



# *INsalute*

## **Polizza Denti 2018/2019**



**Al personale in servizio all'1/1/2018, fino al 31/12/2019**, sarà riservata una copertura odontoiatrica che, oltre a integrare i piani sanitari con le prestazioni dentarie, consentirà anche per il prossimo biennio a Uni.C.A. di rispettare i vincoli imposti dalla legge (DM Sacconi sui Fondi Sanitari) e, quindi, agli iscritti, di dedurre dal reddito i contributi versati per assistenza sanitaria per l'esercizio di riferimento (2018/19).

Grazie ai positivi andamenti dei rapporti tecnici, tutti i piani di coperture odontoiatriche per il nuovo biennio contengono significativi miglioramenti mentre è stata riconfermata in toto la partnership con il provider PRONTO-CARE, con due eccezioni rispetto a questa previsione:

- le prestazioni di tipo odontoiatrico previste per i dirigenti con Global Band Title SVP e superiori – nell'ambito delle prestazioni integrative di quelle base loro riservate - saranno ancora gestite da Previmedical;
- le prestazioni odontoiatriche della polizza "*Denti Treviso*", confermata per il biennio 2018-2019, saranno ancora gestite da Previmedical ed assicurate da RBM Assicurazione Salute.

La polizza odontoiatrica garantirà tutte le prestazioni ancora in regime di **totale autoassicurazione**, ovvero non coperte da polizze stipulate con altri soggetti ma liquidate direttamente dalla Cassa che, in questo modo, si farà completamente carico del rischio, assumendosi maggiori responsabilità e maggiori attenzioni in termini liquidativi. L'autoassicurazione, inoltre, ha portato maggiori risparmi che si sono tradotti in servizi migliori.

**L'adesione alla polizza è obbligatoria per i dipendenti del gruppo UniCredit aderenti a Cassa Uni.C.A. mentre è facoltativa per il nucleo Familiare iscritto a Uni.C.A.**

Le informazioni sulla copertura sono reperibili sul [portale di Uni.C.A.](#) al percorso [INFORMATIVA> 2017> 20 Dicembre 2017 - Rinnovo Piani Sanitari 2018-2019 - comunicazione importante> 12. Coperture odontoiatriche 2018-2019.pdf](#)



## LE PRESTAZIONI

Le prestazioni ammesse dalla polizza sono:

**Chirurgia:** estrazione di elementi dentali o interventi chirurgici odontoiatrici (sarà sempre accompagnata, ai fini della liquidabilità, da accertamento radiografico diagnostico pre);

**Chirurgia gengivale:** riconosciuta solo in presenza di tasche uguali o superiori ai 5 mm, previa documentazione radiografica pre-cure;

**Gengivectomia:** basterà la documentazione fotografica pre e post cure;

**Lembo gengivale semplice e lembo muco gengivale a riposizionamento apicale/curettage a cielo aperto:** riconosciuto in presenza di fotografia intraoperatoria;

**Conservativa:** trattasi di otturazione di denti cariati. Ai fini della liquidabilità, saranno ammesse cure sullo stesso dente ogni 24 mesi, salvo esplicita motivazione. Inoltre, occorrerà indicare il dente curato, la classe di otturazione, e su richiesta produrre documentazione pre/post cura (radiografica o fotografica) comprovante l'esecuzione della stessa;

**Paradontologia:** è la cura di patologie gengivali o paradontali (piorrea). Ai fini della liquidazione, si dovrà produrre sempre la cartella paradontale pre-cure, anche per lo *scaling* (pulizia sottogengivale del tartaro, a fini curativi, in presenza di patologia);

**Endodonzia:** si tratta della devitalizzazione di denti cariati. Occorrerà, in sede di liquidazione, che si indichi il dente curato e si produca documentazione pre e post cura (radiografica) comprovante l'esecuzione della stessa;

**Implantologia:** è la vite inserita in mancanza di elemento dentale. Sarà sempre necessario indicare l'area curata e produrre documentazione pre cura (radiografica);

**Protesi:** sono i manufatti protesici eseguiti dal laboratorio su prescrizione medica dell'odontoiatra prescelto. In tal caso, si produrrà la certificazione di conformità con indicazione degli elementi interessati e la data di effettuazione;

**Ortognatodonzia:** riguarda il trattamento delle malocclusioni dentali. Anche in sede di liquidazione di questa prestazione, occorrerà produrre certificazione di conformità con indicazione della tipologia di apparecchio ortodontico utilizzato.



