



FEDERAZIONE  
AUTONOMA  
BANCARI  
ITALIANI

FEDERAZIONE **A**UTONOMA **B**ANCARI **I**TALIANI  
**Segreteria di Coordinamento**  
**Gruppo UniCredit**  
**[info@fabunicredit.org](mailto:info@fabunicredit.org) - [www.fabunicredit.org](http://www.fabunicredit.org)**



**SPECIALE UNI.C.A**

**PIANI SANITARI BIENNIO 2016/2017**

*Iniziamo il 2016 con un importante appuntamento: l'adesione ai nuovi piani sanitari per il biennio 2016/2017. La Segreteria di Gruppo della FABI ha pensato di predisporre questa breve guida al fine di aiutare i colleghi iscritti alla FABI ad orientarsi nelle informazioni occorrenti per esercitare una scelta ponderata. Per tutte le informazioni di dettaglio e gli approfondimenti vi invitiamo a prendere visione del materiale pubblicato sul sito di Uni.C.A. (<https://unica.unicredit.it/it.html>).*

## Definizioni

Riportiamo qui di seguito alcune definizioni di base che è opportuno conoscere per un corretto utilizzo della copertura sanitaria.

**Compagnia:** Società assicuratrice con la quale è stata stipulata la polizza a copertura delle prestazioni sanitarie.

**Diretta, prestazione:** Accesso alla prestazione coperta dal piano sanitario tramite provider senza esborso da parte dell'assistito ad esclusione di eventuale franchigia.

**Equipe operatoria:** gruppo costituito dal chirurgo, dall'aiuto, dall'assistente, dall'anestesista e da ogni altro componente che abbia preso parte all'intervento.

**Equipe operatoria convenzionata:** equipe come definita sopra rientrante nel servizio convenzionato.

**Franchigia:** importo fisso dedotto dalle spese effettivamente sostenute ed indennizzabili che rimane a carico dell'assicurato. (v. anche Scoperto)

**Indennizzo:** somma dovuta all'assicurato in caso di sinistro.

**Indiretta, prestazione:** Accesso alla prestazione coperta dal piano sanitario, sia in rete convenzionata che fuori rete, senza pre-attivazione del provider, con pagamento da parte dell'assistito e successivo rimborso da parte del provider.

**Infortunio:** L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

**Malattia:** alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

**Malattia oncologica:** malattia determinata dalla presenza di neoplasia benigna o maligna, sono comunque incluse le leucemie, i linfomi, il morbo di Hodgkin, etc..

**Plafond / Massimale:** importo massimo indennizzabile in caso di interventi chirurgici riportati nella tabella "Elenco interventi plafonati".

**Provider:** Società che gestisce per conto di Uni.C.A. il servizio verso gli associati.

**Scoperto:** somma espressa in percentuale dedotta dalle spese sostenute e indennizzabili che rimane a carico dell'assicurato.(v. anche Franchigia)

**Sinistro:** evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

**Struttura sanitaria:** Casa di cura, Istituto, Azienda Ospedaliera autorizzata in Italia o all'Estero autorizzata in base ai requisiti di legge a erogare prestazioni sanitarie.

**Struttura sanitaria in convenzione / Rete:** qualsivoglia struttura sanitaria operante in regime di convenzionamento con pagamento diretto da parte del Provider.

## I Piani Sanitari 2016/2017

Sono confermati i costi per le coperture delle prestazioni non odontoiatriche con l'introduzione di alcune migliorie nelle prestazioni come di seguito descritto.

### **Cliniche TOP convenzionate:**

accesso disponibile da parte degli assistiti di tutti i piani sanitari, sia per i dipendenti che per i pensionati. Occorre però tenere presente che se utilizzate in forma "indiretta" (rimborso) laddove era possibile l'accesso alle prestazioni in forma "diretta" (pre-attivazione) verranno applicati scoperti e franchigie in misura doppia. L'elenco delle cliniche TOP Convenzionate lo trovate in [Appendice A](#)

### **Mastectomia, quadrantectomia e relativo intervento di adeguamento controlaterale:**

euro 5.000,00 anno/nucleo, con franchigia 1.000,00 euro in forma diretta, 20% minimo 1.000,00 euro in forma indiretta.

### **Disturbi dell'apprendimento del minore (DSA):**

rimborso spese per cure, a condizione che l'accertamento del disturbo sia effettuato da parte di uno specialista in neuropsichiatria infantile di struttura pubblica, nei limiti di 1.500,00 euro anno/nucleo in caso di QI (quoziente intellettivo) < 70; 500,00 euro anno/nucleo per QI compreso fra 70 ed 85; franchigia 40,00 euro per fattura in Rete Convenzionata; 20% minimo 60,00 euro fuori Rete.

### **Fecondazione eterologa:**

per spese sostenute in Paesi UE 27 nel limite di euro 350,00 anno/nucleo, escluse le spese trasferta/trasferimento assistito ed i costi dell'accompagnatore.

