologico completo
- Gamma GT
- Glicemia
- Trigliceridi
- Tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- Tempo di protrombina (PT)
- Urea
- VES
- Urine; esame chimico, fisico e microscopico

Per le donne dai 18 anni

- Pap-test



PROTESI ORTOPEDICHE E ACUSTICHE

Il Piano sanitario rimborsa le spese per l'acquisto di protesi ortopediche e acustiche con uno scoperto del 20% con un minimo non indennizzabile di **€ 100,00** per fattura/persona.

È necessaria la prescrizione con indicazione della motivazione.

**Somma massima annua a disposizione:
€ 300,00 per iscritto.**



LENTI

Il Piano sanitario rimborsa le spese sostenute per lenti correttive di occhiali o a contatto con un minimo non indennizzabile di **€ 50,00** per fattura/persona. Per l'attivazione è necessaria la certificazione del medico oculista dell'SSN o oculista privato attestante la variazione del visus.

**Somma massima annua a disposizione:
€ 30,00 per iscritto.**



GRAVE INABILITÀ DETERMINATA DA INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO SUL LAVORO O GRAVI PATOLOGIE

Il Piano sanitario rimborsa le spese sanitarie e/o l'erogazione di servizi di assistenza per stati di grave inabilità causati da infortunio (sul lavoro) che determina un'invalidità permanente superiore al 50% (tabella di riferimento I.N.A.I.L.) oppure causati da una delle seguenti gravi patologie:

- Ictus;
- Sclerosi Multipla;
- Paralisi;
- Trapianto cuore, fegato, polmone, rene, midollo spinale o pancreas;
- Fibrosi cistica;
- Ischemia arterie vertebrali.

L'infortunio sul lavoro deve essere documentato da certificato di Pronto Soccorso e le gravi patologie elencate devono essere insorte durante l'operatività del Piano sanitario.

**Somma massima annua a disposizione:
€ 4.200,00 per iscritto, fruibile nel corso
dei primi tre anni del Piano sanitario.**



SERVIZIO MONITOR SALUTE

Il Piano sanitario offre per gli iscritti di età maggiore di 40 anni il controllo delle patologie croniche, mettendo a disposizione un sistema di tecnologia avanzato che permette la misurazione dei parametri clinici direttamente al domicilio. È sufficiente compilare un questionario e dopo la valutazione dei parametri inseriti viene consegnato gratuitamente al paziente un dispositivo medico per eseguire delle misurazioni direttamente da casa. I valori dei pazienti vengono monitorati costantemente da una Centrale Operativa, composta da infermieri specializzati che, intervengono laddove si presentino degli alert clinici e svolgono una funzione di coaching e formazione a supporto dell'empowerment del paziente. È previsto, inoltre, un limite di spesa aggiuntivo per visite specialistiche e accertamenti diagnostici inerenti la sua condizione di cronicità.

Visite specialistiche e accertamenti diagnostici per patologie croniche

Il Piano sanitario copre le spese per visite specialistiche e per accertamenti diagnostici strettamente connessi alle patologie croniche da cui sono affetti gli Iscritti. È necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

- **In strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo Sanedil e medici convenzionati**

Le spese vengono liquidate direttamente e integralmente dal Fondo Sanedil alle strutture.

- **In strutture sanitarie non convenzionate da UniSalute per il Fondo Sanedil o medici non convenzionati** (l'utilizzo di strutture sanitarie o a personale non convenzionato è consentito solo nel caso in cui l'iscritto sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate)

Le spese vengono liquidate integralmente dal Fondo Sanedil.

- **In strutture del Servizio Sanitario Nazionale**
Rimborso integrale dei ticket

**Somma massima annua a disposizione:
€ 300,00 per iscritto.**



MATERNITA'/GRAVIDANZA

Il Piano sanitario copre le spese per 2 ecografie per il controllo in gravidanza:

- **In strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo Sanedil e medici convenzionati**
Le spese vengono liquidate direttamente e integralmente dal Fondo Sanedil alle strutture.
- **In strutture del Servizio Sanitario Nazionale**
Rimborso integrale dei ticket



SEZIONE COVID-19

Indennità giornaliera per ricovero in caso di positività COVID-19 (Coronavirus)

Se l'iscritto deve essere ricoverato per positività al virus COVID-19 (tamponi positivi Coronavirus) il Piano sanitario prevede una diaria giornaliera di **€ 40,00** con un massimo di 30 giorni. Il giorno di entrata e quello di uscita si considerano un solo giorno.

