



INsalute

Uni.C.A.

Piani sanitari 2018/2019



Forse NON sai CHE....

Tutti i dipendenti del Gruppo UniCredit beneficiano delle prestazioni della Cassa assistenza sanitaria (Uni.C.A.).

Uni.C.A. è un organismo bilaterale (compartecipato da azienda e rappresentanti dei lavoratori), nato il 15 novembre 2006.

Uni.C.A. è una *“associazione priva di fini di lucro, ha lo scopo di garantire e gestire con finalità esclusivamente assistenziali, ispirandosi a principi solidaristici e mutualistici, a favore dei propri iscritti persone fisiche e loro familiari, forme di assistenza sanitaria anche integrative delle prestazioni del Servizio sanitario Nazionale per i casi di malattia, infortuni e altri eventi che possano richiedere prestazioni di carattere sanitario o assistenziale” (dall’art.3 – “Scopo e durata” dello Statuto di Uni.C.A.)*



Grazie all'accordo fra sindacati e azienda firmato in data 15 Novembre 2006 è nata la Cassa assistenza.

Uni.C.A. è uno tra i principali strumenti di Welfare all'interno del gruppo UniCredit grazie al quale tutti i dipendenti, i pensionati e i familiari possono beneficiare di una protezione sanitaria.



LE PRESTAZIONI

Lo Statuto di Uni.C.A. definisce all'art.7 le prestazioni sanitarie (odontoiatriche e non) che l'Associazione può erogare, anche sotto forma di rimborso delle spese sostenute dai propri iscritti e relativi familiari. Uni.C.A., pertanto, affianca alle prestazioni erogate tramite polizze assicurative o contratti di servizio, prestazioni rese direttamente, quali le iniziative di prevenzione o il finanziamento di spese sanitarie non coperte dalle polizze assicurative, ma ritenute degne di considerazione da parte del Consiglio di Amministrazione.

A decorrere dal 1 Gennaio 2018 e fino al 31 Dicembre 2019, la copertura sarà garantita dalla polizza sanitaria appena rinnovata dalla Cassa. Anche per il biennio 2018/2019 Uni.C.A. ha individuato come partner assicurativo dell'Associazione, RBM Salute, compagnia specializzata nel ramo salute assicurativo.

Per tutti gli associati, il servizio per i rimborsi e le prestazioni in Rete Convenzionata è stato assegnato a PREVIMEDICAL.

Alle prestazioni si può accedere in due modi:

- **Tramite assistenza sanitaria diretta** che prevede la possibilità di usufruire dei servizi della rete di strutture convenzionate, nei limiti dei piani sanitari, senza anticipare nulla e con l'onere a carico dell'assistito limitato alla franchigia, ove prevista, o alle eventuali prestazioni accessorie non coperte;
Attenzione! Per l'assistenza diretta sarà necessaria l'autorizzazione di PREVIMEDICAL. L'eventuale utilizzo di strutture sanitarie facenti parte della Rete Convenzionata senza l'autorizzazione preventiva del Provider, farà decadere il beneficio della franchigia agevolata prevista per la Rete stessa.
- **Tramite assistenza sanitaria indiretta** che prevede la possibilità di ottenere le prestazioni presso qualsiasi struttura, sostenendo l'onere relativo e richiedendo successivamente il rimborso, nei limiti e con le franchigie previste dal piano.

INevidenza! È sempre necessario che ciascuna richiesta di indennizzo, sia in forma diretta che indiretta (compresi ticket), **sia accompagnata da documentazione medica da cui si possa evincere la diagnosi, o il sospetto diagnostico, che ha reso necessaria la prestazione** (non è sufficiente l'indicazione del solo sintomo).



I dettagli sui piani sanitari e i raffronti sono reperibili sul [Portale di Uni.C.A.](#) al percorso [INFORMATIVA> 2018> 22 gennaio 2018- Al via le adesioni per i Piani Sanitari 2018-2019.](#)

Alle prestazioni del proprio piano sanitario si può accedere dal portale aziendale al percorso [Servizi ai Colleghi> Welfare> Assistenza Sanitaria Integrativa> Uni.C.A.> Il tuo Piano Sanitario> Accedi al tuo piano sanitario.](#)

LE POLIZZE

La prima e più rilevante novità dell'ultimo rinnovo è l'introduzione di un'unica copertura, denominata **"Nuova Plus"**, destinata a tutti i dipendenti appartenenti alle Aree Professionali e Quadri Direttivi del Gruppo UniCredit. La nuova polizza sostituirà le polizze "Standard" e "Plus". A tutti verranno applicate, in termini di coperture, le condizioni della vecchia polizza Plus integrati con i miglioramenti e le novità introdotte con il rinnovo.

INEVIDENZA

L'introduzione di una copertura unica per AP e QD, migliorata rispetto alla vecchia Plus, è stata possibile grazie all'erogazione straordinaria, fortemente voluta dalle Organizzazioni Sindacali e prevista, per il biennio 2018/2019, dal *"Verbale di Accordo sul Premio Una Tantum di Produttività Esercizio 2016"*.

Le coperture sanitarie NON ODONTOIATRICHE per i dipendenti, pertanto, si distinguono in 2 tipologie: la *Nuova Plus* (per AP e QD) e la *Extra* (riservata ai Dirigenti ma disponibile con *upgrade* a proprio carico anche per AP e QD) che si differenziano per costi, prestazioni e convenzioni.

Il contributo a carico dell'azienda per ciascun dipendente è il seguente:

Inquadramento	Costo annuo
A.P. – Q.D.	900€
Dirigenti	1.300€

Benché sia prevista la possibilità, anche in questo rinnovo non è stato introdotto alcun contributo da parte dei lavoratori, essendo sufficiente il contributo aziendale determinato da accordi sindacali.