### **Test genetici prenatali non invasivi (Harmony Test, Prenatal Safe) su DNA fetale:**

inseriti in garanzia Diagnostica di alta specializzazione.

### **Assistenza post-parto:**

tre visite psicologiche post parto; visita di controllo arti inferiori nei 6 mesi dal parto; week end benessere: entro un anno dal 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.

### **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 35,00 euro a seduta, con un massimo di 12 sedute/anno

### **Sindrome di Down:**

a seguito diagnosi di trisomia 21 (meglio conosciuta come "Sindrome di Down") nei primi tre anni di vita del bambino, prevista indennità annua di 1.000,00 euro per cinque anni al massimo.

**Prestazioni di prevenzione presso Rete Convenzionata 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: franchigia di 36,15 euro a visita.

**Prestazioni di prevenzione presso Centri Autorizzati Previmedical:**

- ❖ **visite di controllo**: 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 euro a fattura
- ❖ **vaccinazioni contro influenza stagionale**, senza applicazione di franchigia

*NB: i Centri Autorizzati Previmedical sono solamente alcune delle strutture che fanno parte della rete convenzionata Previmedical; l'elenco è disponibile sul sito Previmedical.*

Sono state altresì introdotte alcune puntualizzazioni nelle descrizioni e nella nomenclatura dei "grandi interventi" e sono stati modificati alcuni "limiti di indennizzo" e "plafond" al fine di renderli coerenti con i costi medi effettivamente rilevati.

Inoltre al fine di mantenere nel tempo la sostenibilità delle prestazioni erogate con un attento controllo dei costi, da questo biennio 2016-2017 qualora non si usufruisca di una prestazione in forma diretta laddove era invece possibile (quindi in strutture convenzionate e con medici convenzionati) saranno applicati franchigie e scoperti nella misura del 150% (ovvero maggiorati del 50% rispetto alla norma).

Facciamo un paio di esempi al fine di chiarire:

- Visita specialistica in struttura convenzionata ma con medico NON convenzionato: la franchigia applicata è quella prevista dalla forma indiretta 20% con un minimo di 60 euro.
- Visita specialistica in struttura convenzionata con medico convenzionato ma senza pre-attivazione (quindi in modalità rimborsuale): la franchigia viene maggiorata del 50%. Quindi invece di uno scoperto del 20% con un minimo di 60 euro in questo caso viene applicato uno scoperto del 30% con un minimo 90 euro.

**Con l'intento di permettere agli assistiti di acquisire conoscenza di questa nuova norma, le penalizzazioni di cui non saranno applicate nel primo semestre e scatteranno a partire dal 01/07/2016.**

Ricordiamo infine che nel corso dello scorso biennio 2015 sono state pubblicate alcune interpretazioni assicurative in merito a:

- ❖ nevi e neo formazioni cutanee;
- ❖ malattie mentali;
- ❖ algie o sintomi;
- ❖ verifica tollerabilità cure;
- ❖ astenia;
- ❖ laserterapia;
- ❖ presidi ortopedici;
- ❖ plantari;
- ❖ visite domiciliari;
- ❖ interventi ambulatoriali;
- ❖ parto cesareo su volere della madre:

Tali interpretazioni sono state raccolte in un documento disponibile sul sito di Uni.C.A e che per comodità alleghiamo.

### La campagna di adesione ai Piani Sanitari 2016/2017

**Dal 20 gennaio 2016 sino alle ore 17:00 del 10 febbraio 2016** sarà possibile aderire ai piani sanitari per il biennio 2016/2017; la scelta operata vale per il biennio e, salvo i casi previsti dallo statuto, oltre tale data non sarà possibile includere familiari o effettuare variazioni di piano sanitario.

Nel momento vero e proprio della scelta, oltre al titolare, sulla maschera della procedura di adesione verranno riproposti unicamente i familiari a carico risultanti nel biennio precedente; ne consegue che è fondamentale prestare estrema attenzione in questa fase verificando la correttezza dei familiari a carico, operando le eventuali variazioni e inserendo in polizza i familiari non fiscalmente a carico che si vogliono inserire nella copertura sanitaria.

Al collega che entro i suddetti termini non opererà nessuna scelta verrà attribuito il piano sanitario spettante di default sulla base dell'inquadramento **con l'inclusione dei soli familiari fiscalmente a carico risultanti dalla sua situazione anagrafica presente a portale.**

**E' estremamente importante verificare in fase di adesione la propria situazione anagrafica e quanto presente sulla maschera dell'applicativo pena la non inclusione dei familiari per l'intero biennio.**

**Vi ricordiamo infine che non ci saranno proroghe, pertanto vi invitiamo a non attendere gli ultimi giorni per aderire ai piani sanitari**

## IL PERIODO TRANSITORIO

Decorso il suddetto termine per l'adesione verranno avviate le operazioni di consolidamento e invio dei dati anagrafici degli assistiti alla compagnia assicuratrice RBM Salute ed al provider, che come per lo scorso biennio, è Previmedical per tutta la popolazione aderente ad Uni.C.A.