### Per tutte le coperture è ricompresa:

- ✓ UNA Visita/Igiene orale all'anno per testa (ESCLUSO SBIANCAMENTO);
- ✓ UNA Visita di emergenza per: - carie destruenti che coinvolge la polpa dentaria - otturazione con carie secondaria che coinvolge la polpa dentaria - ascessi endodontici e paradontali (occorrerà allegare documentazione radiografica attestante la patologia);
- ✓ la Radiologia odontoiatrica a scopo diagnostico o per verifica di effettuazione di una prestazione.

In rosso sono evidenziate le novità introdotte per il biennio 2018-19.

La Polizza **obbligatoria** per Aree Professionali e Quadri Direttivi è la **COLLETTIVA DENTI** :

### Base COLLETTIVA DENTI

Categoria	In Network	Fuori Network
Visite	100%	80%
Igiene orale	100%	80%
Visita emergenza	100%	80%
Radiologia odontoiatrica	100%	80%
Chirurgia	100%	80%
Conservativa	100%	80%
Paradontologia	100%	80%
Endodonzia	100%	80%
Protesi	40%	15%
Ortognatodonzia	200€	0%
Implantologia	80%	60%
Massimale annuo titolare	1.500€	

### Con Estensione al Nucleo Familiare Assicurato

È possibile **estendere la polizza ai familiari inclusi nella polizza sanitaria non odontoiatrica**. Le prestazioni sono le stesse della polizza individuale, varia il massimale previsto per nucleo che sale a **2000€**.

Massimale annuo nucleo	2.000€
------------------------	--------



## OPZIONALE COMPLETA

La polizza opzionale completa **copre l'assicurato, il coniuge/convivente more uxorio e figli fiscalmente a carico**, purché inclusi nel Piano Sanitario di Uni.C.A. **Si configura come "integrativa" della COLLETTIVA DENTI.**

Categoria	In Network	Fuori Network
Visite	100%	80%
Igiene orale	100%	80%
Visita emergenza	100%	80%
Radiologia odontoiatrica	100%	80%
Chirurgia	100%	80%
Conservativa	100%	80%
Paradontologia	100%	80%
Endodonzia	100%	80%
Protesi	80%	60%
Ortognatodonzia	80%	60%
Implantologia	80%	60%
Massimale annuo *	3.000€ per nucleo di cui: 3.000€ per il titolare/1.500€ per i familiari	

## Con Estensione al Nucleo Familiare Assicurato

È possibile **estendere la polizza completa a tutti i familiari inclusi nella polizza sanitaria non odontoiatrica.**

**Attenzione!** Le prestazioni sono le stesse della polizza individuale. **Cambiano, invece, per tipologia di assicurato, le condizioni di polizza e i massimali. Ai familiari B sono applicate SOLO le condizioni della collettiva denti.**

	Titolare	Familiari A	Familiari B
Massimale collettiva	500€	2.000€	2.000€
Massimale completa	3.000€	1.500€	
Massimale annuo Nucleo*	3.500€		

\*il massimale di copertura indicato è quello complessivo (cioè comprende il massimale della copertura collettiva Denti).

**Familiari A:** coniuge/convivente more uxorio e figli fiscalmente a carico, purché inclusi nel Piano Sanitario di Uni.C.A. (polizza non odontoiatrica)

**Familiari B:** tutti i restanti familiari purché inclusi nel Piano Sanitario di Uni.C.A. (polizza non odontoiatrica)



## POLIZZA TOP

È riservata ai soli Dirigenti con Global Band Title di FVP.

Rispetto alla COMPLETA, presenta un massimale pari a 4.500€ ed un aumento del 10% di copertura dell'Implantologia, Protesica e Ortognatodonzia, rispetto alle previsioni del piano precedente.

## IL PROVIDER

Ancora per questo biennio il provider incaricato di gestire la Polizza odontoiatrica sarà sempre **PRONTO-CARE**, con le eccezioni che abbiamo illustrato sopra.

