

Polizza Opzioni Integrative 2020 – 2021 **riservata al personale in servizio**

Gli utenti ipovedenti che utilizzano uno screen reader (es. Jaws), per fruire di una corretta lettura dei dati riportati nelle tabelle, possono utilizzare la combinazione tasti CTRL + ALT + frecce direzionali, o possono avvalersi della guida in linea dello screen reader richiamabile con la combinazione tasti “tasto caldo” + F1 F1 (es. per Jaws la combinazione tasti Insert + F1 F1) per conoscere tutti gli aiuti per la lettura del documento.

Il presente documento rappresenta una sintesi delle prestazioni garantite dalla Polizza Opzioni Integrative, **ma non sostituisce la fonte normativa contrattuale propria che è costituita dalle condizioni di Polizza**, che dovranno sempre essere preventivamente consultate prima di accedere alle prestazioni al fine di poter conoscere con esattezza le condizioni contrattuali.

Trattandosi di polizza integrativa del Piano Sanitario Base (Nuova Plus o Extra), sono richiamate integralmente tutte le premesse contenute nel documento di sintesi relativo ai Piani Sanitari Base, laddove non sia diversamente specificato nel presente documento.

Sono disponibili **6 Opzioni a pagamento**, sinteticamente rappresentate nei prospetti che seguono.

Le opzioni operano:

- in 1° rischio, ove la prestazione non sia già ricompresa nel Piano sanitario Base;
- in 2° rischio, nel caso in cui la prestazione sia già ricompresa nel Piano Sanitario Base.

In altre parole, laddove la stessa prestazione sia contenuta anche nel Piano sanitario Base, la stessa sarà liquidata, dapprima, ai sensi di quanto previsto dal Piano sanitario Base e, in caso di incapienza del massimale previsto dalla garanzia del Piano sanitario Base, sarà liquidata anche ai sensi di quanto previsto dalla polizza Opzioni integrative, fino a concorrenza del massimale previsto da quest'ultima per la specifica garanzia e, comunque, complessivamente (1° e 2° rischio) sempre nei limiti della spesa sostenuta e documentata.

Differenza tra copertura “Alta” e “Totale”

La copertura prevede un limite massimo annuo (massimale) degli indennizzi riconosciuti dalle singole garanzie.

Il massimale previsto dalla copertura “Totale” è maggiore rispetto al massimale previsto dalla copertura “Alta”.

Per il modulo “Scoperti e franchigie” sono disponibili 4 opzioni con Massimale crescente

Differenza tra contributo Single e contributo Nucleo previsti per l’adesione.

Il contributo Single (copertura solo Titolare) è previsto quando nel Piano sanitario Base di Uni.C.A. è assicurato il solo Titolare (non ci sono familiari assicurati).

Il contributo Nucleo (copertura intero Nucleo familiare) è previsto quando nel Piano sanitario Base, oltre al Titolare, sono 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. 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 inserisce anche un solo familiare (es. nascita figlio), il contributo dovuto sarà ricalcolato da contributo Single a contributo Nucleo per l'intera annualità.

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.

Es.: carenza di 45 giorni significa che non sono rimborsabili gli eventi che si verificano nei primi 45 giorni a partire dalla data di decorrenza della polizza.

Deducibilità fiscale del contributo

Anche i contributi per le Opzioni integrative (come gli altri contributi per assistenza sanitaria a carico azienda o del lavoratore) sono deducibili dal reddito imponibile, nei limiti di 3.615,20 euro annui complessivi, in base alle vigenti norme fiscali.

OPZIONI INTEGRATIVE (solo per Dipendenti; no Esodati)