Di seguito le caratteristiche:

Diagnostica ordinaria

Nella Diagnostica ordinaria rientrano tutti gli esami ordinari quali analisi del sangue, delle urine e le ecografie ecc..

I rimborsi previsti per questa tipologia di esami sono i seguenti:

	Nuova Plus	Extra
Tickets con SSN	100%	100%
Rete	10€ di franchigia per fattura	10€ di franchigia per fattura
Fuori Rete	scoperto 20%, min 60€ per fattura*	scoperto 20%, min 60€ per fattura**

*a detrazione del massimale di € 3.000 delle visite specialistiche.

** a detrazione del massimale di € 5.500 delle visite specialistiche.

Visite specialistiche

Nelle Visite specialistiche rientrano tutte le visite effettuate presso medici specialistici, ad eccezione di visite pediatriche di controllo e le odontoiatriche e ortodontiche: per queste ultime due la prestazione verrà rimborsata solo in caso di infortunio.

I rimborsi previsti per questa tipologia di esami sono i seguenti:

	Nuova Plus	Extra
Tickets con SSN	100%	100%
Rete	10€ di franchigia per fattura	10€ di franchigia per fattura
Fuori Rete	scoperto 20%, min 60€ per fattura*	scoperto 20%, min 60€ per fattura**

*a detrazione del massimale di € 3.000 delle visite specialistiche.

** a detrazione del massimale di € 5.500 delle visite specialistiche.



Esami specialistici

Per gli Esami specialistici, occorrerà distinguere tra Diagnostica ordinaria (vedi sopra) e Alta diagnostica (esami con strumentazioni molto sofisticate che vengono indicati in Polizza).

I rimborsi previsti per questa tipologia di esami sono i seguenti:

	Nuova Plus	Extra
Tickets con SSN	100%	100%
Rete	10€ di franchigia per fattura	10€ di franchigia per fattura
Fuori Rete	scoperto 20%, min 60€ per fattura *	scoperto 20%, min 60€ per fattura **

*a detrazione del massimale di € 5.000 per l'alta diagnostica.

** a detrazione del massimale di € 7.500 per l'alta diagnostica.

Indennità sostitutiva per il ricovero in SSN al giorno

	Nuova Plus	Extra
Con Intervento	80€*	100€**
Senza Intervento	60€*	100€**
Day Hospital Chirurgico	40€*	50€**
Day Hospital Medico	30€*	50€**
Grande Intervento	100€*	120€**

*massimale 180 giorni persona/anno

**massimale 300 giorni persona/anno

Franchigie sulle prestazioni in rete

	Nuova Plus	Extra
Ricoveri con o senza intervento (anche day Hospital)	200€	-
Intervento chirurgico ambulatoriale	100€	-
Correzione di miopia	200€	-

**massimale 300 giorni persona/anno

N.B. Un'ulteriore novità dell'ultimo rinnovo è la copertura anche per ricovero senza intervento per gravi eventi morbosi, per riabilitazione post-chirurgica e per lunga degenza.



Cure oncologiche

Per le cure oncologiche non sono previste franchigie ma solo differenti massimali in base alla tipologia di polizza:

Nuova Plus	Extra
10.000€	12.000€

Grandi interventi

Per i grandi Interventi e il parto (cesareo o fisiologico) non sono previste franchigie (né in rete né fuori Rete).

È possibile consultare l'elenco completo da pag.15 a pag.20 di [INFORMATIVA> 2017> 20 Dicembre 2017 - Rinnovo Piani Sanitari 2018-2019 - comunicazione importante> 3. Prospetto di sintesi piani sanitari personale in servizio 2018-2019.pdf](#)

La fisioterapia

Indipendentemente dal tipo di Polizza, la **fisioterapia** è sempre ricompresa, con le seguenti fattispecie ammissibili:

- nei 120 giorni dopo un ricovero (con o senza intervento);
- dopo un parto cesareo (ma non dopo quello fisiologico);
- post-Infortunio, purché certificato da Pronto Soccorso (e, comunque, sempre in presenza di prescrizione di medico ASL ovvero medico specialista);
- per gravi patologie quali ictus cerebrale, tumori, forme neurologiche degenerative e neuromiopatiche e omeoplastiche (a seguito di prescrizione medica specialistica);
- In casi di interventi di cardiocirurgia e chirurgia toracica;
- In presenza di amputazione di arti.

I massimali previsti per nucleo e per anno sono:

Nuova Plus	Extra
1.400€	5.500€*

*compreso nel massimale visite specialistiche.

N.B. Il raddoppio del massimale da 700€ a 1.400€ è un'altra delle novità importanti introdotte da questo rinnovo.



Le franchigie previste per ciclo di cura sono:

Rete	Fuori rete
40€	20%, minimo 60€

Franchigia 30% min € 90 per ciclo di cura, se effettuate in strutture sanitarie convenzionate senza attivazione della forma diretta

Franchigia 40% min € 120 per ciclo di cura, se effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate nell' "Elenco Cliniche TOP" senza attivazione della forma diretta.

Attenzione! In caso di infortunio è indispensabile recarsi al Pronto soccorso; infatti, solo l'attestazione di tale struttura darà il diritto alla copertura, in forma diretta o indiretta, del trattamento fisioterapico conseguente. Inoltre, **perché sia rimborsabile, la prestazione fisioterapica potrà essere prestata solo da medico specialista, da centri medici specializzati e/o da terapisti della riabilitazione e dovrà essere effettuata esclusivamente presso Centri Medici, dotati di Direzione Sanitaria.**

Consulta i dettagli a pagina 36 di [INFORMATIVA> 2017> 20 Dicembre 2017 - Rinnovo Piani Sanitari 2018-2019 - comunicazione importante> 3. Prospetto di sintesi piani sanitari personale in servizio 2018-2019.pdf](#).