Diaria post ricovero a seguito di terapia intensiva per COVID-19 (Coronavirus)

Successivamente alla dimissione ed esclusivamente nel caso in cui durante il Ricovero sia stato necessario il ricorso alla Terapia Intensiva con intubazione dell'iscritto, è prevista una diaria per la convalescenza complessivamente pari a **€ 40,00** per 30 giorni.

Le indennità non sono cumulabili tra loro.



TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE

Se una prestazione non è in copertura perché non prevista dal Piano sanitario o per esaurimento del limite di spesa annuo o perché inferiore ai minimi non indennizzabili e rimane a totale carico dell'iscritto, è possibile richiedere comunque l'applicazione di tariffe agevolate rispetto alle normali tariffe di mercato presso le strutture sanitarie convenzionate con UniSalute per Fondo Sanedil.



COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO

STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE CON UNISALUTE PER FONDO SANEDIL

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

Come prenotare le prestazioni presso le strutture convenzionate

Se l'iscritto al Fondo Sanedil ha bisogno di prenotare una prestazione sanitaria nelle strutture convenzionate ha due possibilità:

- può rivolgersi alla Cassa Edile/Edilcassa di riferimento
- oppure può rivolgersi al Facilitatore-Delegato

Se l'iscritto si rivolge direttamente alla Cassa Edile/Edilcassa:

- compila il modulo di richiesta di prestazione che si trova scaricabile dal sito del fondo Sanedil www.fondosanedil.it
- spiega la propria esigenza e consegna all'Addetto della Cassa Edile/Edilcassa l'eventuale prescrizione medica contenente la richiesta della prestazione

Se l'iscritto si rivolge al Facilitatore-Delegato:

- compila il modulo di richiesta di prestazione che si trova scaricabile dal sito del fondo Sanedil www.fondosanedil.it e lo consegna al Facilitatore-Delegato
- spiega la propria esigenza e consegna al Fa-

cilitatore-Delegato l'eventuale prescrizione medica contenente la richiesta della prestazione

- Il Facilitatore-Delegato prende in carico la richiesta, si rivolge presso la Cassa Edile/Edilcassa di riferimento e richiede l'autorizzazione per l'effettuazione della prestazione richiesta dall'iscritto.

In entrambi i casi, presso la Cassa Edile/Edilcassa, l'addetto verificherà i requisiti di iscrizione al Fondo Sanedil e sarà possibile quindi avviare due tipi di processo per prenotare la prestazione in rete:

1) "PROCESSO COMPLETO":

Se la prestazione è in copertura, sarà l'addetto della Cassa Edile/Edilcassa a completare la prenotazione per la prestazione richiesta quando gli saranno forniti dall'iscritto, o dal Facilitatore-Delegato in sua vece, gli estremi dell'appuntamento: nome della struttura scelta, nome del medico, data e ora.

2) "ITER AUTORIZZATIVO":

Se la prestazione è in copertura, l'addetto della Cassa Edile/Edilcassa aprirà la richiesta, ma sarà l'iscritto a completare la prenotazione della prestazione utilizzando il link che UniSalute gli manderà tramite sms/mail e seguendo la procedura indicata di seguito.

Se l'iscritto ha scelto di ricevere da UniSalute il messaggio di autorizzazione a prenotare la prestazione autonomamente ("Iter autorizzativo"), cosa deve fare?

L'iscritto deve:

- aprire il messaggio di autorizzazione ricevuto da UniSalute
- cliccare sul link "strutture convenzionate"
- visualizzare la lista delle strutture convenzionate proposte nelle vicinanze dell'indirizzo di riferimento fornito
- scegliere la struttura sanitaria che preferisce
- contattare la struttura indicando sempre di essere assicurato con UniSalute e fissare l'appuntamento

- comunicare a UniSalute, cliccando sull'apposito link presente nel messaggio, la data e l'ora dell'appuntamento.

L'iscritto può anche scegliere una struttura differente rispetto a quelle proposte presenti al link del messaggio che gli è arrivato:

- va sul sito del fondo all'indirizzo www.fondosanedil.it e nella apposita sezione scarica l'elenco delle strutture convenzionate da UniSalute per il Fondo Sanedil
- sceglie la struttura sanitaria che preferisce
- contatta la struttura indicando sempre di essere assicurato con UniSalute e fissa l'appuntamento
- torna nel messaggio che ha ricevuto e, all'apposito link, comunica a UniSalute la struttura, il medico e la data e l'ora dell'appuntamento.

In seguito UniSalute invia all'iscritto un messaggio/mail di conferma ad effettuare la prestazione prenotata.

Al momento della prestazione, l'iscritto deve presentare alla struttura convenzionata un documento di identità e, quando richiesta, la prescrizione del medico curante con l'indicazione della patologia o del quesito diagnostico e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste. Per quesito diagnostico si intende la diagnosi già accertata o sospettata, oppure il sintomo prevalente che deve essere riportato sulla richiesta di esami o visite mediche.