NON AUTOSUFFICIENZA E SERVIZI ASSISTENZIALI (solo per i familiari*)	<u>Livello di Protezione</u> ALTA	<u>Livello di Protezione</u> TOTALE
PRESTAZIONI	<p>a) INABILITA' E NON AUTOSUFFICIENZA: rimborso di prestazioni di assistenza a favore dell'assistito a fronte di idonei giustificativi di spesa (notule, fatture, etc.)</p> <p>b) SERVIZI ASSISTENZIALI solo In Network</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consulenza Medica - Guardia Medica Permanente - Second Opinion - Tutoring - Trasporto Sanitario (massimale € 1.500) - Rientro Sanitario (massimale € 700) - Rimpatrio Salma (massimale € 2.000) 	
CONDIZIONI	Inabilità e non autosufficienza nel compimento delle attività quotidiane 4 ADL su 6 ADL (Activities of Daily Living)	
MASSIMALE	7.000€ anno	10.000€ anno
CARENZA	non è previsto periodo di carenza	
NOTE	<p>(*) il Dipendente è già assicurato per prestazioni corrispondenti con la CASDIC, in applicazione di norme previste nel CCNL Ad integrazione di quanto riportato sulla polizza, e nell'ottica di maggior favore per l'assicurato, la garanzia opera per i casi di non autosufficienza derivanti da infortunio (a prescindere che si sia verificato sul lavoro o meno). Si ricorda che l'infortunio (così come definito nel glossario della polizza) dovrà sempre essere documentato da certificato di Pronto Soccorso ospedaliero.</p> <p>Oltre alle prestazioni effettuate da un medico o un infermiere, la polizza copre le spese per prestazioni fornite dal personale specializzato (ad esempio, in possesso della qualifica professionale di addetto all'assistenza di base o di operatore tecnico assistenziale).</p>	

OPZIONI INTEGRATIVE (solo per Dipendenti; no Esodati)

MEDICINALI	<u>Livello di Protezione</u> ALTA	<u>Livello di Protezione</u> TOTALE
PRESTAZIONI	Rimborso di: - MEDICINALI ivi compresi gli “equivalenti” (farmaci generici); - TICKET : quota di compartecipazione alla spesa sanitaria per acquisto medicinali.	
CONDIZIONI	E' richiesta la prescrizione del medico curante o dello specialista per tutti i medicinali ricompresi nella categoria dell'Informatore farmaceutico edito da CODIFA (quindi, anche per i medicinali da banco). Non sono rimborsabili i vaccini (in quanto aventi finalità di prevenzione)	
MASSIMALE	350€ annuo/persona	500€ annuo/persona
SCOPERTO/FRANCHIGIA	25% della spesa documentata	
CARENZA	45 giorni (nessuna carenza in caso di infortunio)	
NOTE	Ai fini della rimborsabilità, 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 (non è necessaria la fustella).	

OPZIONI INTEGRATIVE (solo per Dipendenti; no Esodati)

LENTI E OCCHIALI	<u>Livello di Protezione</u> ALTA	<u>Livello di Protezione</u> TOTALE
PRESTAZIONI	a) OCCHIALI: 1 paio all'anno b) ALTRE PRESTAZIONI (effettuabili solo in Rete): cfr. Elenco allegato "Lenti e materiale ottici"	
CONDIZIONI	La copertura opera in caso di prima prescrizione o di modifica del visus, entrambe certificate da medico oculista o ottico optometrista regolarmente abilitato.	
MASSIMALE	a) 130€ anno/persona b) illimitato	a) 150€ anno/persona b) illimitato
SCOPERTO/FRANCHIGIA	a) in Rete: 15€; fuori Rete 30€ b) fissa, differenziata per ciascuna prestazione (cfr. Elenco "Lenti e materiale ottici" della polizza)	
CARENZA	a) 45 giorni b) nessuna carenza	
NOTE	La garanzia b), a differenza della garanzia a), presuppone l'utilizzo della sola Rete Convenzionata. Inoltre, nella garanzia b) è prevista la possibilità di acquisto di lenti a contatto non previste nella garanzia a). Con la garanzia b) è possibile acquistare in Rete Convenzionata più occhiali o lenti a contatto correttive della vista in un anno, ma comunque solo <u>a seguito di variazione di visus rispetto all'acquisto precedente</u> . Entrambe le garanzie possono essere utilizzate nella stessa annualità assicurativa, ferme le condizioni sopra precisate.	