Pronto-Care sarà disponibile ai seguenti contatti:

- Numero Verde: **800 662 475** attivo dal lunedì al venerdì (9-18);
- Fax: **031 5472073**;
- Email per informazioni generiche: [infoperunica@pronto-care.com](mailto:infoperunica@pronto-care.com)
- Email per segnalare il proprio dentista e proporre l'affiliazione: [affiliazioni@pronto-care.com](mailto:affiliazioni@pronto-care.com)
- Email per informazioni sulle liquidazioni: [liquidazioni@pronto-care.com](mailto:liquidazioni@pronto-care.com)
- Email per segnalare reclami: [reclamiperunica@pronto-care.com](mailto:reclamiperunica@pronto-care.com)

L'Indirizzo per l'invio della corrispondenza è, invece:

**Pronto-Care**  
**Via Palestro 5/B**  
**22100 Como**

- Sito internet: [www.pronto-careperunica.com](http://www.pronto-careperunica.com) dove puoi consultare la rete convenzionata e affiliare il TUO dentista.
- Dal portale aziendale: seguendo il percorso [Servizi ai Colleghi](#)> [Welfare & Benefits](#)> [Assistenza Sanitaria Integrativa](#)> [Uni.C.A.](#)> [ProntoCare](#). In questo modo potrai accedere direttamente all'area riservata per gestire le tue pratiche.

## PROCEDURA IN RETE (DIRETTA)

Sul sito <https://www.pronto-careperunica.com/> cliccando su [Elenco dentisti convenzionati](#), è disponibile l'elenco dei medici odontoiatri affiliati, suddiviso per area geografica.

Informazioni sugli studi affiliati sono disponibili anche chiamando il numero verde gratuito di Pronto-Care o scrivendo all'indirizzo e-mail [infoperunica@pronto-care.com](mailto:infoperunica@pronto-care.com)



Una volta individuato il medico prescelto dovrai contattarlo e, entro 24 ore dalla visita, comunicare a Pronto-Care - attraverso l'apposito form di "Conferma appuntamento" presente nell'area riservata (Social-Care) oppure via e-mail, fax o telefono - le seguenti informazioni:

- ✓ Titolare di Polizza con relativa data di nascita
- ✓ Studio odontoiatrico prescelto con relativo Comune e Provincia
- ✓ data e orario dell'appuntamento.

Successivamente Pronto-Care informerà lo Studio odontoiatrico della presa in carico della pratica. Contestualmente, Pronto-Care notificherà via email all'Assistito il totale delle cure preventivate secondo tariffario, la quota di rimborso a carico della Cassa in conformità alle condizioni di copertura e la quota di scoperto a carico dell'Assistito che dovrà essere corrisposta direttamente allo studio dentistico. È necessario che l'Assistito acceda all'Area Iscritti (direttamente attraverso Group Intranet oppure loggandosi al sito), verifichi la rispondenza del preventivo al piano di cure concordato e quindi accetti il piano di cure.

**Attenzione!** Senza l'accettazione preventiva da parte dell'Assistito, il piano non viene inviato allo studio e, di conseguenza, le cure non saranno autorizzate.

Al termine delle cure, lo studio odontoiatrico invierà a Pronto-Care la fattura per la liquidazione diretta della quota coperta da rimborso e Pronto-Care, una volta liquidato il sinistro, provvederà a comunicarti il dettaglio della liquidazione nell'area riservata.

L'utilizzo della rete convenzionata consente di avere una serie di **vantaggi**:

- ✓ Tariffe odontoiatriche più basse del 20% circa rispetto alla media di mercato, grazie ad un tariffario concordato con tutti i dentisti appartenenti alla rete;
- ✓ Visita e ablazione del tartaro totalmente coperte;
- ✓ Maggiore percentuale di rimborso delle prestazioni rese in Rete Convenzionata;
- ✓ Annullamento delle pratiche amministrative per la richiesta di rimborso;
- ✓ Garanzia della qualità e professionalità dei dentisti aderenti alla rete;
- ✓ Il pagamento delle prestazioni odontoiatriche in rete sarà convenzionata Pronto-Care NON anticipato dal collega ma liquidato al dentista direttamente dal provider.

## Vantaggi



È possibile trovare l'informativa completa sul portale di Pronto-Care al percorso [GUIDA AL SERVIZIO > Manuale operativo](#).