Il Fondo Sanedil, attraverso UniSalute, pagherà le spese per le prestazioni sanitarie autorizzate direttamente alla struttura convenzionata. L'iscritto dovrà sostenere le spese all'interno della struttura convenzionata solo nei casi in cui parte di una prestazione non sia compresa dalle prestazioni del Piano sanitario.

RIMBORSO DEI TICKET PRESSO IL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE (SSN) O DELLE FATTURE PRESSO STRUTTURE SANITARIE NON CONVENZIONATE (fuori rete valido nel solo caso di provincia priva di strutture convenzionate per la prestazione richiesta)

Come richiedere il rimborso per prestazioni previste nel piano sanitario e avvenute presso il Sistema Sanitario Nazionale - SSN (Ticket) o presso una struttura sanitaria non convenzionata nel solo caso di provincia priva di strutture convenzionate

Se l'iscritto al Fondo Sanedil ha bisogno di richiedere il rimborso di una prestazione sanitaria già avvenuta ha due possibilità:

- può rivolgersi alla Cassa Edile/Edilcassa di riferimento
- oppure può rivolgersi al Facilitatore-Delegato

In entrambi i casi l'iscritto deve:

- compilare il modulo di richiesta di prestazione che si trova scaricabile dal sito del fondo Sanedil www.fondosanedil.it
- fornire il modulo compilato e la documentazione richiesta nelle specifiche garanzie alla Cassa Edile/Edilcassa di riferimento o al Facilitatore-Delegato

In entrambi i casi presso la Cassa Edile/Edilcassa, l'addetto verificherà i requisiti di iscrizione al Fondo Sanedil e avvierà il processo di richiesta di rimborso.

Di seguito viene 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 scaricabile dal sito del Fondo Sanedil;
- in caso di **ricovero**, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;

- in caso di **indennità giornaliera per ricovero**, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;

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

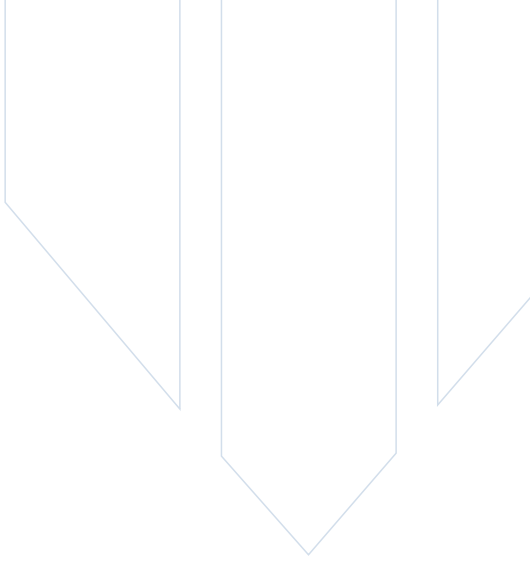
- in caso di **prestazioni extraricovero**, copia della prescrizione contenente la patologia, presunta o accertata, da parte del medico curante;
- eventuale altra documentazione medica richiesta alle specifiche coperture;
- copia della **documentazione di spesa** (distinte e ricevute) in cui risulti il quietanzamento.

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

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

La Cassa Edile/Edilcassa di riferimento inoltrerà tutta la documentazione per il rimborso a UniSalute che, dopo avere fatto le opportune verifiche invierà all'iscritto SMS/mail con l'esito del rimborso.

Se l'iscritto vuole conoscere lo stato di valutazione delle proprie pratiche di rimborso potrà sempre fare riferimento, anche per il tramite del Facilitatore-Delegato, alla Cassa Edile/Edilcassa di riferimento.



PLUS

san  edil
FONDO SANITARIO LAVORATORI EDILI

MINI GUIDA

al Piano Sanitario

PER I LAVORATORI CHE PRESENTANO
I SEGUENTI REQUISITI:

- OPERAI: Aver maturato il diritto all'erogazione dell'APE (Anzianità Professionale Edile)
- IMPIEGATI: Anzianità contributiva Sanedil continuativa di almeno due anni



*Le prestazioni del piano
sono garantite da:*

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

MINI GUIDA

al Piano Sanitario

FONDO SANEDIL

Fondo Sanitario
Lavoratori Edili

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

PLUS

MINI GUIDA

al Piano Sanitario



RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (COME DA ELENCO ALLEGATO NELLA GUIDA AL PIANO SANITARIO), A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

In caso di ricovero per grande intervento chirurgico in istituto di cura (vedi elenco interventi nella Guida al Piano sanitario su www.fondo-sanedil.it), il Piano sanitario copre le spese per: pre-ricovero nei 50 giorni precedenti, intervento chirurgico, assistenza medica, medicinali e cure, rette di degenza, accompagnatore, assistenza infermieristica privata individuale, post ricovero nei 50 giorni successivi, trasporto sanitario, trapianti, interventi chirurgici effettuati nei primi 3 anni di vita del neonato per la correzione di malformazioni congenite.

