



Roma, li 10 Aprile 2014

CCNL Industria alimentare - Fondo Assistenza Sanitaria Alimentaristi – Piena operatività nuova Convenzione assicurativa – Avvio dal 1° aprile del sistema rimborsuale diretto tramite rete strutture convenzionate con Unisalute

Facendo seguito alla precedente comunicazione del 28 febbraio u.s., siamo lieti di informare che dal 1° aprile 2014 è pienamente operativo il nuovo piano sanitario, anche per quanto riguarda le prestazioni sanitarie dirette tramite il network di strutture convenzionate con Unisalute.

Nel rinviare alla scheda di sintesi ed al Fascicolo informativo (reperibili sul sito del Fondo) per tutte le prestazioni, condizioni ed esclusioni dall'assicurazione, riepiloghiamo le prestazioni in convenzione:

INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO (titolare + nucleo familiare):

Unisalute liquida le spese sostenute per gli interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie: osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso; cisti follicolari; cisti radicolari; adamantinoma; odontoma; ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare.

Solo in tali casi è prevista l'indennizzo delle spese dell'intervento di implantologia dentale necessario a completamento dell'intervento.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con Unisalute, le spese per le prestazioni erogate all'Associato vengono liquidate direttamente dalla Compagnia alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Per l'attivazione della garanzia in strutture sanitarie convenzionate, il dentista convenzionato dovrà produrre, tramite la procedura concordata con Unisalute, la seguente documentazione medica necessaria al fine di ottenere l'erogazione in forma diretta, tale documentazione consisterà in:

- radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari, cisti follicolari, cisti radicolari, adamantinoma, odontoma, ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare;
- radiografie, referti radiologici e referti istologici per cisti follicolari e cisti radicolari.

Nel caso in cui l'Associato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, le spese sostenute vengono rimborsate, per il tramite del Fondo, con l'applicazione di uno scoperto del 20%.

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

La documentazione medica necessaria per ottenere il rimborso delle spese sostenute consiste in:

- radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari, cisti follicolari, cisti radicolari, adamantinoma, odontoma, ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare;
- radiografie, referti radiologici e referti istologici per cisti follicolari e cisti radicolari.

Si precisa che per la presente garanzia non è prevista alcuna forma di indennizzo in forma rimborsuale presso le Strutture sanitarie private non convenzionate con Unisalute, qualora un Assistito si rivolga a tali strutture, le spese resteranno a suo carico.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 3.800,00 per persona.

PRESTAZIONI DI IMPLANTOLOGIA (titolare+nucleo familiare)

Viene previsto un massimale di € 1.100,00 per prestazioni di implantologia dentale in un anno assicurativo e per nucleo.

Si specifica che:

- le prestazioni sono erogabili solo presso le strutture sanitarie e il personale convenzionato con Unisalute;
- le spese per le prestazioni erogate all'Associato vengono liquidate direttamente dalla Compagnia alle strutture medesime senza l'applicazione di alcuna franchigia o scoperto;
- si precisa che per l'attivazione della garanzia il dentista convenzionato dovrà produrre, tramite la procedura concordata con la Compagnia, le radiografie e i referti radiografici precedenti e successivi all'installazione degli impianti.

APPLICAZIONE DI TRE O PIU' IMPIANTI

La garanzia opera nel caso di applicazione di tre o più impianti previsti dal medesimo piano di cura.

Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio e il perno/moncone relativi ai 3 o più impianti.

Qualora il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il massimale sopra indicato, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Associato alla struttura convenzionata.

APPLICAZIONE DI DUE IMPIANTI

Viene previsto un sottomassimale annuo di € 700,00 nel caso di applicazione di due impianti previsti dal medesimo piano di cura. Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio e il perno/moncone relativi ai 2 impianti. Qualora il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il massimale sopra indicato, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Associato alla struttura convenzionata.

Qualora, nel corso della medesima annualità di copertura, dopo aver attivato la garanzia prevista al punto successivo ("Applicazione di un impianto"), si rendesse necessario l'innesto di un secondo impianto, quest'ultimo verrà liquidato nell'ambito del sottomassimale di € 700,00 previsto in questa garanzia, al netto di quanto già autorizzato o liquidato.

APPLICAZIONE DI UN IMPIANTO

Viene previsto un sottomassimale annuo di € 350,00 nel caso di applicazione di un impianto previsto dal piano di cura.

Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio e il perno/moncone relativi all'impianto.

Qualora il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il massimale sopra indicato, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Associato alla struttura convenzionata.

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE ED ORTODONTICHE A SEGUITO DI INFORTUNIO (titolare+nucleo familiare)

La Compagnia liquida le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche, a seguito di infortunio con le modalità sottoindicate.

