

# »» Piani Sanitari 2024 – 2025



Opzioni integrative  
(riservate al solo personale in servizio)

# Piani Sanitari 2024 – 2025

Sono disponibili **6 Opzioni a pagamento (riservate al solo personale in servizio, non agli esodati)**, 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 opzionale, 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.

Trattandosi di polizze integrative del Piano Sanitario Base (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.

Il presente documento **non sostituisce la fonte normativa contrattuale delle garanzie sanitarie che è costituita dalla polizza**, da consultare preventivamente prima di accedere alle prestazioni, con particolare attenzione alle eventuali **“esclusioni”** di copertura.



## Differenza tra copertura “alta” e “totale”

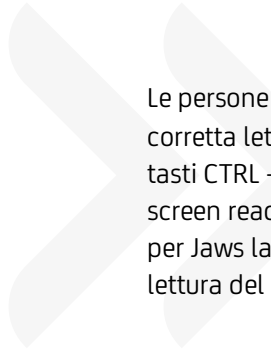
La copertura prevede un limite massimo annuo (massimale) degli indennizzi riconosciuti dalle singole garanzie. Il massimale previsto dalla copertura “Totale” è maggiore rispetto al massimale previsto dalla copertura “Alta”. Per il modulo “Scoperti e franchigie” sono disponibili 4 opzioni con Massimale 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 e 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 opzioni disponibili, dovrà necessariamente sottoscrivere il pacchetto che copre l’intero nucleo assicurato, con corresponsione del contributo Nucleo. Ne consegue che il Titolare con familiari assicurati non potrà sottoscrivere il pacchetto di proprio interesse assicurando solo sé 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.



Le persone 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.

## Non autosufficienza e servizi assistenziali (solo per i familiari\*)

	Livello di protezione alta	Livello di protezione totale
<b>PRESTAZIONI</b>	<p>A. <b>INABILITA' E NON AUTOSUFFICIENZA:</b> rimborso di prestazioni di assistenza a favore dell'assistito a fronte di idonei giustificativi di spesa (notule, fatture, etc.)</p> <p>B. <b>SERVIZI ASSISTENZIALI</b> solo In Network</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consulenza Medica</li> <li>- Consulenza specialistica</li> <li>- Consulenza per checkup personalizzato</li> <li>- Second Opinion</li> <li>- Trasporto Sanitario (massimale € 1.500)</li> <li>- Rientro Sanitario (massimale € 700)</li> <li>- Rimpatrio Salma (massimale € 2.000)</li> <li>- Invio di un medico a domicilio</li> <li>- Invio di un infermiere al domicilio</li> <li>- Invio di un fisioterapista</li> <li>- segnalazione di medicinali corrispondenti all'estero</li> <li>- Anticipo spese di prima necessità</li> </ul>	
<b>CONDIZIONI</b>	Inabilità e non autosufficienza nel compimento delle attività quotidiane 4 ADL su 6 ADL (Activities of Daily Living)	
<b>MASSIMALE</b>	7.000€ anno	10.000€ anno
<b>CARENZA</b>	Non è previsto periodo di carenza	
<b>NOTE</b>	<p>(*) Il Dipendente è già assicurato per prestazioni corrispondenti con la CASDIC, in applicazione di norme previste nel CCNL. Si ricorda che l'infortunio (così come definito nel glossario della polizza) dovrà sempre essere documentato da certificato di Pronto Soccorso ospedaliero. 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>	

## Medicinali

	Livello di protezione alta	Livello di protezione totale
<b>PRESTAZIONI</b>	Rimborso di: A. <b>MEDICINALI</b> ivi compresi gli “equivalenti” (farmaci generici); B. <b>TICKET</b> : quota di compartecipazione alla spesa sanitaria per acquisto medicinali.	
<b>CONDIZIONI</b>	È 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)	
<b>MASSIMALE</b>	350€ anno	500€ anno
<b>SCOPERTO/FRANCHIGIA</b>	25% della spesa documentata	
<b>CARENZA</b>	45 giorni (nessuna carenza in caso di infortunio)	
<b>NOTE</b>	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).	