INevidenza! Altra importante novità introdotta con questo rinnovo è l'introduzione, su tutte le polizze, dei servizi di **fisioterapia domiciliare**, che consentirà di poter fruire della prestazione di riabilitazione direttamente presso il proprio domicilio.

È possibile attivare questa prestazione solo in forma diretta contattando direttamente la Centrale Operativa.

I massimali sono i medesimi previsti per la fisioterapia.

Per l'accesso a tale regime di erogazione è previsto solamente un costo di chiamata/attivazione di € 20,00.

Consulta i dettagli a pagina 37 di [INFORMATIVA> 2017> 20 Dicembre 2017 - Rinnovo Piani Sanitari 2018-2019 - comunicazione importante> 3. Prospetto di sintesi piani sanitari personale in servizio 2018-2019.pdf](#).

Gli occhiali e le lenti a contatto sono rimborsati nel seguente modo:

Nuova Plus	Extra
massimale 400€ per anno/nucleo, di cui € 150 a persona	massimale € 400 per anno/nucleo, di cui € 150 a persona

N.B. l'aumento dei massimali da €120 a €150 *pro capite* e da €300 a € 400 per anno/nucleo (equiparandoli a quelli della Extra) è un'altra delle novità importanti introdotte da questo rinnovo.

Occhiali e lenti



Intervento “plafonato”

In TUTTI i piani sono previsti interventi cd “plafonati”, ossia con un massimale di rimborso sia in RETE che fuori RETE. Consulta l’elenco completo a pag. 7-8 del [INFORMATIVA> 2017> 20 Dicembre 2017 - Rinnovo Piani Sanitari 2018-2019 - comunicazione importante> 3. Prospetto di sintesi piani sanitari personale in servizio 2018-2019.pdf](#).

Rimborso per accompagnatori in caso di ricovero

Per “l’accompagnatore” indicato nelle assistenze dei Piani sanitari è previsto il seguente massimale complessivo per rimborso spese relative a vitto/pernottamento e trasporto:

Nuova Plus	Extra
30 gg anno/nucleo per 60€ al giorno	90 gg anno/nucleo per € 80 giorno Per i grandi Interventi 180€ giorno

Consulta la tabella completa a pag.29 del [INFORMATIVA> 2017> 20 Dicembre 2017 - Rinnovo Piani Sanitari 2018-2019 - comunicazione importante> 3. Prospetto di sintesi piani sanitari personale in servizio 2018-2019.pdf](#).

DSA

Sono previste anche coperture per spese sostenute per il trattamento dei disturbi dell’apprendimento (DSA):

Rete	40€ franchigia per fattura
Fuori rete	Franchigia 20%, min. 60€ per fattura
Cliniche convenzionate indiretta	Franchigia 30% min. 90€ per fattura
Cliniche top indiretta	Franchigia 40%, min. 120€ per fattura

Con i seguenti massimali:

Casi moderati o severi	1500€ annui per nucleo
Casi lievi	500€ annui per nucleo

Attenzione! Il disturbo dovrà essere certificato da medico specialista in neuropsichiatria infantile del SSN, secondo quanto previsto dal DSM-5.

I dettagli sono disponibili a pag. 42 del [INFORMATIVA> 2017> 20 Dicembre 2017 - Rinnovo Piani Sanitari 2018-2019 - comunicazione importante> 3. Prospetto di sintesi piani sanitari personale in servizio 2018-2019.pdf](#)



INoltre..

In tutti i piani sono previste le seguenti prestazioni accessorie:

- La DIAGNOSI COMPARATIVA (Cd *Second Opinion*);
- Prestazioni Ambulatoriali a seguito di *Infortunio Senza Ricovero*;
- Contributo Spese per *Recupero da Tossicodipendenze*;
- Anticipo Spese Sanitarie: fino a massimo 50% in caso Di *Grande Intervento*;
- Assistenza Domiciliare in caso di *Malattia Terminale*: 50€ al giorno per un massimo di 90 giorni;
- Rimpatrio della Salma;
- Per Ricoveri a seguito di *Mastectomia, Quadrantectomia e Relativo Intervento di Adeguamento Controlaterale*: Massimale di 5.000€ Anno/Nucleo con franchigia 1.000€ in forma diretta e 20% (Minimo 1.000€) in forma indiretta;
- Per *Test Genetici Prenatali non invasivi (Harmony Test, Prenatal Safe) su DNA fetale*: inseriti in *Garanzia Diagnostica Alta Specializzazione*;
- Per *Assistenza Post-Parto*: Tre visite Psicologiche Post Parto; Visita di controllo Arti Inferiori nei 6 mesi post-Parto; Week End Benessere entro un anno post-Parto con visita dietologica, Incontro nutrizionista, incontro personal trainer, lezione di base all'educazione all'esercizio fisico, trattamento termale.
Il tutto presso Strutture Convenzionate Previmedical;
- Per *Cure termali per Minori*: spese per cure termali, cure inalatorie e *polizer* effettuate dal minore a seguito di malattia o infortunio, compresa visita di inizio e fine cure. Solo in Convenzione diretta, nei limiti di 35€ a seduta, con un massimo di 12 sedute/anno;
- Per *Sindrome di Down*: seguito diagnosi di trisomia 21 nei primi tre anni di vita del bambino, indennità annua di 1.000€ per cinque anni al massimo.