LENTI E MATERIALI OTTICI		
	Livello di Protezione ALTA Franchigia	Livello di Protezione TOTALE Franchigia
Giornaliere 30 lenti	€ 15,90	€ 14,45
Giornaliere 90 lenti	€ 42,08	€ 38,25
Giornaliere toriche 30 lenti	€ 21,51	€ 19,55
Giornaliere toriche 90 lenti	€ 56,10	€ 51,00
Settimanali 6 lenti	€ 17,77	€ 16,15
Mensili 1 lente	€ 5,61	€ 5,10
Mensili 3 lenti	€ 14,03	€ 12,75
Mensili 6 lenti	€ 25,25	€ 22,95
Mensili toriche 3 lenti	€ 32,73	€ 29,75
Mensili toriche 6 lenti	€ 65,45	€ 59,50
Morbide annuali (alla coppia)	€ 70,13	€ 63,75
Morbide annuali toriche (alla coppia)	€ 168,30	€ 153,00
Rigide (alla coppia)	€ 187,00	€ 170,00
L.a.c. gas-permeabili	€ 117,81	€ 107,10
Cosmetiche mensili (alla coppia)	€ 20,57	€ 18,70
Soluzione salina	€ 1,87	€ 1,70
Perossido	€ 0,39	€ 0,35
Soluzione unica	€ 4,68	€ 4,25
Detergente	€ 6,55	€ 5,95
Collirio	€ 6,55	€ 5,95
Enzimi	€ 9,35	€ 8,50
Lenti organiche bianche	€ 19,64	€ 17,85

	Livello di Protezione ALTA Franchigia	Livello di Protezione TOTALE Franchigia
Lenti organiche antiriflesso	€ 49,56	€ 45,05
Lenti organiche 1,67 ar	€ 75,74	€ 68,85
Lenti organiche 1,74 ar	€ 145,86	€ 132,60
Lenti lantanio ar	€ 107,53	€ 97,75
Lenti progressive	€ 140,25	€ 127,50
Lente oftalmica materiale infrangibile	€ 18,70	€ 17,00
Lente oftalmica materiale infrangibile trattamento antigraffio	€ 23,38	€ 21,25
Lente oftalmica materiale infrangibile trattamento antiriflesso	€ 39,27	€ 35,70
Lente Bifocale mat. Infr. Disco 28 trattamento antigraffio	€ 65,45	€ 59,50
Lente Bifocale mat. Infr. Disco 28 trattamento antiriflesso	€ 93,50	€ 85,00
Lente Bifocale mat. Infr. Disco 28 trattamento antiriflesso ultima generazione	€ 98,18	€ 89,25
Transitions VI 1,5 antigraffio	€ 65,45	€ 59,50
Transitions VI 1,5 antiriflesso	€ 88,83	€ 80,75
Transitions VI 1,6 antigraffio	€ 88,83	€ 80,75
Transitions VI 1,6 antiriflesso	€ 116,88	€ 106,25
Transitions VI 1,6 asf. Antigraffio	€ 102,85	€ 93,50
Transitions VI 1,6 asf. Antiriflesso	€ 135,58	€ 123,25
Monofocale in vetro non trattata	€ 18,70	€ 17,00
Monofocale in vetro trattata con antiriflesso	€ 37,40	€ 34,00
Monofocale in vetro fotocromatico non trattata	€ 32,73	€ 29,75
Monofocale in vetro fotocromatico trattata con antiriflesso	€ 46,75	€ 42,50
Monofocale in vetro 1,6 non trattata	€ 28,05	€ 25,50
Monofocale in vetro 1,6 trattata con antiriflesso	€ 46,75	€ 42,50

	Livello di Protezione ALTA Franchigia	Livello di Protezione TOTALE Franchigia
Monofocale in vetro fotocromatico 1,6 non trattata	€ 46,75	€ 42,50
Monofocale in vetro fotocromatico 1,6 trattata con antiriflesso	€ 65,45	€ 59,50
Monofocale in vetro titanio 1,7 non trattata	€ 42,08	€ 38,25
Monofocale in vetro titanio 1,7 trattata con antiriflesso	€ 60,78	€ 55,25
Monofocale in vetro lantanio 1,8 trattata con antiriflesso	€ 140,25	€ 127,50
Monofocale in vetro lantanio 1,9 trattata con antiriflesso	€ 187,00	€ 170,00
Montatura celluloide e/o metallo	€ 84,15	€ 76,50
Montatura glosant (a giorno)	€ 121,55	€ 110,50

OPZIONI INTEGRATIVE (solo per Dipendenti; no Esodati)