## Lenti e occhiali

	Livello di protezione alta	Livello di protezione totale
<b>PRESTAZIONI</b>	A. <b>OCCHIALI</b> : 1 paio all'anno B. <b>ALTRE PRESTAZIONI</b> (effettuabili solo in Rete): cfr. Elenco allegato "Lenti e materiale ottici"	
<b>CONDIZIONI</b>	La copertura opera in caso di prima prescrizione o di modifica del visus, entrambe certificate da medico oculista o ottico optometrista regolarmente abilitato.	
<b>MASSIMALE</b>	A. 130€ anno/persona B. Illimitato	A. 150€ anno/persona B. Illimitato
<b>SCOPERTO/FRANCHIGIA</b>	A. in Rete: 15€; fuori Rete 30€ B. Fissa, differenziata per ciascuna prestazione (cfr. Elenco "Lenti e materiale ottici" della polizza)	
<b>CARENZA</b>	A. 45 giorni B. Nessuna carenza	
<b>NOTE</b>	<p>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.</p> <p>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>.</p> <p>Entrambe le garanzie possono essere utilizzate nella stessa annualità assicurativa, ferme le condizioni sopra precisate.</p>	

## Lenti e materiali ottici

	<b>Livello di protezione alta Franchigia</b>	<b>Livello di protezione totale Franchigia</b>
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
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
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

## Medicina alternativa

	Livello di protezione alta	Livello di protezione totale
<b>PRESTAZIONI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Agopuntura effettuata da medico</li> <li>- Trattamenti osteopatici</li> <li>- Trattamenti chiropratici</li> </ul>	
<b>CONDIZIONI</b>	Necessario referto medico con la descrizione della patologia e l'indicazione al trattamento conseguente	
<b>MASSIMALE</b>	350€ anno/persona	550€ anno/persona
<b>SCOPERTO/FRANCHIGIA</b>	In Rete e fuori Rete: rimborso massimo 35€ per seduta	
<b>CARENZA</b>	45 giorni (nessuna carenza in caso di infortunio)	
<b>NOTE</b>	<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>	

## Medicina estetica

	Livello di protezione alta	Livello di protezione totale
<b>PRESTAZIONI</b>	Interventi di piccola chirurgia ambulatoriale aventi finalità estetiche (cfr. Elenco allegato)	
<b>CONDIZIONI</b>	Prescrizione medica	
<b>PRESTAZIONI ANTE</b>	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	
<b>PRESTAZIONI DURANTE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista, e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico</li> <li>- Diritti di sala operatoria, materiale di intervento</li> <li>- Assistenza medica ed infermieristica, cure, medicinali, esami</li> </ul>	
<b>PRESTAZIONI POST</b>	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.	
<b>MASSIMALE</b>	3.500€ anno/persona	5.000€ anno/persona
<b>SCOPERTO/FRANCHIGIA</b>	Rete: 350€ per evento Fuori Rete: 25% min. 1.000€	
<b>CARENZA</b>	45 giorni (nessuna carenza in caso di infortunio)	
<b>NOTE</b>	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

## Scoperti e franchigie

	OPZIONE A	OPZIONE B	OPZIONE C	OPZIONE D
<b>PRESTAZIONI</b>	Rimborso degli scoperti e delle franchigie definiti alle singole garanzie dei Piani Sanitari BASE			
<b>MASSIMALE</b>	250€ annuo/persona	500€ annuo/persona	750€ annuo/persona	1.000€ annuo/persona
<b>CARENZA</b>	45 giorni (nessuna carenza in caso di infortunio)			
<b>NOTE</b>	<p>Esclusioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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;</li> <li>- Prestazioni non rimborsabili;</li> <li>- Scoperti e franchigie per prestazioni effettuate in Strutture convenzionate, comprese quelle indicate nell'elenco Cliniche TOP, senza attivazione della forma diretta, quando possibile</li> <li>- Scoperti e franchigie relativi alle Opzioni integrative.</li> </ul>			