Prestazioni di prevenzione presso specifici centri autorizzati del network delle strutture convenzionate previmedical:

- Visite di controllo pediatrico, per minori tra 6 mesi e 6 anni di vita: una visita tra i 6 ed i 12 mesi, una ai 4 anni, una ai 6 anni con franchigia di 36,15€ a visita;
- Prestazioni di prevenzione:
 - ✓ Visita specialistica: 1 volta al mese, in qualsiasi giorno della settimana, senza scoperto/franchigia;
 - ✓ Prevenzione Herpes Zoster: oltre i 55 anni di età, rimborso spese di immunizzazione, con franchigia di 36,15€ a fattura;



- ✓ Vaccinazioni contro influenza stagionale, senza applicazione di franchigia in regime indiretto, a seguito di presentazione di scontrino o fattura di acquisto.
- ✓ Spesa per acquisto, riparazione, sostituzione di protesi ortopediche e acustiche per un massimale di 3.000€ anno/nucleo.

N.B. Altra novità introdotta è l'estensione dell'ospedalizzazione domiciliare successiva ai grandi interventi e la copertura delle spese mediche pediatriche di controllo (fino all'età di 14 anni) riservate, sino al precedente rinnovo, alla sola polizza EXTRA.

IN più nella Extra

Le previsioni di copertura della EXTRA *non presenti* nella Nuova Plus sono:

- visite e prestazioni di psicoterapia in rete e fuori;
- agopuntura;
- coperture aggiuntive in riferimento a protesi ortopediche e acustiche.

Cliniche TOP

Le **cliniche top convenzionate** accessibili a tutti i piani sanitari per il biennio 2018/2019 sono le seguenti:

ROMA: Casa di Cura Paideia S.p.A. – Casa di Cura Mater Dei S.p.A. - Casa di Cura Quisisana – Casa di Cura Villa Stuart – Casa di Cura Privata Villa Mafalda Casa di Cura Villa Flaminia – Casa di Cura Villa Margherita;

MILANO: Casa di Cura La Madonnina S.p.A. – Istituto Nazionale Tumori – Ospedale San Raffaele S.r.l. – Humanitas Mirasole S.p.A. (Istituto Clinico Humanitas) – Casa di Cura Capitano;

TORINO: Clinica Fornaca di Sessant – Casa di Cura Sedes Sapientiae - Casa di Cura Cellini S.p.A.;

BERGAMO: Humanitas Gavazzeni;

VARESE: Istituto Clinico Humanitas Mater Domini Casa di Cura Privata S.p.A.

Interpretazioni

Per le interpretazioni su alcune specifiche prestazioni Ti invitiamo a consultare da pag. 62 di [INFORMATIVA> 2017> 20 Dicembre 2017 - Rinnovo Piani Sanitari 2018-2019 - comunicazione importante> 3. Prospetto di sintesi piani sanitari personale in servizio 2018-2019.pdf](#).



INaggiunta...Le NUOVE prestazioni

Il rinnovo dei piani sanitari ha visto il miglioramento delle polizze per tutti con molte novità:

AREA RICOVERO

- **per gli interventi di eliminazione di malformazioni e difetti congeniti dei neonati da effettuarsi nel primo anno di vita:** il periodo viene elevato ai primi otto anni di vita qualora vi sia documentazione medica attestante l'impossibilità di effettuare l'intervento nel primo anno;
- **prestazioni per ricoveri senza intervento chirurgico dovuti a gravi eventi morbosi** (elenco disponibili a pag. 11 del [INFORMATIVA> 2017> 20 Dicembre 2017 - Rinnovo Piani Sanitari 2018-2019 - comunicazione importante> 3. Prospetto di sintesi piani sanitari personale in servizio 2018-2019.pdf](#)).

Massimale di € 150.000 nucleo/anno per la Nuova Plus (€ 500.000 per la Extra);

- **riabilitazione post chirurgica:** sono previste diverse prestazioni come, ad esempio, assistenza medico-infermieristica, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, medicinali, ecc.;
- **ricovero in Lunga Degenza:** ricovero per il recupero e/o miglioramento delle condizioni fisiche mediante trattamenti medici e/o fisioterapici. Si applica a partire dal 31° giorno di degenza complessiva (fino al 30° si applicano le condizioni della riabilitazione post chirurgica). Vengono rimborsate rette di degenza senza limite di importo giornaliero in rete, e con il limiti di 200 €/giorno per i primi 6 mesi fuori rete che scendono a 150 €/giorno per il periodo successivo.

AREA SPECIALISTICA

- **Fisioterapia:** nuovo massimale di € 1400 nucleo/anno per la Nuova Plus. Il trattamento potrà essere richiesto anche a domicilio dell'assistito (si vedano le condizioni di polizza per l'elenco delle patologie che danno diritto al trattamento);
- **Disturbi Specifici dell'Apprendimento – DSA:** cambieranno i criteri di assegnazione dei massimali secondo quanto previsto da DSM-5. € 1500 anno/nucleo per i casi definiti moderati o severi, € 500 anno/nucleo per i casi definiti lievi. Si ricorda che la diagnosi dovrà sempre essere certificata da medico specialista in neuropsichiatria infantile del SSN;



AREA PRESTAZIONI ACCESSORIE

- **Spese mediche pediatriche di controllo:** € 1500 anno/nucleo, € 500 anno/pro-capite con scoperto del 30% fino all'età di 14 anni (**nel piano precedente tale prestazione era riservata solo ai titolari della polizza EXTRA3**);
- **Lenti e Occhiali:** rimborso di € 400 anno/nucleo con sublimite di € 150 persona/anno per occhiali e lenti a contatto correttive (escluse le lenti "usa e getta"). Necessaria prescrizione di medico oculista, ottico optometrista od ortottico e certificato di conformità.
- **Ospedalizzazione a domicilio o assistenza sanitaria integrata a domicilio:** con un massimale di €15.000 nucleo/anno per un massimo di 50 giorni di ricovero (necessaria prescrizione del medico ASL o di specialista) (**nel piano precedente tale prestazione era riservata solo ai titolari della polizza EXTRA3**);
- **Procreazione medicale assistita:** rimborso di prestazioni mediche e/o trattamenti farmacologici con un massimale di € 350 nucleo/anno;
- **Conto Salute:** destinato a chi abbia un limitato utilizzo delle prestazioni della Cassa Sanitaria, permettendo di accumulare una parte della disponibilità economica per le prestazioni dell'anno successivo.

