

## **Manuale Assirecre per l'accesso ai servizi sanitari**

### **1. PROCEDURA PER L'UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI ASSISTENZIALI FUORI RETE SANITARIA CONVENZIONATA (FORMA INDIRECTA/SSN)**

#### **1.1 ACCESSO ALLE PRESTAZIONI**

##### **A) FORMA INDIRECTA**

Tutti i piani di assistenza prevedono per l'Assistito la possibilità di libera scelta di Strutture Sanitarie e medici non appartenenti alla Rete Convenzionata: in tal caso, le spese per le prestazioni in copertura verranno sostenute dall'Assistito che verrà successivamente rimborsato al netto degli scoperti e/o franchigie previsti.

##### **B) SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**

L'Assistito che fruisce delle prestazioni offerte dal SSN (dietro pagamento di Ticket), verrà rimborsato per tale spesa nei termini previsti dal Piano Sanitario prescelto. Inoltre, per i ricoveri a totale carico del SSN, verrà corrisposta un'indennità giornaliera (sempre nei termini previsti dal Piano Sanitario).

#### **1.2 RIMBORSO DELLE SPESE**

Dal 01/06/2012, per ottenere il rimborso delle spese mediche sostenute presso strutture non appartenenti alla Rete convenzionata o a carico del SSN (coperture sub A e B) gli Assistiti dovranno inviare **ESCLUSIVAMENTE IN FOTOCOPIA (NON PIU' IN ORIGINALE)** la documentazione medica e di spesa (salvo i casi di richieste di rimborso di importo superiore ad Euro 18.000,00).  
E' comunque necessario che l'Assistito trattenga e conservi sempre gli originali della documentazione inoltrata ai fini del rimborso poiché:

- la Compagnia Assicurazioni Generali si riserva il diritto di richiedere l'originale del documento di spesa in qualsiasi momento;
- Ass.ni Generali comunica annualmente all'Agenzia delle Entrate i Beneficiari dei rimborsi ed il relativo importo nonché i nominativi dei prestatori del servizio così come previsto dalla L. 04/08/2006 n° 248 (Legge Bersani) e circolare dell'Agenzia delle Entrate nr. 2007/9649.

I motivi riguardanti la richiesta degli originali dei documenti di spesa va dall'esame del documento che presenta dati illeggibili, incompletezze, grafie diverse ecc. a controlli statistici sia prima del pagamento che a pagamento avvenuto.

### 1.3 MODALITA' DI RICHIESTA DI RIMBORSO

**Richiesta di rimborso effettuata on line** (Portale Assirecre per Cassa Unica [www.cassaunica.it](http://www.cassaunica.it)).

1. L'Assistito accederà all'Area riservata dalla Sez. Login, da dove avrà la possibilità di effettuare la prima richiesta di Id e Password anche per i successivi accessi; l'accesso da parte dei dipendenti in Servizio può anche avvenire tramite Portale Unicredit seguendo il percorso MY HR > WELFARE E BENEFIT > ASSISTENZA SANITARIA > il tuo piano sanitario - assistenza sanitaria : box a sinistra del video.

All'interno dell'Area Riservata, mediante l'Utilità "Richiesta di Rimborso", l'Assistito potrà presentare richiesta di rimborso e allegare la documentazione completa in suo possesso per gli eventi 2012 (1).

Documenti da allegare on line opportunamente scansionati:

- **Modulo di richiesta di Rimborso** (sottoscritto per l'autorizzazione al trattamento dei dati personali e sensibili) generato dalla procedura di richiesta di rimborso on line;
- **Documentazione medica:** copia completa della cartella clinica (per i ricoveri - compresi quelli effettuati presso il SSN (2) -, diagnosi e prescrizione medica negli altri casi (3), referti ecc;
- **Documentazione di spesa** (fatture, ricevute, notule, ticket).