Durante la fase transitoria, che per il personale in servizio si concluderà verosimilmente ad inizio marzo, le prestazioni previste dai piani sanitari potranno essere fruite con la forma a rimborso (**indiretta**), in quanto il provider non disponendo ancora dei dati anagrafici aggiornati, non è in grado di pre-autorizzare le prestazioni in modalità **diretta**.

Saranno attivabili in forma **diretta**, per il titolare ed i componenti del nucleo familiare già assicurati nel corso del 2015 (se permangono le condizioni di iscrizione ad Uni.C.A.), le sole prestazioni di ricovero (con o senza intervento), day hospital, interventi ambulatoriali e parto.

Gli associati interessati alle suddette prestazioni in forma diretta, dovranno inoltrare a Previmedical la scheda di **pre-adesione** reperibile sul portale di Uni.C.A. compilata in ogni sua parte, ponendo la massima attenzione all'indicazione del piano prescelto **che non potrà più essere modificato**.



## I PIANI SANITARI

Il contributo aziendale è stato confermato in pari misura rispetto allo scorso biennio e permette l'adesione in modo automatico ad uno dei tre piani sanitari previsti secondo la sottostante tabella:

PIANO SANITARIO	DESTINATARI
STANDARD	Aree Professionali, QD1 e QD2
PLUS	QD3 e QD4
EXTRA3	Dirigenti

Ciascun dipendente nondimeno può scegliere di aderire ad un piano sanitario diverso da quello previsto per il proprio inquadramento, a patto che la polizza prescelta non comporti una spesa inferiore al contributo aziendale. A solo titolo di esempio, un collega QD4 non può optare per il piano Standard ma può scegliere di aderire al piano Extra3 accollandosi la differenza di costo

PIANO SANITARIO	Passaggio a piano PLUS	Passaggio a piano EXTRA3
STANDARD	€ 316	€ 930
PLUS		€ 528

Tabella costi passaggio a piano superiore

riportata in tabella. I costi di upgrade al fine di ridurre lo squilibrio dello specifico rapporto tecnico hanno subito un adeguamento rispetto allo scorso biennio.

## I SOGGETTI INCLUDIBILI NELLE COPERTURE

Vediamo ora più in dettaglio quali sono i soggetti diversi dal titolare includibili nel piano sanitario.

**Figli:** I figli a carico sono compresi nella polizza del titolare senza esborsi aggiuntivi. Sono includibili a pagamento i figli non fiscalmente a carico conviventi e presenti nello stato di famiglia, mentre i figli non fiscalmente a carico e non conviventi sono includibili fino al compimento dei 35 anni di età **con il limite di reddito di € 26.000** a condizione che non abbiano costituito autonomo nucleo familiare (coniugato o convivente more uxorio).

PIANO SANITARIO	Figlio convivente non fiscalmente a carico	Figlio non convivente non fiscalmente a carico (Includibile fino a 35 anni di età con il limite di 26.000€ di reddito)
STANDARD	€ 349	€ 650
PLUS	€ 489	€ 900
EXTRA 3	€ 582	€ 1.300

**Ricordiamo che non è possibile includere in polizza solo alcuni dei familiari non fiscalmente a carico ma vanno inseriti TUTTI i soggetti non fiscalmente a carico (figli e altri familiari) presenti nello stato di famiglia.**

**Coniuge:** Il coniuge, anche separato, ovvero il convivente "more uxorio" (risultate dallo stato di famiglia), se fiscalmente a carico, è inserito in polizza senza ulteriore esborso da parte del titolare; mentre se non fiscalmente a carico, può essere incluso a pagamento con un premio differenziato in base al piano ed all'età del soggetto.

PIANO SANITARIO	Fino a 60 anni	da 61 a 65 anni	Da 66 a 85 anni
STANDARD	€ 407	€ 415	€ 423
PLUS	€ 523	€ 533	€ 544
EXTRA 3	€ 698	€ 712	€ 725

Tabella costi inclusione coniuge non fiscalmente a carico

Qualora i coniugi siano entrambi dipendenti del Gruppo oppure nel caso in cui un coniuge è in servizio e l'altro in esodo anticipato nel Fondo di Solidarietà è possibile scegliere tra le seguenti opzioni:

- 1) Entrambi mantengono individualmente il proprio piano sanitario;
- 2) uno dei due coniugi rinuncia alla propria polizza (selezionando la rinuncia tramite portale) e si fa inserire come coniuge non fiscalmente a carico nella copertura sanitaria dell'altro coniuge. In caso di inserimento in un piano sanitario superiore a quello del rinunciatario, il titolare di polizza dovrà versare per il coniuge dipendente l'eventuale differenza tra il contributo aziendale di quest'ultimo ed il costo previsto per l'inserimento in polizza del coniuge non fiscalmente a carico. Ovviamente nulla è dovuto in caso differenza negativa.