## PROCEDURA FUORI RETE (INDIRETTA)

L'assistenza indiretta fornisce agli Assicurati la possibilità del rimborso delle spese sostenute per cure odontoiatriche ricevute dal Dentista di fiducia e non facente parte del Network Pronto-Care in conformità con il piano di rimborso.

Usufruento di un dentista non appartenente al network Pronto-Care si potrà:

1. inoltrare telematicamente la richiesta di rimborso unitamente alle copie delle fatture (senza necessità di far compilare il modulo dal dentista curante purché siano complete e dettagliate), attraverso la sezione "Procedura fuori rete" presente nell'area riservata.
2. far compilare l'apposito [modulo di richiesta di rimborso](#) dal medico curante ed inviarlo, unitamente alla copia oppure all'originale della fattura:
  - ✓ per posta interna a **Pronto-Care presso CSU Bologna**.
  - ✓ a Pronto-Care via email: [liquidazioni@pronto-care.com](mailto:liquidazioni@pronto-care.com)
  - ✓ a Pronto-Care via fax: **031 - 547 20 73**
  - ✓ per raccomandata a: **Pronto-Care - Via Palestro 5/B 22100 Como**.

**Attenzione!** Il modulo dovrà essere timbrato e firmato dal dentista che ha eseguito le cure.

**Attenzione!** Prima di procedere con la richiesta di rimborso ti invitiamo a leggere con attenzione sul portale di Uni.C.A. il prospetto di liquidabilità a pagina 3 dell'informativa disponibile al percorso [INFORMATIVA > 2017 > 20 Dicembre 2017 - Rinnovo Piani Sanitari 2018-2019 - comunicazione importante > 12. Coperture odontoiatriche 2018-2019.pdf](#)

Effettuati gli opportuni controlli, Pronto-Care provvederà alla liquidazione del sinistro. In caso di non correttezza della pratica o di documentazione mancante, ti contatterà per richiedere eventuali ulteriori documentazioni; una volta liquidato il sinistro, provvederà ad inviare l'originale della fattura al tuo recapito unitamente alla lettera di Liquidazione.

I termini per la richiesta di rimborso sono due (2) anni dal momento del sinistro (cura, diagnostica).





**Attenzione!** La percentuale di rimborso si applica alla fattura del dentista. **Per es.** per una fattura di 1.000€ per Parodontologia, il rimborso sarà pari a 800€ (ossia l'80%). Per cui resterà un residuo plafond utilizzabile di 200€. È possibile trovare l'informativa completa sul portale di Pronto-Care al percorso [GUIDA AL SERVIZIO> Procedura fuori rete](#).

**N.B.:** Le richieste di rimborso dovranno essere trasmesse **entro 3 mesi dalla data di emissione della fattura**, corredate dalla documentazione medico/diagnostica richiesta, necessariamente contestuale alle cure, sottoscritta dal medico curante dentista con indicazione di data e nominativo dell'assicurato.

Qualora la documentazione fotografica/radiografica prodotta non dovesse essere contestuale alla prestazione, la prestazione potrebbe non essere liquidata. Non saranno rimborsati i costi relativi alla documentazione medico/diagnostica richiesta (radiografie, fotografie, cartella paradontale, etc.).

I diritti derivanti dalla copertura dentaria sottoscritta si prescrivono entro due anni dalla data fattura. Non saranno rimborsate fatture "in anticipo", di "acconto" rispetto all'effettuazione delle prestazioni.

## L'ADESIONE

**A partire dal 22 gennaio e sino alle 17 del 9 Febbraio 2018** sarà possibile aderire alle polizze per il nuovo biennio 2018-2019 sul portale aziendale al percorso [HR Gate Italia> Employee Self-Service> Altri Documenti> Assistenza Sanitaria Integrativa> Visualizza> 2018](#), per l'informativa completa sulle modalità di adesione invitiamo a consultare sul portale di Uni.C.A. il link [INFORMATIVA> 2018> 22 gennaio 2018 – Al via le adesioni per i Piani Sanitari 2018-2019> 2. Testo Unico - Normativa di adesione ai Piani Sanitari 2018-2019.pdf](#).