*(1) E' necessario presentare sempre una richiesta di rimborso per assistita e per medesimo evento/patologia (come ad es. in caso di ricovero con spese pre e post ovvero prestazioni extra ricovero effettuate per medesima patologia), anche al fine di evitare l'applicazione di scoperto/franchigia su richieste parziali (sempreché la polizza non preveda applicazione di franchigia per fattura), la domanda va presentata a ciclo di prestazioni ultimato. Se si tratta di prestazioni afferenti a patologie diverse, inserire una richiesta di rimborso quante sono le patologie.*

*In fase di selezione dell'annualità di riferimento, assicurarsi che le spese sanitarie da inviare per il rimborso siano relative all'annualità selezionata e non siano inerenti ad eventi di ricovero/interventi di annualità precedenti.*

*Non replicare le richieste di rimborso on line: nel caso si renda necessario integrare la documentazione, inviarla all'indirizzo [integrazioni.assirecre@cassaunica.com](mailto:integrazioni.assirecre@cassaunica.com) specificando il nr. di richiesta web collegata (o via fax al nr. 06/97625748-97625749).*

*Ricordare di completare sempre le richieste mediante tasto di CONFERMA in modo che possa essere presa in carico.*

*Verificare la leggibilità della scansione prima di allegarla.*

*(2) PARTO FISILOGICO con ricovero di durata non superiore a 3 giorni è sufficiente il certificato di assistenza al parto (a condizione che riporti data ingresso e data dimissione) o la lettera di dimissione dalla struttura.*

*(3) TICKET SANITARI, si richiede specifica della prestazione (rilevabile dal ticket stesso o dalla prescrizione medica - DELLA QUALE L'ASSISTITO PROVVEDERA' A FARE COPIA AI FINI DEL RIMBORSO, DAL MOMENTO CHE VERRA' TRATTENUTA DALLA STRUTTURA SANITARIA AL MOMENTO DEL PAGAMENTO DEL TICKET).*

Nel caso non fosse possibile effettuare la richiesta mediante il Portale, la suddetta documentazione potrà essere inoltrata via fax al nr. **06/97627004** allegando anche **Modulo di rimborso** (effettuare un unico invio per ogni persona e per ogni patologia) **firmato ai fini dell'autorizzazione al trattamento dei dati sensibili** (Modulo allegato e disponibile anche sul sito Internet di Uni.C.A.-Assirecre alla sez. Modulistica).

**Esclusivamente** nel caso di richieste di rimborso superiori ad Euro 18.000,00 e in tutti i casi in cui si riceva esplicita richiesta da parte della Compagnia Assicurazioni Generali Spa, la documentazione deve essere prodotta in **ORIGINALE**.

In tal caso, e nell'eventualità non fosse possibile procedere all'inoltro via web/via fax, sarà possibile inoltrare la documentazione:

- via posta (*interna*) indirizzata a : ASSIRECRE presso CSU – BOLOGNA
- via posta raccomandata indirizzata a: Cassa Uni.C.A. presso ASSIRECRE – Via Gerolamo Fracastoro 3/A - 00161 ROMA

**E' necessario ricordare che la procedura di caricamento on line delle richieste di rimborso e della relativa documentazione (semplice ed intuitiva) è vivamente consigliata poiché consente di velocizzare i tempi di definizione delle stesse.**

Tutta la documentazione dovrà essere fiscalmente in regola con le vigenti normative e redatta in lingua italiana, o comunque, accompagnata da traduzione in italiano. Non sono ammessi documenti di spesa che presentino cancellature o correzioni.

#### **INTERVENTI CHIRURGICI ALL'ESTERO**

Le coperture sanitarie di Uni.C.A. sono valide sia in Italia che all'estero. **L'Assistito, prima di usufruire di una prestazione di ricovero all'estero in forma indiretta o c.d. a rimborso** (fatta ovviamente eccezione per le prestazioni conseguenti ad infortunio o malattia insorta all'estero) dovrà darne comunicazione con congruo preavviso mediante:

**trasmissione di un fax** alla Centrale Operativa di Uni.C.A.-Assirecre, al numero **06.97625748** oppure **06.97625749**,

evidenziando le caratteristiche dell'intervento pianificato e, sinteticamente, le ragioni di tale scelta, in modo da consentire:

- o di verificare la possibilità di discutere le tariffe proposte all'assistito dalla struttura estera
  - o di verificare la possibilità di convenzionare direttamente o indirettamente la struttura estera
  - o di sottoporre all'assistito eventuali valide alternative, sotto il profilo sanitario, a costo inferiore o più comode logisticamente.
- Tale preliminare contatto potrà inoltre semplificare la successiva procedura di liquidazione della domanda di rimborso.