- **In strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo Sanedil e medici convenzionati**

Le spese vengono liquidate direttamente e integralmente dal Fondo Sanedil, per il tramite di UniSalute, alle strutture ad eccezione delle coperture che prevedono specifici limiti.

- **In strutture sanitarie non convenzionate da UniSalute per il Fondo Sanedil o medici non convenzionati**

Se l'iscritto è domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, le spese vengono rimborsate nel limite di **€ 10.000,00** per intervento con uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di **€ 2.000,00** per intervento.

- **In strutture del Servizio Sanitario Nazionale**
Vengono rimborsate integralmente le spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari a carico dell'iscritto.
- **Indennità sostitutiva con pre e post ricovero**
Se l'iscritto non richiede alcun rimborso né per il ricovero, né per altra prestazione connessa, ha diritto a un'indennità di **€ 150** per ogni giorno di ricovero per massimo 90 giorni.

Le spese relative alle coperture di "pre" e "post ricovero" vengono prestate senza gli eventuali limiti previsti al punto "Ricovero, per grande intervento chirurgico, in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" ed assoggettate ad un limite di spesa annuo pari a **€ 1.000,00**.

**Somma massima annua a disposizione:
€ 55.000 per iscritto.**



ALTA SPECIALIZZAZIONE

Il Piano sanitario copre le spese per una serie di prestazioni extraospedaliere come ad esempio mammografia, chemioterapia, dialisi, risonanza magnetica nucleare, scintigrafia (vedi elenco completo nella Guida al Piano sanitario su www.unisalute.it o su www.fondosanedit.it). Per usufruire della copertura è richiesta la prescrizione medica con il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

- **In strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo Sanedil e medici convenzionati**
Le spese vengono liquidate direttamente dal Fondo Sanedil, per il tramite di UniSalute, alle strutture lasciando una quota a carico dell'I-

scritto di **€ 35,00** per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

- **In strutture sanitarie non convenzionate da UniSalute per il Fondo Sanedil o medici non convenzionati (L'utilizzo di strutture sanitarie o a personale non convenzionato è consentito solo nel caso in cui l'iscritto sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate)**

le spese vengono rimborsate con i un minimo non indennizzabile di **€ 35,00** per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

- **In strutture del Servizio Sanitario Nazionale**
Vengono rimborsati i ticket sanitari a carico dell'iscritto con un minimo non indennizzabile pari a **€ 10,00** per prestazione/ciclo terapia.

**Somma massima annua a disposizione:
€ 5.000,00 per Iscritto.**

Per le prestazioni "Endoscopie diagnostiche e operative", è previsto un sottolimito annuo di **€ 500,00** per Iscritto.



VISITE SPECIALISTICHE

Il Piano sanitario copre le spese per visite specialistiche. Sono escluse le visite pediatriche per i controlli di routine legati alla crescita e le visite odontoiatriche e ortodontiche. Per usufruire della copertura è necessaria la prescrizione medica con il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione. Rientra in copertura esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

- **In strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo Sanedil e medici convenzionati**

Le spese vengono liquidate direttamente dal Fondo Sanedil alle strutture con un minimo non indennizzabile pari a **€ 25,00** per ogni visita specialistica.

- **In strutture sanitarie non convenzionate da UniSalute per il Fondo Sanedil o medici non convenzionati (L'utilizzo di strutture sanitarie o a personale non convenzionato è consentito solo nel caso in cui l'iscritto sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate)**

Le spese vengono rimborsate con un minimo non indennizzabile di **€ 25,00** per ogni visita specialistica.

- **In strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

Vengono rimborsati i ticket sanitari a carico dell'iscritto con un minimo non indennizzabile pari a **€ 10,00** per ogni visita specialistica.

**Somma massima annua a disposizione:
€ 500,00 per iscritto.**



TICKET PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRONTO SOCCORSO

Il piano sanitario rimborsa i ticket sanitari a carico dell'iscritto effettuati nel Servizio Sanitario Nazionale con un minimo non indennizzabile pari a **€ 10,00** per ogni ticket:

- per accertamenti diagnostici (non previsti al punto "alta specializzazione");
- di pronto soccorso.