Si articolerà in due modalità:

- A) **Bonus di Buona Salute:** Qualora l'associato nel corso del biennio presenti un rapporto medio tra Sinistri e Contributi per il proprio nucleo familiare pari o inferiore al 75% ed abbia effettuato senza soluzione di continuità nel periodo di copertura i protocolli di prevenzione di Cassa Uni.C.A., allo stesso sarà automaticamente accreditato sul suo Conto Salute un importo pari al 20% dell'ammontare del contributo dell'ultimo anno.

Tale importo potrà essere utilizzato per incrementare, in ogni caso fino a concorrenza dell'importo di spesa, nelle annualità successive l'entità dei rimborsi richiesti dal Nucleo Familiare e/o per ridurre l'incidenza di eventuali quote a carico dell'assicurato (scoperti e franchigie);



- B) **Risparmio Sanitario:** Qualora il Nucleo familiare nel corso dell'annualità non abbia ottenuto il rimborso di alcuna prestazione Sanitaria (con l'eccezione dei protocolli di prevenzione di Cassa Uni.C.A. che non rientrano in questo computo), scatterà la facoltà di richiedere l'accredito sul proprio Conto Salute del risparmio conseguito nell'annualità nella misura del 10% del contributo annuo. Tale importo potrà essere utilizzato per incrementare, in ogni caso fino a concorrenza dell'importo di spesa, nelle annualità successive l'entità dei rimborsi richiesti dal Nucleo Familiare e/o per ridurre l'incidenza di eventuali quote a carico dell'assicurato (scoperti e franchigie);
- **Indennità per i genitori ricoverati in RSA:** per i nuclei familiari che nel corso dell'anno non abbiano ottenuto il rimborso di alcuna prestazione sanitaria è prevista un'indennità forfettaria di €350 all'anno per persona per ricoveri di almeno 12 mesi consecutivi;
 - **Consulta nutrizionale e dieta personalizzata:** previsto un consulto + dieta per biennio assicurativo/persona, senza massimale in rete, con massimale di €80 fuori rete.

OPZIONI INTEGRATIVE

Per il biennio 2018-2019 saranno disponibili **6 Opzioni Integrative “a pagamento”** riservate ai dipendenti e ai loro nuclei familiari.

Ciascuna opzione presenterà due livelli di copertura: “Alta” e “Totale” (la seconda presenta massimali più elevati).

Il *contributo Single* è previsto quando nel Piano sanitario Base di Uni.C.A. sia assicurato il solo Titolare (non ci siano, cioè, familiari assicurati).

Il *contributo Nucleo*, invece, ricorre allorché nel Piano sanitario Base, oltre al Titolare, siano assicurati anche i familiari (a prescindere dalla circostanza che siano fiscalmente o non fiscalmente a carico).

Pertanto, il Titolare con familiari assicurati, se interessato alle nuove opzioni, dovrà necessariamente sottoscrivere il pacchetto che copre l'intero nucleo assicurato, con corresponsione del contributo Nucleo.



N.B. In altre parole, il Titolare con familiari assicurati non potrà sottoscrivere il pacchetto di proprio interesse assicurando solo se stesso. Se nel corso dell'annualità nel piano sanitario base in cui è assicurato il solo Titolare si inserisse anche un solo familiare (es. nascita figlio), il contributo dovuto sarà ricalcolato da contributo Single a contributo Nucleo per l'intera annualità. La sottoscrizione dell'opzione integrativa avrà valenza per tutto il biennio.

Vediamo le Opzioni e le loro caratteristiche principali:

- 1. NON AUTOSUFFICIENZA E SERVIZI ASSISTENZIALI:** questa copertura riguarda solo il nucleo familiare, in quanto il lavoratore è già coperto dalla polizza CASDIC prevista da CCNL (per informazioni relative alla copertura LTC per dipendenti ti invitiamo a consultare la pubblicazione *"INSintesi - Assicurazione Long Term Care (LTC)"*). È una polizza *Long Term Care* che fornisce assistenza in caso di inabilità e non autosufficienza nel compimento delle attività quotidiane;
- 2. MEDICINALI:** prevede il rimborso dei medicinali (o dei ticket sanitari per l'acquisto di medicinali) con uno scoperto del 25%. **I medicinali per cui viene riconosciuto il rimborso sono esclusivamente quelli presenti nel prontuario farmaceutico.** Non saranno rimborsabili i vaccini, in quanto rappresentano attività di prevenzione, e i dispositivi medici. Ai fini della rimborsabilità, è necessario fornire copia della prescrizione del medico curante o dello specialista a cui è stata apposta la fustella e lo scontrino "parlante" rilasciato dalla farmacia. Nel caso in cui si tratti di ricetta "rossa" che verrà consegnata in farmacia al momento dell'acquisto, sarà necessario farne una copia (anche in formato immagine) con la fustella apposta. Alternativamente, in assenza di fustella, sarà valida l'indicazione sulla ricetta, da parte del farmacista, del costo dei singoli prodotti con il timbro della farmacia, unitamente allo scontrino fiscale "parlante" rilasciato dalla stessa per il totale.