Facciamo un esempio al fine di chiarire quest'ultimo concetto.

Il contributo aziendale è stato fissato secondo la seguente tabella:

Aree Professionali, QD1 e QD2 (Standard)	650 €
QD3 e QD4 (Plus)	900 €
Dirigenti (Extra 3)	1.300 €

Poniamo ora il caso che un collega QD1 (**Standard**) di età inferiore a 60 anni rinunci alla propria polizza individuale per essere inserito nella copertura sanitaria prevista dal piano del coniuge dirigente (**Extra 3**). Per l'inserimento del coniuge sarà necessario versare un conguaglio di 48€ in quanto l'importo previsto per l'inserimento del coniuge non fiscalmente a carico (698€) è superiore al contributo aziendale per la polizza Standard (650€).

Tale opzione è esercitabile solo durante la Campagna di adesione. Per tutta la durata del biennio non sarà dunque esercitabile in caso di matrimoni o convivenze insorte successivamente.

Ricordiamo infine che per quanto riguarda Uni.C.A. il personale esodato nel Fondo di Solidarietà è del tutto assimilato al personale in servizio e che pertanto può esercitare le stesse opzioni.

**Altri familiari:** I familiari conviventi non fiscalmente a carico possono essere inclusi nella copertura sanitaria a condizione che siano presenti sullo stato di famiglia e che vengano inseriti tutti i familiari non fiscalmente a carico ivi presenti.

PIANO SANITARIO	Fino a 60 anni	da 61 a 65 anni	Da 66 a 85 anni
STANDARD	€ 791	€ 806	€ 822
PLUS	€ 1.041	€ 1.062	€ 1.082
EXTRA 3	€ 1.129	€ 1.151	€ 1.173

Tabella costi inclusione altri familiari non fiscalmente a carico

Può inoltre essere inserito in polizza il genitore ultra-sessantenne non convivente con a condizione che per l'anno 2015 abbia avuto un reddito individuale lordo fino a 26.000 Euro.

PIANO SANITARIO	da 61 a 65 anni	Da 66 a 85 anni
STANDARD	€ 1.050	€ 1.070
PLUS	€ 1.388	€ 1.415
EXTRA 3	€ 1.483	€ 1.511

Tabella costi inclusione genitore ultrasessantenne con limite di reddito di 26.000€ annui lordi

#### Carico Fiscale / Non Carico Fiscale

Per quanto attiene a questo delicato punto, già oggetto di verifiche negli anni scorsi, il criterio adottato per definire se un soggetto risulta a carico o meno si desume dalla situazione consolidata all'anno precedente facilmente rilevabile dalla dichiarazione dei redditi: ad esempio per il 2016 farà fede la situazione fiscale al 31 dicembre 2015.

Nel caso in cui durante il 2016 il reddito del soggetto superi la soglia stabilita dall'Agenzia delle Entrate per essere considerato fiscalmente a carico la variazione con conseguente passaggio a non fiscalmente a carico si avrà a partire dal gennaio 2017. Pertanto un familiare originariamente incluso in qualità di fiscalmente a carico ricorrendo la condizione sopra esposta per mantenere il diritto all'inclusione nel piano sanitario dovrà versare la relativa quota di premio per il 2017.

Questo concetto è valido per tutti i componenti il nucleo familiare. La segnalazione di variazione è a carico del titolare che dovrà informare Uni.C.A. mediante web ticket a ES SSC.

## ASPETTI FISCALI CONTO WELFARE

I costi sostenuti per i piani sanitari a carico dei colleghi (ad esempio inclusione familiari non fiscalmente a carico, passaggio a piano superiore, estensione polizza odontoiatrica al nucleo) sono deducibili dal reddito e vengono esclusi dal reddito imponibile del titolare direttamente in busta paga.

Ne consegue che, qualora si utilizzi la somma disponibile sul Conto Welfare per pagare tali costi, gli importi all'atto dell'accredito nel bollettino stipendio verranno assoggettati ad imposizione fiscale in quanto le somme presenti a conto Welfare sono a loro volta defiscalizzate e non è ovviamente possibile fruire di doppia deduzione fiscale per le stesse partite.

## I PIANI SANITARI A CONFRONTO

Al fine facilitare una scelta ponderata mettiamo a confronto le principali caratteristiche economiche dei piani sanitari per evidenziarne le differenze, rimandando alla documentazione completa dei piani sanitari disponibile sul [portale di Uni.C.A.](#) per qualsiasi approfondimento.