**Somma massima annua a disposizione:
€ 500,00 per iscritto.**



TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI

Trattamenti fisioterapici riabilitativi da infortunio e a seguito di patologia temporaneamente invalidante

Il Piano sanitario copre le spese per trattamenti fisioterapici a seguito di infortunio e i trattamenti fisioterapici per patologia temporaneamente invalidante (vedi elenco) esclusivamente a fini riabilitativi, purché prescritti da medico e siano effettuati da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione. Per usufruire della copertura è necessaria la prescrizione medica e per i trattamenti fisioterapici da infortunio è necessario il certificato del Pronto Soccorso.

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

Elenco patologie temporaneamente invalidanti:

- Malattie cardiovascolari temporaneamente invalidanti
- Malattie neurologiche temporaneamente invalidanti
- Interventi di protesizzazione temporaneamente degli arti
- Fratture patologiche di grado elevato temporaneamente inabilitanti

• In strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo Sanedil e medici convenzionati

Le spese vengono liquidate direttamente dal Fondo Sanedil alle strutture con un minimo non indennizzabile pari a **€ 25,00** per ogni ciclo di terapia.

• In strutture sanitarie non convenzionate da UniSalute per il Fondo Sanedil o medi-

ci non convenzionati (L'utilizzo di strutture sanitarie o a personale non convenzionato è consentito solo nel caso in cui l'iscritto sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate)

Le spese vengono rimborsate con un minimo non indennizzabile di **€ 25,00** per ogni ciclo di terapia.

- **In strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

Vengono rimborsati i ticket sanitari a carico dell'iscritto con un minimo non indennizzabile pari a **€ 10,00** per ogni ciclo di terapia.

**Somma massima annua a disposizione:
€ 250,00 per iscritto.**



PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI

Il Piano sanitario copre un'ablazione del tartaro con eventuale visita di controllo, da effettuare una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute. Le prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione. Se il medico riscontra la necessità di effettuare una seconda seduta di igiene nel corso dello stesso anno, la Società provvederà ad autorizzare e liquidare la stessa nei limiti sopra indicati.

- **In strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo Sanedil e medici convenzionati**

Le spese vengono liquidate direttamente dal Fondo Sanedil alle strutture con uno scoperto del 25%.



IMPLANTOLOGIA

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di implantologia, in caso di applicazione di uno, due, tre o più impianti previsti dal medesimo piano di cura.

Sono inclusi: il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio e il perno/moncone relativi agli impianti. È prevista anche la copertura delle spese per avulsione fino ad un massimo di 4 denti l'anno (solo se resa necessaria da una prestazione di implantologia).

- **In strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo Sanedil e medici convenzionati**

Le spese vengono liquidate direttamente e integralmente dal Fondo Sanedil alle strutture.

- **In strutture del Servizio Sanitario Nazionale**
Rimborso integrale dei ticket

**Somma massima annua a disposizione:
€ 2.000,00 per iscritto.**

Sottolimito di spesa annuo: **€ 625,00** (nel caso di un impianto) - **€ 1.250,00** (nel caso di due impianti)



INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO

Il Piano sanitario copre le spese per gli interventi chirurgici odontoiatrici a seguito delle seguenti patologie:

- Adamantinoma
- Ascesso dentario in presenza di strumento

- endodontico nel lume canalare
- Cisti follicolari
- Cisti radicolari
- Odontoma
- Rimozione di impianto dislocato all'interno del seno mascellare

Per l'attivazione della copertura è necessaria una prescrizione medica.

- **In strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo Sanedil e medici convenzionati**

Le spese vengono liquidate direttamente e integralmente dal Fondo Sanedil alle strutture.

- **In strutture del Servizio Sanitario Nazionale**
Rimborso integrale dei ticket

**Somma massima annua a disposizione:
€ 2.000,00 per iscritto.**



CURE ODONTOIATRICHE CONSERVATIVE

Il Piano sanitario copre le spese per cure odontoiatriche conservative.

- **In strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo Sanedil e medici convenzionati**

Le spese vengono liquidate direttamente dal Fondo Sanedil alle strutture con uno scoperto del 25%.

- **In strutture del Servizio Sanitario Nazionale**
Rimborso integrale dei ticket

**Somma massima annua a disposizione:
€ 100,00 per iscritto.**



PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI

Il Piano sanitario copre le spese per una serie di esami di prevenzione da effettuare una volta all'anno e in un'unica soluzione presso le strutture sanitarie convenzionate con UniSalute per il Fondo Sanedil.