3. **LENTI E OCCHIALI:** ad integrazione e miglioramento di quanto già previsto nella *polizza Base*, offre il rimborso di un paio di occhiali all'anno e di "lenti e materiale ottico" come da elenco a pagina 7 del [INFORMATIVA> 2017> 20 Dicembre 2017 - Rinnovo Piani Sanitari 2018-2019 - comunicazione importante> 3. Prospetto di sintesi piani sanitari personale in servizio 2018-2019.pdf](#).
Attenzione! È possibile acquistare in rete convenzionata più occhiali e/o lenti a contatto nell'anno ma solo a seguito di variazione del *visus* rispetto all'acquisto precedente;
4. **MEDICINA ALTERNATIVA:** prevede il rimborso di trattamenti di agopuntura, trattamenti osteopatici e trattamenti chiropratici per un massimo di 35€ a seduta. Ai fini del rimborso è necessario il referto medico con l'indicazione della patologia e la prescrizione del trattamento;
5. **MEDICINA ESTETICA:** sono interventi di piccola chirurgia ambulatoriale con finalità estetiche. Ai fini del rimborso è necessario il referto medico con l'indicazione della patologia e la prescrizione medica.
Consulta l'elenco a pag. 12 di [INFORMATIVA> 2017> 20 Dicembre 2017 - Rinnovo Piani Sanitari 2018-2019 - comunicazione importante> 4. Prospetto di sintesi polizza Opzioni Integrative personale in servizio 2018-2019.pdf](#).
Oltre ai costi dell'intervento chirurgico, sono comprese anche le spese per visite e accertamenti diagnostici nei 30 giorni precedenti e le spese sostenute nei 45 giorni successivi purché pertinenti alla condizione clinica che ha reso necessario l'intervento;
6. **SCOPERTI e FRANCHIGIE:** prevede il rimborso degli scoperti e delle franchigie definiti alle singole garanzie dei Piani Sanitari Base (non vengono rimborsati scoperti e franchigie relativi alle Opzioni Integrative).
A differenza delle precedenti opzioni prevede 4 livelli di copertura caratterizzati da massimali crescenti.
Non si ha diritto al rimborso qualora le prestazioni siano fruitive in strutture convenzionate senza attivazione della forma diretta (dove possibile).



Per i dettagli sulle opzioni integrative ti invitiamo a consultare [INFORMATIVA> 2017> 20 Dicembre 2017 - Rinnovo Piani Sanitari 2018-2019 - comunicazione importante> 4. Prospetto di sintesi polizza Opzioni Integrative personale in servizio 2018-2019.pdf](#) e per i costi consultare [INFORMATIVA> 2017> 20 Dicembre 2017 - Rinnovo Piani Sanitari 2018-2019 - comunicazione importante> 8. Costi di adesione dipendenti Opzioni Integrative 2018 2019.pdf](#)

Attenzione al periodo di carenza! Per periodo di carenza si intende il periodo di tempo in cui, pur essendo stata attivata la copertura assicurativa, non è riconosciuto alcun indennizzo.

PROCEDURA FUORI RETE (INDIRETTA)

L'assistenza indiretta consente di ottenere le prestazioni presso qualsiasi struttura, sostenendo l'onere relativo e richiedendo successivamente il rimborso, nei limiti e con le franchigie previste dal piano.

I rimborsi si possono richiedere, entro 2 anni dalla data del sinistro, dal portale aziendale al percorso [Servizi ai Colleghi> Welfare> Assistenza Sanitaria Integrativa> Uni.C.A.> Il tuo Piano Sanitario> Accedi al tuo piano sanitario> Inserimento domanda di rimborso](#) secondo le indicazioni sul sito di Uni.C.A. presenti in [INFORMATIVA> 2015> 06 Novembre 2015 - Nuova Domanda di Rimborso Online](#) .

Attenzione! Per il rimborso di tutte le prestazioni effettuate nell'AREA SPECIALISTICA (alta specializzazione, visite specialistiche, accertamenti diagnostici – diagnostica ordinaria – fisioterapia, agopuntura, psicoterapia) sarà necessario allegare obbligatoriamente la prescrizione del medico Asl o medico specialista. In assenza di questa documentazione l'Assicurazione non effettuerà il rimborso. Inoltre nella prescrizione deve essere riportata la diagnosi o la "sospetta" patologia (non è sufficiente il solo sintomo). Nel caso di ticket si raccomanda di fare una fotocopia prima della prestazione in modo da allegare la stessa alla richiesta di rimborso.

ATTENZIONE!!!

Se utilizzi la forma indiretta per strutture/professionisti convenzionati a cui potresti accedere in forma diretta, scoperti/franchigie aumentano del +50% rispetto a quanto previsto per la forma indiretta.

**Nel caso delle Cliniche top aumenteranno del +100%
La penalizzazione non verrà applicata fino al 30/04/2018.**

Periodo transitorio

Nel **PERIODO TRANSITORIO**, cioè fino a quando Uni.C.A. non trasmetterà al Provider le adesioni di tutti i colleghi, la rete non sarà operativa. **Pertanto, tutte le prestazioni (sia in rete che fuori rete) saranno considerate in forma INDIRETTA e sconteranno le franchigie previste.**

Solo per prestazioni di ricovero (con o senza intervento, anche in day hospital, ambulatoriali o per parto) sarà possibile accedere alla rete convenzionata attivando la DIRETTA, previa autorizzazione e inviando la scheda di pre-adesione al Provider che è possibile scaricare dal portale di Uni.C.A. al percorso [INFORMATIVA> 2017> 20 Dicembre 2017 - Rinnovo Piani Sanitari 2018-2019 - comunicazione importante> 13. Modulo_Previmedical_transitorio_2018.pdf](#).