### Come aderire

La scelta non sarà modificabile per tutto il biennio. Varrà, quindi, per due anni e **non vi saranno possibilità di revoca o di inserimento**, se non quelle previste dal Regolamento di Uni.C.A.. (da pagina 17 del documento [INFORMATIVA> 2018> 22 gennaio 2018 – Al via le adesioni per i Piani Sanitari 2018-2019> 2. Testo Unico - Normativa di adesione ai Piani Sanitari 2018-2019.pdf](#)).



È perciò prioritario definire le proprie necessità e quelle dei propri familiari così da aderire in modo corretto e corrispondente alle proprie esigenze, includendo tutti i soggetti che si desidera siano coperti dalla polizza.

**Ricordiamo che, contrariamente a quanto accade per la polizza non odontoiatrica, NON sono automaticamente inseriti in polizza i figli e il coniuge fiscalmente a carico.**

## Adesione familiari

L'estensione a TUTTO il nucleo familiare iscritto a Uni.C.A., pertanto, sarà facoltativa e con il costo a carico del dipendente, cui corrisponderà, però, un incremento del massimale annuo per nucleo assicurato (titolare di polizza compreso).

**N.B.:** L'operatività dell'estensione al nucleo familiare della copertura collettiva dentaria e della copertura COMPLETA sottoscritta da personale non dirigente è subordinata, come già avvenuto nello scorso biennio, al conseguimento di un minimo del 5% di adesioni degli aventi diritto.

## I COSTI

Il costo della copertura dentaria di polizza "collettiva denti" è parametrato per inquadramenti, secondo la tabella sotto riportata:

Inquadramento	Per anno
Dirigenti	265,86€
QD4	208,78€
QD3	176,85€
QD2	157,87€
QD1	148,51€
A3L4	130,25€
A3L3	121,15€
A3L2	114,32€
A3L1	108,38€
A2L3	101,82€
A2L2	97,90€
A2L1	95,25€
A1GN	91,08€
A1	88,70€



**N.B.:** Per gli esodati non vi è obbligo di sottoscrizione della polizza dentaria. **Pertanto coloro che sono interessati alla copertura dovranno effettuare la scelta esplicitamente.**

Il costo per gli esodati e per chi ha fruito della c.d. Opzione Donna ai fini pensionistici alla data dell'1.1.2018 è pari a **150€**.

Per i dipendenti in servizio e per gli esodati il pagamento verrà distribuito in tre rate :

- Aprile 2018 (40% dell'importo),
- Giugno 2018 (30% dell'importo),
- Dicembre 2018 (30% dell'importo).

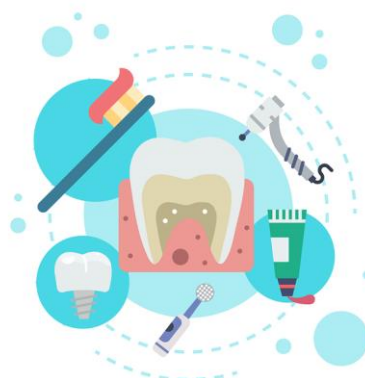
Nella tabella che segue sono riportati i costi aggiuntivi per l'estensione delle coperture al nucleo assicurato:

Collettiva denti estesa	Completa	Completa denti estesa
<b>500€*</b>	<b>750€*</b>	<b>1.250€*</b>

\*Contributo di sottoscrizione da parte di Quadri direttivi ed Aree professionali (da aggiungere al contributo della COLLETTIVA DENTI obbligatoria per il personale in servizio).

**Attenzione!** La copertura "completa" **INCLUDE** il coniuge o il convivente more uxorio (anche non fiscalmente a carico) e figli **SOLO** fiscalmente a carico, purché assicurati con la polizza sanitaria.

Sono esclusi tutti gli altri familiari compresi i figli non fiscalmente a carico.