Pacchetto Base Donna/Uomo dai 18 anni

- Alanina Aminotransferasi ALT
- Aspartato Aminotransferasi AST
- Colesterolo HDL
- Colesterolo totale
- Creatinina
- Esame emocromocitometrico e morfologico completo
- Gamma GT
- Glicemia
- Trigliceridi
- Tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- Tempo di protrombina (PT)
- Urea
- VES
- Urine; esame chimico, fisico e microscopico

Per le donne dai 18 anni

- Pap-test

A - Prevenzione cardiovascolare

Età minima 40 anni donna/uomo

Spesa massima autorizzata 150,00 euro per gli iscritti di entrambi i sessi e di ogni età che si sottopongano ai seguenti accertamenti:

a) diagnostica ematochimica caratterizzata da:

- Esame emocromocitometrico
- Ves
- Glicemia
- Azotemia
- Creatininemia
- Colesterolo totale e Hdl
- Trigliceridi
- Bilirubina totale e frazionata
- Alt e Ast

b) indagini specifiche:

- Visita specialistica cardiologia
- Ecg basale e da sforzo

B - Prevenzione delle patologie oncologiche genitali femminili e mammarie**Per donne di età superiore a 50 anni****Spesa massima autorizzata 120,00 euro per i seguenti accertamenti:****a) base comune di diagnostica ematochimica caratterizzata da:**

- Esame emocromocitometrico
- Ves
- Glicemia
- Azotemia
- Creatininemia
- Colesterolo totale e Hdl
- Bilirubina totale e frazionata
- Alt e Ast

b) indagini specifiche:

- Visita ginecologica e pap test

C - Prevenzione delle patologie oncologiche prostatiche**Per uomini di età superiore a 50 anni****Spesa massima autorizzata 120,00 euro per i seguenti accertamenti:****a) base comune di diagnostica ed ematochimica basata su:**

- Esame emocromocitometrico
- Ves
- Glicemia
- Azotemia
- Creatininemia
- Colesterolo totale ed Hdl
- Bilirubina totale e frazionata
- Alt e Ast

b) indagini specifiche:

- Visita specialistica urologia
- Ecografia prostatico vescicale
- Dosaggio Psa



PROTESI ORTOPEDICHE E ACUSTICHE

Il Piano sanitario rimborsa le spese per l'acquisto di protesi ortopediche e acustiche con uno scoperto del 20% con un minimo non indennizzabile di **€ 100,00** per fattura/persona.

È necessaria la prescrizione con indicazione della motivazione.

**Somma massima annua a disposizione:
€ 500,00 per iscritto.**



LENTI

Il Piano sanitario rimborsa le spese sostenute per lenti correttive di occhiali o a contatto con un minimo non indennizzabile di **€ 50,00** per fattura/persona.

Per l'attivazione è necessaria la certificazione del medico oculista dell'SSN o oculista privato attestante la variazione del visus.

**Somma massima annua a disposizione:
€ 90,00 per iscritto.**



GRAVE INABILITÀ DETERMINATA DA INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO SUL LAVORO O GRAVI PATOLOGIE

Il Piano sanitario rimborsa le spese sanitarie e/o l'erogazione di servizi di assistenza per stati di grave inabilità causati da infortunio (sul lavoro) che determina un'invalidità permanente superiore al 50% (tabella di riferimento I.N.A.I.L)

oppure causati da una delle seguenti gravi patologie:

- Ictus;
- Sclerosi Multipla;
- Paralisi;
- Trapianto cuore, fegato, polmone, rene, midollo spinale o pancreas;
- Fibrosi cistica;
- Ischemia arterie vertebrali.

L'infornuto sul lavoro deve essere documentato da certificato di Pronto Soccorso e le gravi patologie elencate devono essere insorte durante l'operatività del Piano sanitario.

**Somma massima annua a disposizione:
€ 4.200,00 per iscritto, fruibile nel corso
dei primi tre anni del Piano sanitario.**



SERVIZIO MONITOR SALUTE

Il Piano sanitario offre per gli iscritti di età maggiore di 40 anni il controllo delle patologie croniche, mettendo a disposizione un sistema di tecnologia avanzata che permette la misurazione dei parametri clinici direttamente al domicilio. È sufficiente compilare un questionario e dopo la valutazione dei parametri inseriti viene consegnato gratuitamente al paziente un dispositivo medico per eseguire delle misurazioni direttamente da casa. I valori dei pazienti vengono monitorati costantemente da una Centrale Operativa, composta da infermieri specializzati che, intervengono laddove si presentino degli alert clinici e svolgono una funzione di coaching e formazione a supporto dell'empowerment del paziente.

È previsto, inoltre, un limite di spesa aggiuntivo per visite specialistiche e accertamenti diagnostici inerenti la sua condizione di cronicità.