TABELLA DI RAFFRONTO SCOPERTI E FRANCHIGIE

PRESTAZIONE	RETE DIRETTA			A RIMBORSO		
	STANDARD	PLUS	EXTRA	STANDARD	PLUS	EXTRA
Ricoveri con o senza intervento chirurgico	200 €	200 €	Nessuna franchigia	10% minimo 1.500€	10% minimo 1.500€	10% minimo 1.500€
Ricoveri con intervento chirurgico a scopo ricostruttivo	1.000€	1.000€	1.000€	20% minimo 1.000€	20% minimo 1.000€	20% minimo 1.000€
Grandi Interventi	Nessuna franchigia	Nessuna franchigia	Nessuna franchigia	Nessuna franchigia	Nessuna franchigia	Nessuna franchigia
Parto cesareo e parto fisiologico	Nessuna franchigia	Nessuna franchigia	Nessuna franchigia	Nessuna franchigia	Nessuna franchigia	Nessuna franchigia
Day Hospital con o senza intervento chirurgico / Miopia	200 €	200 €	Nessuna franchigia	10% minimo 1.000€	10% minimo 1.000€	10% minimo 1.000€
Intervento chirurgico ambulatoriale	100 €	100 €	Nessuna franchigia	10% minimo 500€	10% minimo 500€	10% minimo 500€
Interventi chirurgici odontoiatrici	200 €	200 €	Nessuna franchigia	20% minimo 1.000€	20% minimo 1.000€	20% minimo 1.000€
Visite specialistiche e diagnostica ordinaria / Cure e alta diagnostica	30€ per fattura	10€ per fattura	10€ per fattura	20% minimo 60€ per fattura	20% minimo 60€ per fattura	20% minimo 60€ per fattura
Cure oncologiche	Nessuna franchigia	Nessuna franchigia	Nessuna franchigia	Nessuna franchigia	Nessuna franchigia	Nessuna franchigia

Nota: In caso di prestazioni indirette (a rimborso), relative a grandi interventi effettuati presso una delle strutture TOP saranno applicati gli scoperti e le franchigie relativi agli interventi "ordinari", con penalizzazione in caso di accesso in forma indiretta quando possibile la diretta: applicazione di scoperti e franchigie in misura doppia rispetto all'ordinaria.

TABELLA DI RAFFRONTO MASSIMALI

PRESTAZIONE	STANDARD	PLUS	EXTRA
Ricoveri con o senza intervento chirurgico / Day Hospital / Miopia Ambulatoriale	150.000€ per nucleo / anno	150.000€ per nucleo / anno	500.000€ per nucleo / anno
Ricoveri con intervento chirurgico a scopo ricostruttivo	5.000€ per persona-nucleo/anno	5.000€ per persona-nucleo/anno	5.000€ per persona-nucleo/anno
Grandi Interventi	300.000€ per nucleo / anno	300.000€ per nucleo / anno	500.000€ per nucleo / anno
Parto cesareo	6.000€ per nucleo / anno	6.000€ per nucleo / anno	9.000€ per nucleo / anno
Parto fisiologico	3.000€ per nucleo / anno	3.000€ per nucleo / anno	6.000€ per nucleo / anno
Interventi chirurgici odontoiatrici	10.000€ per nucleo / anno	10.000€ per nucleo / anno	10.000€ per nucleo / anno
Visite specialistiche e diagnostica ordinaria	3.000€ per nucleo / anno	3.000€ per nucleo / anno	5.500€ per nucleo / anno
Cure e alta diagnostica, compresi test genetici prenatali	5.000€ per nucleo / anno	5.000€ per nucleo / anno	7.500€ per nucleo / anno
Cure oncologiche <sup>(1)</sup>	10.000€ per nucleo / anno	10.000€ per nucleo / anno	12.500€ per nucleo / anno
Nota: <sup>(1)</sup> in caso di esaurimento si utilizza il medesimo massimale previsto per l'alta specializzazione e per le visite specialistiche.			

TABELLA DI RAFFRONTO DIARIA

PRESTAZIONE	STANDARD	PLUS	EXTRA
Ricoveri con intervento chirurgico	80€ / giorno	80€ / giorno	100€ / giorno
Ricoveri senza intervento chirurgico	60€ / giorno	60€ / giorno	100€ / giorno
Grandi Interventi	100€ / giorno	100€ / giorno	120€ / giorno
Day Hospital con intervento	40€ / giorno	40€ / giorno	50€ / giorno
Day Hospital senza intervento	30€ / giorno	30€ / giorno	50€ / giorno

I Ticket SSN sono rimborsati per le prestazioni previste dal piano sanitario. La spesa rientra nel massimale previsto per il singolo tipo di prestazione.