Tale opportunità è rivolta a tutto il nucleo familiare già assicurato nel 2017 per cui permangono le condizioni per l'iscrizione anche al piano 2018/2019.

Attenzione! La scheda di pre-adesione dovrà essere compilata in ogni sua parte, apponendo la massima attenzione alla **indicazione della scelta relativa al piano sanitario prescelto, che non potrà essere più modificata e che comporterà l'iscrizione del Titolare e dell'eventuale familiare beneficiario delle predette prestazioni richieste.**

In caso di soggiorni all'estero sarà possibile richiedere l'attestazione di copertura assicurativa relativa alle assistenze "base" prestate da RBM Assicurazione Salute per accedere alle coperture durante un soggiorno all'estero in paesi extra U.E. anche in lingua inglese.

Per richiedere tale documento, è sufficiente compilare il modulo ([clicca qui per scaricarlo](#)) ed inviarlo ad ES-SSC aprendo un ticket al percorso [Group Intranet > HR Web Ticket – Italy > Benefits > allega documenti](#) o inviando la richiesta, corredata del relativo modulo, tramite posta all'indirizzo: **ES SSC per Uni.C.A., via Marco D'Aviano, 5, 20131, Milano (MI).**



L'ADESIONE

Come aderire

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**.

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.

I colleghi "lungo assenti" riceveranno la richiesta di adesione in formato cartaceo direttamente al proprio domicilio.

Per le modalità di adesione per i colleghi in esodo vi rimandiamo all' informativa disponibile sul portale di Uni.C.A al percorso [INFORMATIVA](#)> **2017**> **09 novembre 2017 - Comunicazione riservata ai dipendenti del Gruppo UniCredit cessati (o cessandi) dal servizio nel corso del 2017 per esodo o pensionamento**

Se non si effettuasse alcuna scelta, verrebbe assegnato di iniziativa il piano sanitario in base al proprio inquadramento (per AREA PROFESSIONALE e Quadri Direttivi la NUOVA PLUS, per i Dirigenti la EXTRA).

Il costo della polizza previsto per inquadramento per i dipendenti, figli e coniuge fiscalmente a carico sono interamente a carico dell'azienda.



N.B. Anche se non si intendesse fare nessuna modifica al proprio piano sanitario suggeriamo di accedere all'applicativo di adesione per verificare la correttezza dei dati e, quindi, poter effettuare, se necessario, le opportune correzioni.

In questa fase sarà inoltre possibile inserire/eliminare dalla polizza eventuali familiari non fiscalmente a carico che si intendano far rientrare/escludere dalla copertura fornita da Uni.C.A.

Upgrade

Anche quest'anno sarà possibile scegliere un Piano Sanitario superiore a quello spettante (ovvero per AP e QD la EXTRA al posto della NUOVA PLUS)

La scelta varrà per il biennio 2018/2019 e il costo dell'*upgrade*, pari a 528€, sarà a carico del lavoratore e si dovrà pagare ogni anno.

Adesione familiari

Ricordiamo che, se già iscritti, in assenza di registrazione a procedura, saranno automaticamente inseriti in polizza i figli ed il coniuge fiscalmente a carico.

Tuttavia occorrerà:

1. Verificare che i familiari che si vogliono inserire in polizza siano presenti nella "gestione familiari" del portale aziendale al percorso [HR Gate Italia > Employee Self-Service > Dati personali > Gestione Familiari](#).

Nel caso essi non fossero presenti sarà necessario provvedere innanzitutto al loro censimento;

2. Nell'applicativo risulteranno presenti solo il titolare della polizza e i familiari a carico già inseriti nel biennio precedente.

Adesione familiari non a carico

Sarà, poi, possibile inserire in polizza a pagamento anche i seguenti soggetti non fiscalmente a carico:

- ✓ i figli conviventi (da stato di famiglia),
- ✓ il coniuge anche separato o convivente more uxorio (da stato di famiglia),

Attenzione! Il convivente more uxorio è sempre a pagamento anche se fiscalmente a carico;
- ✓ altro familiare convivente (da stato di famiglia),
- ✓ i figli non conviventi, cosiddetti "fuori nucleo", fino a 35 anni con limite di reddito di 26.000€ annui,
- ✓ il genitore ultrasessantenne non convivente, con il limite individuale di reddito di 26.000€ annui.



N.B. Si dovranno inserire tutti i familiari non fiscalmente a carico e presenti sullo stato di famiglia, oppure nessuno di essi.

Per quanto riguarda la definizione di “carico/non carico fiscale” farà fede:

- ✓ per il 2018 la situazione consolidata del 2017;
- ✓ per il 2019 la situazione consolidata del 2018.

Il familiare **per essere considerato a carico** non deve aver superato il **limite di reddito è di 2.840,51 euro**.

Ricordiamo che in base alla Legge di Bilancio 2018, il limite di reddito per essere considerati figli a carico **con valenza a partire dai redditi 2018 (e quindi con effetto sul 2019)**, è stato aumentato a 4.000€ per familiare fino a 24 anni.

Per esempio: un figlio fiscalmente a carico nel 2017, lo sarà anche per il 2018; nel caso in cui nel corso del 2017 il reddito sia stato tale da spostare la situazione da “a carico” a “non fiscalmente a carico”, l’impatto sulla polizza avverrà solo nel 2018.

INevidenza! Relativamente al carico familiare, per i colleghi in esodo valgono gli stessi criteri del personale in servizio.