Visite specialistiche e accertamenti diagnostici per patologie croniche

Il Piano sanitario copre le spese per visite specialistiche e per accertamenti diagnostici strettamente connessi alle patologie croniche da cui sono affetti gli Iscritti. È necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

- **In strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo Sanedil e medici convenzionati**

Le spese vengono liquidate direttamente e integralmente dal Fondo Sanedil alle strutture.

- **In strutture sanitarie non convenzionate da UniSalute per il Fondo Sanedil o medici non convenzionati** (l'utilizzo di strutture sanitarie o a personale non convenzionato è consentito solo nel caso in cui l'Iscritto sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate).

Le spese vengono liquidate integralmente dal Fondo Sanedil.

- **In strutture del Servizio Sanitario Nazionale**
Rimborso integrale dei ticket

**Somma massima annua a disposizione:
€ 300,00 per iscritto.**



MATERNITA'/GRAVIDANZA

Il Piano sanitario copre le spese per 2 ecografie per il controllo in gravidanza:

- **In strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo Sanedil e medici convenzionati**

Le spese vengono liquidate direttamente e integralmente dal Fondo Sanedil alle strutture.

- **In strutture del Servizio Sanitario Nazionale**
Rimborso integrale dei ticket



SEZIONE COVID-19

Indennità giornaliera per ricovero in caso di positività COVID-19 (Coronavirus)

Se l'iscritto deve essere ricoverato per positività al virus COVID-19 (tampone positivo Coronavirus) il Piano sanitario prevede una diaria giornaliera di **€ 40,00** con un massimo di 30 giorni. Il giorno di entrata e quello di uscita si considerano un solo giorno.

Diaria post ricovero a seguito di terapia intensiva per COVID-19 (Coronavirus)

Successivamente alla dimissione ed esclusivamente nel caso in cui durante il Ricovero sia stato necessario il ricorso alla Terapia Intensiva con intubazione dell'iscritto, è prevista una diaria per la convalescenza complessivamente pari a **€ 40,00** per 30 giorni.

Le indennità non sono cumulabili tra loro.



TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE

Se una prestazione non è in copertura perché non prevista dal Piano sanitario o per esaurimento del limite di spesa annuo o perché inferiore ai minimi non indennizzabili e rimane a totale carico dell'iscritto, è possibile richiedere comunque l'applicazione di tariffe agevolate rispetto alle normali tariffe di mercato presso le strutture sanitarie convenzionate con UniSalute per Fondo Sanedil.



COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO

STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE CON UNISALUTE PER FONDO SANEDIL

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

Come prenotare le prestazioni presso le strutture convenzionate

Se l'iscritto al Fondo Sanedil ha bisogno di prenotare una prestazione sanitaria nelle strutture convenzionate ha due possibilità:

- può rivolgersi alla Cassa Edile/Edilcassa di riferimento
- oppure può rivolgersi al Facilitatore-Delegato

Se l'iscritto si rivolge direttamente alla Cas- sa Edile/Edilcassa:

- compila il modulo di richiesta di prestazione che si trova scaricabile dal sito del fondo Sanedil www.fondosanedil.it
- spiega la propria esigenza e consegna all'Addetto della Cassa Edile/Edilcassa l'eventuale prescrizione medica contenente la richiesta della prestazione

Se l'iscritto si rivolge al Facilitatore-Delegato:

- compila il modulo di richiesta di prestazione che si trova scaricabile dal sito del fondo Sanedil www.fondosanedil.it e lo consegna al Facilitatore-Delegato
- spiega la propria esigenza e consegna al Fa-

cilitatore-Delegato l'eventuale prescrizione medica contenente la richiesta della prestazione

- Il Facilitatore-Delegato prende in carico la richiesta, si rivolge presso la Cassa Edile/Edilcassa di riferimento e richiede l'autorizzazione per l'effettuazione della prestazione richiesta dall'iscritto.

In entrambi i casi, presso la Cassa Edile/Edilcassa, l'addetto verificherà i requisiti di iscrizione al Fondo Sanedil e sarà possibile quindi avviare due tipi di processo per prenotare la prestazione in rete:

1) "PROCESSO COMPLETO":

Se la prestazione è in copertura, sarà l'addetto della Cassa Edile/Edilcassa a completare la prenotazione per la prestazione richiesta quando gli saranno forniti dall'iscritto, o dal Facilitatore-Delegato in sua vece, gli estremi dell'appuntamento: nome della struttura scelta, nome del medico, data e ora.