MEDICINA ALTERNATIVA	<u>Livello di Protezione</u> ALTA	<u>Livello di Protezione</u> TOTALE
PRESTAZIONI	<ul style="list-style-type: none"> - agopuntura effettuata da medico - trattamenti osteopatici - trattamenti chiropratici 	
CONDIZIONI	Necessario referto medico con la descrizione della patologia e l'indicazione al trattamento conseguente	
MASSIMALE	350€ anno/persona	550€ anno/persona
SCOPERTO/FRANCHIGIA	In Rete e fuori Rete: rimborso massimo 35€ per seduta	
CARENZA	45 giorni (nessuna carenza in caso di infortunio)	
NOTE	<p>Le prestazioni devono essere effettuate da medico o presso Centro Medico dotato di direzione sanitaria, o da personale fornito di diploma abilitante all'esercizio della prestazione.</p> <p>Non rientrano in copertura prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.</p>	

OPZIONI INTEGRATIVE (solo per Dipendenti; no Esodati)

MEDICINA ESTETICA	<u>Livello di Protezione</u> ALTA	<u>Livello di Protezione</u> TOTALE
PRESTAZIONI	Interventi di piccola chirurgia ambulatoriale aventi finalità estetiche (cfr. Elenco allegato)	
CONDIZIONI	Prescrizione medica	
PRESTAZIONI ANTE	Accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche effettuati entro 30 giorni precedenti l'intervento, purché pertinenti alla condizione clinica che ha reso necessario l'intervento chirurgico	
PRESTAZIONI DURANTE	<ul style="list-style-type: none"> - onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista, e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico - diritti di sala operatoria, materiale di intervento - assistenza medica ed infermieristica, cure, medicinali, esami 	
PRESTAZIONI POST	Accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche, acquisto dei medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, effettuati entro 45 giorni successivi all'intervento chirurgico e purché pertinenti alla condizione clinica che ha reso necessario l'intervento chirurgico.	
MASSIMALE	3.500€ anno/persona	5.000€ anno/persona
SCOPERTO/FRANCHIGIA	Rete: 350€ per evento Fuori Rete: 25% min. 1.000€	
CARENZA	45 giorni (nessuna carenza in caso di infortunio)	
NOTE	Tutte le prestazioni assicurate devono essere prescritte da un medico diverso dal medico che effettuerà – direttamente o indirettamente – le prestazioni (con indicazione della patologia o sospetta tale). Qualora il medico prescrittore sia anche – direttamente o indirettamente – il medico erogatore delle prestazioni assicurate, quest'ultime devono essere attestate mediante trasmissione del relativo referto.	

Elenco prestazioni di Medicina Estetica

Teleangectasie
Asportazione xantelasma
Adiposità localizzate
Blefaroplastica (2 palpebre)
Blefaroplastica (4 palpebre)
Capezzolo introflesso
Correzione chirurgica cicatrice > 5 cm
Cicatrici da acne
Correzione chirurgica cicatrice < 5 cm
Dermoabrasione
Innesto dermoepidermico
Ricostruzione lobi auricolari
Otoplastica <Orecchie ventola>
Revisione di cicatrice

OPZIONI INTEGRATIVE (solo per Dipendenti; no Esodati)

SCOPERTI E FRANCHIGIE	<u>Opzione A</u>	<u>Opzione B</u>	<u>Opzione C</u>	<u>Opzione D</u>
PRESTAZIONI	Rimborso degli scoperti e delle franchigie definiti alle singole garanzie dei Piani Sanitari BASE			
CONDIZIONI				
MASSIMALE	250€ annuo/persona	500€ annuo/persona	750€ annuo/persona	1.000€ annuo/persona
CARENZA	45 giorni (nessuna carenza in caso di infortunio)			
NOTE	<p>Esclusioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - spese non rimborsate per eccedenza dei massimali previsti dalle singole garanzie oppure per superamento dei limiti di indennizzo, nel caso di applicazione di plafond, ove previsti; - prestazioni non rimborsabili - scoperti e franchigie per prestazioni effettuate in Strutture convenzionate, comprese quelle indicate nell'elenco Cliniche TOP, senza attivazione della forma diretta, quando possibile - scoperti e franchigie relativi alle Opzioni integrative 			