Altre prestazioni coperte dai piani sanitari

PRESTAZIONE	STANDARD	PLUS	EXTRA
Rimborso occhiali / lenti a contatto	Nessuna previsione	300€ per nucleo / anno di cui 120€ a persona	400€ per nucleo / anno di cui 150€ a persona
DSA (Disturbi Specifici dell'Apprendimento)	1.500€ per nucleo/anno se QI <70 500€ per nucleo/anno se QI tra70 e 85	1.500€ per nucleo/anno se QI <70 500€ per nucleo/anno se QI tra70 e 85	1.500€ per nucleo/anno se QI <70 500€ per nucleo/anno se QI tra70 e 85
Agopuntura	Nessuna previsione	Nessuna previsione	Rimborso se prestazione resa da medico e dietro prescrizione medica Massimale 5.500€ per nucleo / anno ricompreso nel massimale visite specialistiche Franchigia 20% minimo 40€ per fattura
Fisioterapia	700€ per nucleo / anno	700€ per nucleo / anno	5.500€ per nucleo / anno ricompreso nel massimale visite specialistiche

Rammentiamo che la fisioterapia è coperta sempre senza distinzione di polizza:

- nei 120 giorni successivi ad un ricovero, con o senza intervento, compreso il ricovero per parto cesareo ad esclusione del ricovero a seguito di parto fisiologico;
- per infortunio, certificato da Pronto Soccorso e comunque in presenza di prescrizione di medico ASL o medico specialista;
- a seguito di gravi patologie come ictus cerebrale, forme neurologiche degenerative (es. sclerosi multipla, morbo di Parkinson), tumori;

La prestazione è rimborsabile se prestata da medico specialista, terapisti della riabilitazione o centri medici specializzati.

***Ne consegue che in caso di infortunio (evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna) è sempre necessario recarsi al Pronto Soccorso al fine di ottenere l'idonea certificazione necessaria per ottenere la copertura del trattamento fisioterapico.***

## LA COPERTURA COLLETTIVA DENTI

La copertura odontoiatrica è stata confermata dal **01/02/2016** al **31/12/2017**, allineando così a fine biennio le scadenze tra le polizze odontoiatriche e le polizze sanitarie, con alcune importanti novità.

Stante i rapporti tecnici positivi le coperture dentarie per il prossimo biennio saranno garantite totalmente da Uni.C.A. (nello scorso biennio l'auto-assicurazione copriva il 50%) che non si appoggerà ad una compagnia assicuratrice. Ne consegue una maggiore responsabilità e attenzione nei processi liquidativi. **Per evitare di incappare in situazioni che non daranno luogo al rimborso vi invitiamo a prendere visione delle "[Condizioni Generali di Liquidabilità](#)" in appendice.**

Nell'ambito della polizza collettiva dentaria, a sottoscrizione obbligatoria per i dipendenti in servizio, è stata inserita la copertura per **l'implantologia** con un rimborso del 60% della spesa sostenuta in Rete Convenzionata, del 40% fuori Rete Convenzionata (con un sotto-massimale di 500,00 euro).

Da quest'anno è inoltre possibile per le Aree Professionali ed i Quadri Direttivi la sottoscrizione a pagamento della polizza "Completa" riservata fino allo scorso biennio ai soli Dirigenti.

Rammentiamo che la copertura è obbligatoria per il solo dipendente titolare con un costo differenziato in base all'inquadramento. Occorre tenere altresì in considerazione che in base all'Accordo sindacale 8.10.2015, UniCredit ha assunto a proprio carico un onere di 88,70 euro pro-capite per la copertura collettiva dentaria relativa al 2016 di Aree Professionali e QD

Inquadramento	Costo adesione 2016	Costo adesione 2017 (11 mesi)
Dirigenti	265,86	243,71
QD4	208,78	191,38
QD3	176,85	162,11
QD2	157,87	144,71
QD1	148,51	136,13
A3L4	130,25	119,40
A3L3	121,15	111,05
A3L2	114,32	104,79
A3L1	108,38	99,35
A2L3	101,82	93,34
A2L2	97,90	89,74
A2L1	95,25	87,31
A1GN	91,08	83,49
A1	88,70	81,31

In aprile verrà addebitata la prima rata della copertura collettiva dentaria pari ad euro 88,70; tale importo sarà a carico dell'azienda per le Aree Professionali e Quadri Direttivi, mentre rimane a proprio carico per i Dirigenti.

La differenza fra il contributo dovuto dall'associato secondo la Tabella Parametrica e l'importo di € 88,70 della prima rata di aprile, verrà addebitato in due rate di pari importo a giugno e dicembre 2016.

Nella sottostante tabella l'elenco delle prestazioni coperte dalla polizza odontoiatrica

Prestazione	in network	Fuori network
Visite	100%	80%
Igiene orale	100%	80%
Visita emergenza	100%	80%
Conservativa	100%	80%
Radiologia odontoiatrica	100%	80%
Chirurgia	100%	80%
Parodontologia	100%	80%
Endodonzia	80%	60%
Protesi	0% ACCESSO TARIFFARIO	0%
Ortognatodonzia	0% ACCESSO TARIFFARIO	0%
Implantologia (sottomassimale specifico 500€)	60%	40%
Massimale annuo testa	€ 1.000	
<b>1 Visita ed Ablazione/anno</b>		

#### *Prestazioni Collettiva Dentaria - Titolare*

E' possibile estendere la copertura ai soggetti componenti il nucleo familiare coperti dal piano sanitario di Uni.C.A. al costo di € 500 con un aumento del massimale da € 1.000 a €1.500 (per tutto il nucleo familiare compreso il titolare) e l'estensione della prestazione della visita ed ablazione/anno a tutti i soggetti assicurati.