INevidenza! **Gli eventuali costi a carico del dipendente saranno riproposti ogni anno per tutto il biennio.**

I costi

Ti invitiamo a verificare i costi nella tabella [INFORMATIVA> 2017> 20 Dicembre 2017 - Rinnovo Piani Sanitari 2018-2019 - comunicazione importante> 7. Costi di adesione dipendenti 2018 2019.pdf](#).

Il pagamento dei contributi relativi alle coperture sanitarie non odontoiatriche avverrà carico dei dipendenti in servizio ed esodati, attraverso **addebito sul cedolino stipendio in n. 12 rate mensili**.

Dipendenti coniugi o conviventi more uxorio

Se entrambi i colleghi, coniugi o conviventi *more uxorio*, lavorassero nelle Aziende del Gruppo, si avrebbero due possibili scelte:

1. Ognuno potrà aderire a un profilo indipendentemente dall’altro.

In questo caso non si dovrà inserire il coniuge/convivente non fiscalmente a carico e quindi, i figli, se a carico di entrambi, potranno godere di un doppio massimale;

2. Uno dei due coniugi/conviventi sceglie un piano sanitario e l’altro aderisce come coniuge non fiscalmente a carico.



in questo caso, per il pagamento, si dovrà comunque tener conto del contributo aziendale previsto per entrambi e quindi calcolare la differenza. Se tale importo risultasse essere minore o uguale a zero, il coniuge/convivente non fiscalmente a carico non pagherebbe nulla, altrimenti solo la differenza.

Il/la dipendente che figurasse come coniuge non fiscalmente a carico, dovrà entrare nell'applicativo di scelta del piano e cliccare su "rinuncio".

In questo caso anche per il coniuge che aderisce come familiare non fiscalmente a carico del collega aderente a Uni.C.A. viene attivata la copertura obbligatoria collettiva denti.

BENEFICIARI

Le coperture saranno accessibili ai dipendenti (compresi tempi determinati superiori ai 6 mesi e apprendisti), esodati, pensionati, familiari che, al 1.1.2018, non abbiano ancora compiuto 85 anni. Chi dovesse compiere 85 anni in vigenza dei Piani sanitari 2018-2019, potrà rimanere in copertura sino al 31.12.2019.

Per i **Dirigenti con Global Band Title 4** e superiori saranno previste specifiche coperture. La documentazione relativa a dette specifiche coperture è disponibile nella sezione [HR Gate Italia >Welfare & Benefit > Benefit per il personale con band title FVP o superiore e per gli altri Dirigenti > Copertura Sanitaria](#).

I dettagli sulla polizza rivolta al **personale in quiescenza** è disponibile al percorso [INFORMATIVA> 2017> 20 Dicembre 2017 - Rinnovo Piani Sanitari 2018-2019 - comunicazione importante> 5. Prospetto di sintesi piani sanitari personale in quiescenza 2018-2019.pdf](#) e i costi al percorso [INFORMATIVA> 2017> 20 Dicembre 2017 - Rinnovo Piani Sanitari 2018-2019 - comunicazione importante> 9. Costi di adesione pensionati 2018 2019.pdf](#)

I pensionati che hanno superato gli 85 anni potranno sottoscrivere una nuova polizza a pagamento dedicata, denominata "**Over 85**".



Tale copertura sarà rivolta:

- ai pensionati già iscritti ad Uni.C.A. sino al 31.12.2015 ed esclusi dall'1.1.2016 in quanto ultraottantacinquenni a tale data;
- ai pensionati già iscritti ad Uni.C.A. sino al 31.12.2017 che abbiano compiuto gli 85 anni nel corso del biennio 2016-2017.

In entrambi i casi, è prevista la possibilità di estensione della copertura al solo coniuge/convivente more uxorio (a prescindere dall'età di detto familiare).

Per informazioni aggiuntive sulla polizza invitiamo a consultare i dettagli [INFORMATIVA> 2017> 20 Dicembre 2017 - Rinnovo Piani Sanitari 2018-2019 - comunicazione importante> 6. Prospetto di sintesi polizza Over 85 2018-2019.pdf](#) e i costi [INFORMATIVA> 2017> 20 Dicembre 2017 - Rinnovo Piani Sanitari 2018-2019 - comunicazione importante> 10. Costi di adesione pensionati Over 85 - 2018 2019.pdf](#)

BENEFICI FISCALI

Nel caso di upgrade o di estensione della polizza ai familiari non fiscalmente a carico l'esborso effettivo del premio sarà, in realtà, minore 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€**.

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

Utilizzo del Conto welfare per Uni.C.A.

I colleghi che avessero disponibilità sul Conto welfare potrebbero utilizzare la somma per effettuare l'upgrade della polizza e per la sottoscrizione dei pacchetti integrativi.

Inoltre, potrebbero finanziare l'estensione del piano sanitario di Uni.C.A. ai familiari non fiscalmente a carico inseriti in polizza, ad eccezione del convivente more uxorio e del coniuge non convivente (da stato di famiglia).



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'avere 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 importi che possano essere rimborsati dal piano.

Contatti

Ricordiamo a tutti gli Associati che, per richieste di informazioni, saranno disponibili Contatti dedicati e articolati per area tematica di competenza.

Per informazioni sulle prestazioni previste dal proprio piano sanitario e dalle opzioni integrative a pagamento, sulle strutture convenzionate e sui rimborsi si potrà contattare **Previmedical (coperture "base" e "opzioni integrative")**:

- 800.901.223 Numero Verde
- +39 04221744023 Numero a pagamento per chiamate dall'estero
- assistenza.unica@previmedical.it e-mail.
-

7 febbraio 2018

La Segreteria FIRST CISL di UniCredit Group