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

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

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con Unisalute, le spese per le prestazioni erogate all'Associato vengono liquidate direttamente dalla Compagnia alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Associato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, Unisalute, per il tramite del Fondo, rimborsa integralmente i ticket sanitari a Suo carico nel limite dei massimali assicurati. Si precisa che per la presente garanzia non è prevista alcuna forma di indennizzo in forma rimborsuale presso le Strutture sanitarie private non convenzionate con Unisalute; qualora un Assistito si rivolga a tali strutture, le spese resteranno a suo carico.

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

PREVENZIONE ODONTOIATRICA (titolare+nucleo familiare)

Unisalute provvede al pagamento del "pacchetto" di prestazioni odontoiatriche particolari fruibile una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate con la Compagnia indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Le prestazioni che costituiscono il "pacchetto" sono nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, e si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità. Le prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione.

- Visita specialistica odontoiatrica;
- Ablazione del tartaro mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale.

Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'Associato, il medico della struttura convenzionata riscontri, in accordo con la Compagnia, la necessità di effettuare una seconda seduta di ablazione del tartaro nell'arco dello stesso anno assicurativo, Unisalute provvederà ad autorizzare e liquidare la stessa nei limiti sopra indicati. Restano invece a carico dell'Associato, se richieste, ulteriori prestazioni, quali, ad esempio, la fluorazione, la levigatura delle radici, la levigatura dei solchi ecc.

PREVENZIONE ODONTOIATRICA (garanzia operate per i figli con età < a 6 anni)

Unisalute provvede al pagamento del "pacchetto" di prestazioni odontoiatriche particolari fruibile una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate con la Compagnia indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Le prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione.

- Visita specialistica odontoiatrica; Fluorazione.

Restano invece a carico dell'Associato, se richieste, ulteriori prestazioni, quali, ad esempio, la levigatura delle radici, la levigatura dei solchi ecc.

PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI (garanzia operante per titolare e coniuge)

Unisalute provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate effettuate una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate con la Compagnia indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Le prestazioni previste, nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Le prestazioni previste devono essere effettuate in un'unica soluzione.

Alanina aminotransferasi ALT; Aspartato Aminotransferasi AST; Colesterolo HDL; Colesterolo totale; Creatinina ; esame emocromocitometrico e morfologico completo ; gamma GT; glicemia; trigliceridi; tempo di tromboplastina parziale (PTT); tempo di protrombina (PT); urea;VES; Urine; esame chimico, fisico e microscopico; Feci: Ricerca del sangue occulto; Elettrocardiogramma di base

Prestazioni previste per gli uomini una volta ogni due anni a partire dal compimento dei 45 anni : PSA (Specifico antigene prostatico)

Prestazioni previste per le donne una volta ogni due anni a partire dal compimento dei 35 anni: Pap test Mammografia (solo con presentazione della prescrizione del medico curante)

PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI (garanzia operante per figli < 6 anni)

Unisalute provvede al pagamento della prestazione sotto elencata effettuata una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate con la Compagnia indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. La prestazione prevista, nata per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede sia particolarmente opportuna per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

- Visita oculistica.

PACCHETTO MATERNITA'

Sono comprese nella garanzia: n°4 visite di controllo ostetrico ginecologico (elevate a n°6 per gravidanza a rischio); le ecografie; le analisi clinico chimiche; l'amniocentesi o la villocentesi: per le donne di età ≥ 35 anni tali prestazioni sono erogabili senza prescrizione mentre per le donne di età <35 anni sono riconosciute solo nel caso di malformazione familiare in parenti di 1° grado o nel caso di patologie sospette.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con Unisalute, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritta vengono liquidate direttamente dalla Compagnia alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Iscritta si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, Unisalute, per il tramite del Fondo; rimborsa integralmente i ticket sanitari a Suo carico nel limite dei massimali assicurati.

Si precisa che per la presente garanzia non è prevista alcuna forma di indennizzo in forma rimborsuale presso le Strutture sanitarie private non convenzionate con la Compagnia; qualora un Assistito si rivolga a tali strutture, le spese resteranno a suo carico.

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

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

DENUNCIA DEL SINISTRO

La modalità di denuncia del sinistro si differenzia a seconda della forma attivabile:

- A) la forma diretta presso le strutture convenzionate con Unisalute;
- B) la forma indiretta (metodo rimborsuale) presso le strutture non convenzionate con Unisalute o presso le strutture del SSN.

A) SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON LA COMPAGNIA

L'iscritto o il familiare potrà richiedere la prenotazione della prestazione tramite il sito www.fondofasa.it, utilizzando la funzione "Prenotazione visite ed esami" disponibile all'interno dell'Area riservata.