#### **Copertura Completa**

Come anzidetto è possibile per le Aree Professionali ed i Quadri Direttivi acquistare al costo di € 750 per anno la polizza "Completa", sinora destinata esclusivamente ai Dirigenti.

Tecnicamente la copertura "Completa" è configurata come integrativa della polizza collettiva dentaria obbligatoria, il massimale indicato nella tabella delle prestazioni è quello complessivo (ovvero comprende quello della copertura collettiva obbligatoria).

Inoltre i massimali sono diversificati a seconda che si abbia sottoscritto o meno l'estensione delle coperture dentarie al nucleo familiare.

#### **Nota**

La sottoscrizione della sola copertura "Completa" include il coniuge e i figli fiscalmente a carico purché inseriti nelle coperture sanitarie non odontoiatriche. Gli eventuali altri familiari e i figli non fiscalmente a carico, ancorché inseriti a pagamento nella polizza sanitaria, sono inclusi in copertura unicamente se si è sottoscritta l'estensione della polizza odontoiatrica obbligatoria al nucleo familiare.

Le prestazioni coperte dall'estensione alla "Completa" sono le seguenti:

Prestazione	in network	Fuori network
Visite	100%	80%
Igiene orale	100%	80%
Visita emergenza	100%	80%
Conservativa	100%	80%
Radiologia odontoiatrica	100%	80%
Chirurgia	100%	80%
Parodontologia	100%	80%
Endodonzia	80%	60%
Protesi	60%	40%
Ortognatodonzia	60%	40%
Implantologia (sottomassimale specifico 500€)	60%	40%
Massimale annuo nucleo	<p>1. <b>Senza estensione al nucleo assicurato</b> della Collettiva Dentaria Obbligatoria - <b>Massimale complessivo di € 2.500</b> (comprensivo di € 1.000 relativo alla Collettiva Dentaria) così spendibile:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Dipendente: <b>€ 2.500</b></li> <li>b. Coniuge o convivente more uxorio, i figli fiscalmente a carico, purché assicurati con la polizza non odontoiatrica: <b>€ 1.500</b></li> </ul> <p>2. <b>Con estensione al nucleo assicurato</b> della Collettiva Dentaria Obbligatoria – <b>Massimale Complessivo di € 3.000</b> (comprensivo di € 1.500 relativo alla Collettiva Dentaria) così spendibile:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Dipendente: <b>€ 3.000</b> di cui € 500 alle condizioni della Collettiva Dentaria Obbligatoria</li> <li>b. Coniuge o convivente more uxorio, i figli fiscalmente a carico, purché assicurati con la polizza non odontoiatrica: <b>€ 3.000</b> di cui € 1.500 a condizioni della Collettiva Dentaria Obbligatoria</li> <li>c. altri eventuali familiari assicurati con la polizza non odontoiatrica: <b>€ 1.500</b> a condizioni della Collettiva Dentaria Obbligatoria</li> </ul>	
<b>1 Visita ed Ablazione/anno</b>		

## Appendice A – ELENCO DELLE CLINICHE TOP

### **Roma:**

Casa di Cura Paideia Spa,  
Casa di Cura Mater Dei Spa,  
Casa di Cura Quisisana,  
Casa di Cura Villa Stuart,  
Casa di Cura Villa Flaminia,  
Casa di Cura Villa Margherita.

### **Milano:**

Casa di Cura La Madonnina Spa,  
Istituto Nazionale Tumori,  
Ospedale S. Raffaele srl,  
Humanitas Mirasole Spa (Istituto Clinico Humanitas),  
Casa di Cura Capitanio.

### **Torino:**

Clinica Fornaca di Sessant,  
Casa di Cura  
Sedes Sapientiae,  
Casa di Cura Cellini.

### **Bergamo:**

Humanitas Gavazzeni.

### **Varese:**

Istituto Clinico Humanitas Mater Domini Casa di Cura Privata.

***NB: In caso di prestazioni indirette (a rimborso), relative a grandi interventi effettuati presso una delle predette strutture, saranno applicati gli scoperti e le franchigie relativi agli interventi "ordinari", con penalizzazione in caso di accesso in forma indiretta quando possibile la diretta: applicazione di scoperti e franchigie in misura doppia rispetto all'ordinaria.***