### **INTERVENTI CHIRURGICI "PLAFONATI"**

Nel caso in cui il Piano sanitario preveda un **Plafond** – inteso come **massimo rimborso su tutte le spese di ricovero** - per alcuni interventi chirurgici puntualmente elencati, è possibile per l'Assistito farsi rilasciare un preventivo dalla Struttura Sanitaria non convenzionata da sottoporre via fax al numero **06.97625748** oppure **06.97625749** alla Centrale Operativa Sanitaria di Assirecre, unitamente a certificazione medica attestante il tipo di intervento da effettuare. Tale procedura consentirà di preventivare in anticipo quanto rimarrà a carico dell'Assistito una volta presentate a rimborso le spese sostenute.

### **1.4 RESTITUZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE**

La documentazione ricevuta **non verrà restituita**.

Nei casi eccezionali sopra indicati - per i quali si rende necessaria la documentazione in originale - questa verrà restituita ad avvenuta definizione del sinistro.

Nel caso di (erroneo) invio di originali successivo al 01/06/2012, la restituzione avverrà esclusivamente **su richiesta scritta dell'Assistito** ( mediante casella di posta [rimborsi-assirecre@cassaunica.com](mailto:rimborsi-assirecre@cassaunica.com)) **e a spese del richiedente** (se previsto invio al domicilio e non tramite posta interna).

### **1.5 SOSPENSIONE DEL SINISTRO A RIMBORSO E MODALITA' DI "INTEGRAZIONE" DELLA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA**

L'Assistito ha la possibilità di verificare la sospensione del rimborso (e la richiesta di ulteriore documentazione) mediante Portale Uni.C.A.-Assirecre (accesso dedicato tramite login all'Archivio rimborsi; l'accesso da parte dei dipendenti in Servizio all'archivio Rimborsi può avvenire tramite Portale Unicredit seguendo il percorso MY HR > WELFARE E BENEFIT > ASSISTENZA SANITARIA > il tuo piano sanitario - assistenza sanitaria : box a sinistra del video. E' previsto inoltre che Assirecre invii lettera o mail con richiesta di integrazione di documentazione mancante.

**Attenzione: l'Assistito ha 60 gg di tempo dalla data della richiesta di Assirecre per integrare la documentazione mediante invio:**

- via Portale ([www.cassaunica.it](http://www.cassaunica.it) - Area Riservata cui si accede tramite Login) per i soli sinistri sospesi (annualità 2012 e 2013) successivamente alla data del 11/11/2013.

Questa modalità consente di velocizzare la definizione delle richieste di rimborso, motivo per il quale se ne incoraggia l'utilizzo. Tale canale è ALTERNATIVO rispetto agli altri sotto indicati, conseguentemente non devono essere utilizzati contemporaneamente i canali a disposizione anche per evitare possibili sovrapposizioni che potrebbero compromettere la velocità di definizione delle richieste: ad. esempio, se si utilizza il web per effettuare un'integrazione, non deve inviare la stessa via mail/fax o Posta.

- via fax ai numeri + 39. 06.97625748 oppure + 39. 06.97625749 o
- via mail all'indirizzo [integrazioni.assirecre@cassaunica.com](mailto:integrazioni.assirecre@cassaunica.com) (**indicando sempre che si tratta di integrazione relativa a anno/numero di sinistro riportato nell'oggetto della comunicazione ricevuta da Assirecre o, alternativamente a anno/nr. di richiesta di rimborso web**) ed allegando la copia della comunicazione ricevuta da Assirecre alla documentazione integrativa.
- via posta (**residuale**) con documentazione **in copia** (salvo i casi di richiesta esplicita degli originali o nel caso di sinistri con data accadimento precedente al 01/01/2012) agli indirizzi:

(*interna*) indirizzata a : ASSIRECRE presso CSU – BOLOGNA

(*esterna*) con raccomandata indirizzata a: Cassa Uni.C.A. presso ASSIRECRE – Via Gerolamo Fracastoro 3/A - 00161 ROMA

**Qualora le integrazioni documentali necessarie alla definizione della richiesta di rimborso non pervengano entro 60 gg. il sinistro verrà respinto in assenza dei necessari requisiti formali/sostanziali.**