Nel caso di impossibilità ad accedere al sito Internet del Fondo, l'interessato potrà alternativamente contattare la Centrale Operativa di Fondo FASA (presso UniSalute), telefonando al numero verde nazionale 800-009619, dal lunedì al venerdì, dalle 8.30 alle 19.30 (dall'estero occorre comporre il seguente numero verde 00800-39009619, in caso di mancato funzionamento del numero verde internazionale occorre comporre il seguente numero a pagamento: 0039514185619), e specificare la prestazione richiesta.

Gli operatori ed i medici della Centrale Operativa sono a disposizione per verificare la compatibilità della prestazione richiesta con il piano sanitario; inoltre, all'interno dell'Area riservata accessibile

dal sito www.fondofasa.it, l'interessato potrà consultare e conoscere con precisione le strutture ed i medici convenzionati dedicati al suo specifico Piano sanitario.

Per quanto in particolare concerne le prestazioni di odontoiatria da effettuare presso le strutture convenzionate, l'interessato o il Centro odontoiatrico convenzionato, dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa al fine di attivare la verifica della copertura assicurativa e la conseguente trasmissione della "presa in carico" al centro odontoiatrico relativa alle prestazioni sanitarie cui l'interessato stesso ha diritto.

In occasione del primo sinistro nella struttura sanitaria convenzionata, il dentista provvederà all'effettuazione della prima visita e redigerà la "scheda anamnestica" relativa all'apparato masticatorio dell'Associato, mentre le eventuali prestazioni necessarie saranno elencate nel piano terapeutico.

In ogni caso di prestazioni effettuate mediante sistema diretto in convenzione, la Compagnia provvederà, nei limiti indicati nelle singole garanzie, a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni prese in carico. A tal fine l'interessato delega la Compagnia a pagare le strutture/medici convenzionate/i a saldo delle spese mediche sostenute, coperte dalle garanzie di polizza.

B) SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON UNISALUTE (solo per le garanzie che prevedono tale modalità)

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Associato deve inviare direttamente alla sede della Fondo FASA, Via Flavia, 3 – 00187 ROMA, la documentazione necessaria:

- modulo di denuncia del sinistro debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte;
- in caso di ricovero(*), copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;
- in caso di intervento chirurgico ambulatoriale(*), copia completa della documentazione clinica, conforme all'originale;
- in caso di prestazioni extraricovero, copia della prescrizione contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico curante;
- copia della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte e ricevute) da cui risulti il relativo quietanzamento.

(*). Tutta la documentazione medica relativa alle prestazioni precedenti e successive al ricovero od all'intervento chirurgico ambulatoriale e ad esso connesso, dovrà essere inviata unitamente a quella dell'evento a cui si riferisce.

NUCLEO FAMILIARE

Per poter fruire delle prestazioni da parte dei familiari dell'iscritto, è necessario comunicare il proprio nucleo familiare (*) compilando l'apposita "Dichiarazione sostitutiva del certificato di Stato di famiglia", reperibile sul sito del FASA, e restituendola al Fondo firmata, via posta ordinaria, fax, email/sito (in tal caso con firma scansionata).

Si precisa che qualora ci siano due coniugi entrambi dipendenti di Aziende iscritte al Fondo, dovranno essere inseriti entrambi come titolari e non potranno essere in alcun modo inseriti come beneficiari; i figli fiscalmente a carico invece potranno risultare beneficiari di entrambe le coperture dei genitori.

(*) coniuge (sia fiscalmente che non fiscalmente a carico) + figli, solo se fiscalmente a carico risultanti dallo stato di famiglia.

A tale ultimo proposito (figli fiscalmente a carico), si precisa che si considerano tali i figli il cui reddito annuo non superi Euro 2.840,51.

A completamento della definizione di nucleo si precisa che possono essere inclusi nella presente copertura, previa tassativa compilazione di un'autocertificazione in carta libera da inviare al Fondo:

- i figli del/della dipendente non presenti sul medesimo stato di famiglia purché fiscalmente a carico del/della dipendente stesso/a;
- il coniuge non presente sul medesimo stato di famiglia del/della dipendente purché convivente presso il domicilio del/della dipendente stesso/a.

Ogni altro soggetto diverso da quelli sopra indicati (es. convivente "more uxorio", figli non fiscalmente a carico, genitori, fratelli, zii etc.), non può in ogni modo essere incluso nella presente copertura.

Si rinvia comunque al sito del Fondo (www.fondofasa.it) per ogni ulteriore informazione di dettaglio sulle prestazioni contemplate dal piano sanitario e per la modulistica completa (<http://www.fondofasa.it/Pages/Modulistica.aspx>).

Con i migliori saluti.

IL PRESIDENTE
(Filippo Ferrua Magliani)