2) "ITER AUTORIZZATIVO":

Se la prestazione è in copertura, l'addetto della Cassa Edile/Edilcassa aprirà la richiesta, ma sarà l'iscritto a completare la prenotazione della prestazione utilizzando il link che UniSalute gli manderà tramite sms/mail e seguendo la procedura indicata di seguito.

Se l'iscritto ha scelto di ricevere da UniSalute il messaggio di autorizzazione a prenotare la prestazione autonomamente ("Iter autorizzativo"), cosa deve fare?

L'iscritto deve:

- aprire il messaggio di autorizzazione ricevuto da UniSalute
- cliccare sul link "strutture convenzionate"
- visualizzare la lista delle strutture convenzionate proposte nelle vicinanze dell'indirizzo di riferimento fornito
- scegliere la struttura sanitaria che preferisce
- contattare la struttura indicando sempre di essere assicurato con UniSalute e fissare l'appuntamento

- comunicare a UniSalute, cliccando sull'apposito link presente nel messaggio, la data e l'ora dell'appuntamento.

L'iscritto può anche scegliere una struttura differente rispetto a quelle proposte presenti al link del messaggio che gli è arrivato:

- va sul sito del fondo all'indirizzo www.fondo-sanedil.it e nella apposita sezione scarica l'elenco delle strutture convenzionate da UniSalute per il Fondo Sanedil
- sceglie la struttura sanitaria che preferisce
- contatta la struttura indicando sempre di essere assicurato con UniSalute e fissa l'appuntamento
- torna nel messaggio che ha ricevuto e, all'apposito link, comunica a UniSalute la struttura, il medico e la data e l'ora dell'appuntamento.

In seguito UniSalute invia all'iscritto un messaggio/mail di conferma ad effettuare la prestazione prenotata.

Al momento della prestazione, l'iscritto deve presentare alla struttura convenzionata un documento di identità e, quando richiesta, la prescrizione del medico curante con l'indicazione della patologia o del quesito diagnostico e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste. Per quesito diagnostico si intende la diagnosi già accertata o sospettata, oppure il sintomo prevalente che deve essere riportato sulla richiesta di esami o visite mediche.

Il Fondo Sanedil, attraverso UniSalute, pagherà le spese per le prestazioni sanitarie autorizzate direttamente alla struttura convenzionata. L'iscritto dovrà sostenere le spese all'interno della struttura convenzionata solo nei casi in cui parte di una prestazione non sia compresa dalle prestazioni del Piano sanitario.

RIMBORSO DEI TICKET PRESSO IL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE (SSN) O DELLE FATTURE PRESSO STRUTTURE SANITARIE NON CONVENZIONATE (fuori rete valido nel solo caso di provincia priva di strutture convenzionate per la prestazione richiesta)

Come richiedere il rimborso per prestazioni previste nel piano sanitario e avvenute presso il Sistema Sanitario Nazionale - SSN (Ticket) o presso una struttura sanitaria non convenzionata nel solo caso di provincia priva di strutture convenzionate

Se l'iscritto al Fondo Sanedil ha bisogno di richiedere il rimborso di una prestazione sanitaria già avvenuta ha due possibilità:

- può rivolgersi alla Cassa Edile/Edilcassa di riferimento
- oppure può rivolgersi al Facilitatore-Delegato

In entrambi i casi l'iscritto deve:

- compilare il modulo di richiesta di prestazione che si trova scaricabile dal sito del fondo Sanedil www.fondosanedil.it
- fornire il modulo compilato e la documentazione richiesta nelle specifiche garanzie alla Cassa Edile/Edilcassa di riferimento o al Facilitatore-Delegato

In entrambi i casi presso la Cassa Edile/Edilcassa, l'addetto verificherà i requisiti di iscrizione al Fondo Sanedil e avvierà il processo di richiesta di rimborso.

Di seguito viene 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 scaricabile dal sito del Fondo Sanedil;
- in caso di **ricovero**, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;

- in caso di **indennità giornaliera per ricovero**, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;

Tutta la documentazione medica relativa alle prestazioni precedenti e successive al ricovero e ad esso connesso, 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;
- eventuale altra documentazione medica richiesta alle specifiche coperture;
- copia della **documentazione di spesa** (distinte e ricevute) in cui risulti il quietanzamento.

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

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

La Cassa Edile/Edilcassa di riferimento inoltrerà tutta la documentazione per il rimborso a UniSalute che, dopo avere fatto le opportune verifiche invierà all'iscritto SMS/mail con l'esito del rimborso.

Se l'iscritto vuole conoscere lo stato di valutazione delle proprie pratiche di rimborso potrà sempre fare riferimento, anche per il tramite del Facilitatore-Delegato, alla Cassa Edile/Edilcassa di riferimento.