## Raffronti

Nella seguente tabella i raffronti sui costi, i massimali per tipologie di polizza e soggetti coperti:

Polizza	Massimale	Costo	Chi copre
<b>Collettiva</b>	<b>1.500€</b> a testa	Per inquadramento	<b>Il Dipendente</b>
<b>Collettiva Estesa</b>	<b>2.000€</b> per nucleo	<b>+ 500€</b> per ciascun esercizio	<b>Tutto il nucleo assicurato con Uni.C.A.</b>
<b>Completa</b>	<b>3.000€</b> di cui: <b>3.000€</b> per il dipendente; <b>1.500€</b> per coniuge o convivente more uxorio, figli fiscalmente a carico, purché assicurati con la polizza non odontoiatrica	Per AP e QD: <b>+ 750€</b> per ciascun esercizio  Per Dirigenti con <u>banding 3 o inferiore:</u> 0	<b>Il dipendente + Coniuge o convivente more uxorio + Figli fiscalmente a carico</b>
<b>Completa Estesa</b>	<b>3.500€</b> di cui: <u>per il dipendente:</u> <b>500€ alle condizioni della collettiva e 3.000€ alle condizioni della completa;</b> <u>per coniuge o convivente more uxorio, figli fiscalmente a carico purché assicurati con la polizza non odontoiatrica:</u> <b>2.000€ alle condizioni della collettiva e 1.500€ alle condizioni della completa;</b> <u>per altri eventuali familiari purché assicurati con la polizza non odontoiatrica:</u> <b>2.000€ alle condizioni della SOLA collettiva</b>	Per AP e QD: <b>+ 1.250€</b> per ciascun esercizio  Per Dirigenti con <u>banding 3 o inferiore:</u> <b>500€</b> per ciascun esercizio	<b>Tutto il nucleo assicurato con Uni.C.A.</b>

I costi sulla copertura sono reperibili sul [portale di Uni.C.A.](#) al percorso [INFORMATIVA> 2017> 20 Dicembre 2017 - Rinnovo Piani Sanitari 2018-2019 - comunicazione importante> 12. Coperture odontoiatriche 2018-2019.pdf](#)



## Alcuni casi

Caso 1 – QD2 con polizza collettiva:

L'assicurato ha a suo carico il costo della polizza obbligatoria pari a 157,87€

**TOTALE = 157,87€**

Caso 2 – A3L4 con polizza collettiva e estensione al nucleo familiare:

L'assicurato ha a suo carico il costo della polizza obbligatoria pari a 130,25€ + 500€ per estensione a nucleo familiare

**TOTALE = 630,25€**

Caso 3 – QD1 con polizza collettiva e sottoscrizione SOLO della completa (quindi con inclusione di coniuge e/o figli fiscalmente a carico):

L'assicurato ha a suo carico il costo della polizza obbligatoria pari a 148,51€ + 750€ per sottoscrizione della copertura completa

**TOTALE = 798,51€**

Caso 4 – A3L2 con polizza collettiva con sottoscrizione della completa estesa al nucleo familiare (compresi figli non fiscalmente a carico e altri familiari):

L'assicurato ha a suo carico il costo della polizza obbligatoria pari a 114,32€ + 1.250€ per sottoscrizione alla copertura completa estesa

**TOTALE = 1.264,32€**

**Attenzione!** Gli importi sono per anno e andranno sostenuti per l'intero biennio.

## POLIZZA DENTI TREVISO

La polizza *“Denti Treviso”* (con RBM Assicurazione Salute – Provider Previmedical) è stata mantenuta a condizioni invariate, a beneficio di chi l'avesse sottoscritta nel piano 2016-2017.

Essa sarà riservata al solo personale proveniente da CassaMarca ed è prestata a favore del personale in servizio ed in quiescenza assicurato ad Uni.C.A. per il Piano sanitario 2018-2019 e, come ricordato, già aderente nel 2017 alla *polizza Treviso*.

L'assicurazione è prestata automaticamente a favore dell'intero nucleo familiare assicurato ad Uni.C.A. se già inserito nel Piano sanitario Base.

**COSTO TOTALE POLIZZA “DENTI TREVISO” : € 1.132,75 su base annua.**



## PROCEDURA DI LIQUIDAZIONE

Ai fini dell'imputazione della spesa al plafond annuale (2018 e 2019), l'anno di competenza coinciderà con l'anno della data fattura; pertanto, a fronte di piani di cura a cavallo di anno, tutte le prestazioni effettuate entro fine anno (31.12.2018 e 31.12.2019), se fatturate non oltre tale data, saranno imputate al plafond dell'anno di fatturazione, anche se il piano di cura non sia stato completato.