## Condizioni generali di liquidabilità prestazioni odontoiatriche



Condizioni generali di liquidabilità		
Tutte le prestazioni sono liquidabili nei limiti del plafond annuale.		
Salvo che per visite, igiene orale, radiologia, è sempre richiesta l'indicazione della patologia		
Sono rimborsabili le spese sostenute per le prestazioni odontoiatriche necessarie, in relazione allo stato patologico documentato, ed in applicazione delle condizioni specifiche di liquidabilità		
Non saranno rimborsati i costi di produzione di documentazione fotografica		
Le richieste di rimborso dovranno essere trasmesse entro 3 mesi dalla data di emissione della fattura, corredate dalla documentazione radiografica/fotografica richiesta, necessariamente contestuale alle cure, sottoscritta dal medico curante dentista con indicazione di data e nominativo dell'assicurato. Se la documentazione fotografica/radiografica prodotta non dovesse essere contestuale alla prestazione, la prestazione potrà non essere liquidata.		
Tutte le prestazioni effettuate entro la data di fine validità della copertura dovranno essere fatturate, anche se il piano di cura non è stato completato.		
Non saranno rimborsate fatture "in anticipo", di "acconto" rispetto all'effettuazione delle prestazioni.		
Dettaglio prestazioni copertura collettiva dentaria	Condizioni specifiche di liquidabilità	Note
Visite: visite specialistiche odontoiatriche, anche di controllo	Una sola volta l'anno, per assicurato.	
Igiene Orale: ablazione del tartaro, pulizia dei denti	Una sola volta l'anno, per assicurato.	Non è ricompreso lo sbiancamento
Visita di emergenza:	Allegare documentazione radiografica attestante la patologia	
- carie destruento che coinvolge la polpa dentaria		
- otturazione con carie secondaria che coinvolge la polpa dentaria		
- accessi endodontici e paradontali		
Radiologia odontoiatrica: radiologia a scopo diagnostico o per verifica di effettuazione di una prestazione		
Chirurgia: estrazione di elementi dentali o interventi chirurgici odontoiatrici	Documentazione radiografica diagnostica pre-cure.	
Conservativa: otturazione denti carati.	Cure riconosciute sullo stesso dente ogni 24 mesi, salvo esplicita motivazione. Necessario indicare il dente curato e la classe di otturazione, e su richiesta produrre documentazione pre e post cura (radiografica o fotografica) comprovante l'esecuzione della cura.	Non rientrano tra le prestazioni conservative gli intarsi
Paradontologia: cura di patologie gengivali, o paradontali (piorrea)	Sempre necessaria cartella paradontale pre-cure, anche per lo scaling (pulizia sottogengivale del tartaro, a fini curativi, in presenza di patologia). Chirurgia gengivale: riconosciuta solo in presenza di tasche uguali o superiori ai 5 mm, previa documentazione radiografica pre-cure. Gengivectomia: sufficiente documentazione fotografica pre e post cure.	
Endonzia: devitalizzazione denti carati	Necessario indicare il dente curato e produrre documentazione pre e post cura (radiografica) comprovante l'esecuzione della cura.	
Implantologia: vite inserite in mancanza di elemento dentale	Necessario indicare l'area curata e produrre documentazione pre cura (radiografica).	
Protesi: manufatti protesici eseguiti dal laboratorio su prescrizione medica dell'odontoiatra	Necessario: certificazione di conformità con indicazione degli elementi interessati e la data di effettuazione.	solo COMPLETA. Sono ricompresi intarsi di ogni tipo.
Ortognatodonzia: trattamento delle malocclusioni dentali	Necessario: certificazione di conformità con indicazione della tipologia di apparecchio ortodontico	solo COMPLETA

## INFORMAZIONI UTILI



Numero Verde	800.90.12.23
Dall'estero	0039 0422.17.44.023
e-mail	<a href="mailto:Assistenza.unica@previmedical.it">Assistenza.unica@previmedical.it</a> <a href="mailto:Centraleoperativa.unica@previmedical.it">Centraleoperativa.unica@previmedical.it</a>
Sito internet associati Uni.C.A.	<a href="http://www.unica.previmedical.it">www.unica.previmedical.it</a>
Sito internet società	<a href="http://www.previmedical.it">www.previmedical.it</a>



Numero Verde	800.66.24.75
e-mail	<a href="mailto:infooperunica@pronto-care.com">infooperunica@pronto-care.com</a>
Per informazioni sulle pratiche di liquidazione	<a href="mailto:liquidazioni@pronto-care.com">liquidazioni@pronto-care.com</a>
Per segnalare reclami	<a href="mailto:reclamiperunica@pronto-care.com">reclamiperunica@pronto-care.com</a>
Sito internet	<a href="http://www.pronto-careperunica.com">www.pronto-careperunica.com</a>

**Per questioni amministrative ed informazioni sul processo di adesione è necessario contattare ES SCC Shared Service Center ai seguenti recapiti:**

Dipendenti	800.15.15.15.00 oppure tramite web-ticket
Personale in esodo	Dalle ore 09:00 alle 13:00 da lunedì a venerdì: 02/86863988 oppure 02/86863990 email: <a href="mailto:ucipolsan@unicredit.eu">ucipolsan@unicredit.eu</a>
Personale in quiescenza	Dalle ore 09:00 alle 13:00 da lunedì a venerdì: 02/86863988 oppure 02/86863990 email: <a href="mailto:polsanpen@unicredit.eu">polsanpen@unicredit.eu</a>