Tutte le prestazioni verranno liquidate nei limiti del plafond annuale relativo alla copertura dentaria sottoscritta. In caso di disaffiliazione dalla Rete convenzionata di uno studio dentistico/dentista, operata da Pronto-Care, Uni.C.A. non procederà più alla liquidazione in forma indiretta di eventuali fatture, successive alla disaffiliazione, emesse dallo studio/dentista disaffiliato, se non alle tariffe già oggetto, a suo tempo, di convenzione (le tariffe convenzionate sono consultabili su [https://prontocareperunica.com/pdf/Tariffario\\_Pronto-Care.pdf](https://prontocareperunica.com/pdf/Tariffario_Pronto-Care.pdf)).

Trattandosi di copertura Malattia/Infortunio, è sempre richiesta l'indicazione della patologia, salvo che per visite, igiene orale, radiologia.

**Sono rimborsabili** le spese sostenute per le prestazioni odontoiatriche necessarie, in relazione allo stato patologico documentato e in conformità a quanto previsto dalle Linee Guida della S.I.d.P (Società italiana di Parodontologia e Impiantologia), ed in applicazione delle condizioni specifiche di liquidabilità sotto riportate.

## BENEFICI FISCALI

I costi della polizza, compresa l'estensione ai familiari e/o attivazione della "Completa", saranno, in realtà, minori grazie agli effetti fiscali derivanti dall'adesione di queste polizze alla "cassa mutua".

Il beneficio fiscale dovrà essere calcolato da ogni aderente in base alla aliquota marginale di riferimento (cioè, l'aliquota massima prevista ai fini IRPEF), poiché le quote pagate saranno interamente dedotte dal proprio reddito nel limite di 3.615,20€.

**I contributi versati a Uni.C.A. sono deducibili dal reddito imponibile nel limite complessivo di 3.615,20 euro annui, in base alle vigenti norme fiscali.**

**N.B.** i colleghi in esodo, in tutto il periodo di permanenza nel fondo esuberi, non possono godere dei benefici fiscali.



## UTILIZZO CONTO WELFARE PER UNI.C.A.

Anche per ‘spesare’ la scelta per il biennio 2018-19 si potrà utilizzare il **Conto Welfare**, ma solo per effettuare l’estensione della polizza ai familiari o per l’attivazione della “Completa” e della “Completa estesa”.

**Attenzione!** Il costo sostenuto per la copertura obbligatoria del dipendente NON potrà essere rimborsato mediante utilizzo del Conto Welfare.

I piani sanitari sono già esclusi dalla base imponibile e contributiva fino all’importo di 3.615,20€ all’anno, pertanto, la convenienza aggiuntiva data dall’accredito delle somme sul Conto welfare consiste nell’aver una maggiore disponibilità di risorse per finanziare piani sanitari migliorativi.

**INevidenza!** In caso di destinazione a Conto Welfare di importi provenienti da Premio di Produttività e/o sistema incentivante e nel caso di utilizzo degli stessi assistenza sanitaria gli importi “utilizzati” non saranno conteggiati nei limiti di deducibilità annuali.

**Attenzione!** Poiché la deducibilità fiscale per l’assistenza sanitaria viene riconosciuta contestualmente agli addebiti mensili, nel caso di utilizzo del Conto welfare, il beneficio fiscale riconosciuto nei mesi precedenti verrà decurtato nel bollettino stipendio di suppletoria.

**Sarà in ogni caso garantita la piena deducibilità degli importi su base annua.**

Per utilizzare il conto welfare per le spese sanitarie, occorrerà compilare il modulo disponibile al percorso [HR Gate Italia> Welfare & Benefit> Piano Welfare> il tuo Conto WELFARE> SALUTE> ASSISTENZA SANITARIA](#) indicando l’importo che si vuole recuperare. Il modulo sarà visibile solo nel caso in cui vi siano disponibilità sul proprio conto welfare e somme che possono essere rimborsate dal piano.

## PERIODO TRANSITORIO

**ATTENZIONE!** Orientativamente fino alla prima quindicina di MARZO 2018 e, comunque, non prima del consolidamento a sistema informativo di *Previmedical* delle adesioni raccolte, NON sarà possibile accedere alla forma rimborsuale diretta.

29 Gennaio 2018

La Segreteria FIRST CISL di UniCredit Group