## **1.6 PROSPETTO DI LIQUIDAZIONE**

Al termine della liquidazione verrà reso disponibile sul Portale [www.cassaunica.it](http://www.cassaunica.it) (Area riservata con accesso mediante Login; l'accesso da parte dei dipendenti in Servizio può anche avvenire tramite Portale Unicredit seguendo il percorso MY HR > WELFARE E BENEFIT > ASSISTENZA SANITARIA > il tuo piano sanitario - assistenza sanitaria : box a sinistra del video) un **Prospetto di liquidazione** (gli Assistenti che abbiano comunicato indirizzo mail valido ne riceveranno preventiva comunicazione) con il dettaglio dei rimborsi effettuati (importo liquidato, importo non rimborsabile, motivi dell'eventuale reiezione ecc).

L'invio per posta è previsto esclusivamente per coloro che non abbiano comunicato il proprio indirizzo mail.

Al termine dell'annualità di Polizza verrà reso disponibile (con le medesime modalità di invio del Prospetto di liquidazione) un **Riepilogo dei pagamenti** relativi alle richieste presentate dal nucleo che potrà essere presentata in sede di dichiarazione dei redditi.

## **2 . PROCEDURA PER L'UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI ASSISTENZIALI IN RETE SANITARIA CONVENZIONATA**

### **2.1 ACCESSO ALLE PRESTAZIONI IN RETE CONVENZIONATA NAZIONALE**

Tutti i piani di assistenza prevedono per gli iscritti **la possibilità di utilizzare strutture sanitarie e medici che aderiscono al circuito convenzionato** messo a disposizione di Uni.C.A. da **Assirete Srl** Società del Gruppo Assirecre (circuito di seguito indicato con il termine "Rete") per prestazioni medico-sanitarie relative a malattia o infortunio.

Revisione al 11/11/2013

Perché si possa attivare correttamente la procedura di pagamento diretto delle prestazioni sanitarie presso le Strutture della Rete, **sia la Struttura Sanitaria che l'Equipe medico/chirurgica e/o gli altri specialisti coinvolti devono aver accettato le condizioni di adesione al circuito Assirecre.**

Se così non fosse, l'assistito sarà costretto ad anticipare il pagamento delle prestazioni ed a chiederne il successivo rimborso (con applicazione di franchigie/scoperti previsti dal Piano Sanitario prescelto). L'Assistito è invitato pertanto a verificare preventivamente tale aspetto, in modo da evitare l'insorgere di inconvenienti.

Per avere informazioni sulle strutture convenzionate sui medici e sulle modalità di accesso al Network è possibile

- consultare il portale Uni.C.A./Assirecre alla voce "La Rete " o
- contattare la Centrale Operativa di Uni.C.A.-Assirecre (**operativa dal Lunedì al Venerdì dalle ore 8,30 alle ore 19,00**, attraverso il **Numero Verde 800 916 421** (valido in Italia) e al numero **+390644077355** (valido dall'estero – attivo 24h su 24, 7 giorni su 7).

**Allo scopo di assicurare assistenza agli utenti del network convenzionato, è stata concordata l'apertura della Centrale Operativa anche nella giornata di sabato dalle 8.30 alle 13.00. Tale servizio è riservato unicamente agli assistiti che fruiscano di prestazioni sanitarie in forma diretta nel fine-settimana o per il successivo lunedì.**

L'assistito non è soggetto - ove acceda a prestazioni in Rete - ad esborsi di denaro, salvo che:

- sia prevista una franchigia o uno scoperto (da pagare direttamente alla struttura convenzionata);
- sia previsto un plafond per il tipo di prestazione da effettuare (l'eccedenza rispetto al plafond deve essere corrisposta direttamente alla struttura);
- siano rese prestazioni escluse dalla copertura;
- siano rese prestazioni non congruenti rispetto alla diagnosi (presunta o accertata) indicata inizialmente dall'assistito e che non trovino giustificazione in una patologia emergente da referto allegato alla documentazione medica;
- siano rese prestazioni non rientranti tra quelle autorizzate.

Nel caso in cui il Piano sanitario preveda un **Plafond – inteso come massimo rimborso su tutte le spese di ricovero** - per alcuni interventi chirurgici puntualmente elencati, è possibile per l'Assistito farsi rilasciare un preventivo dalla Struttura Sanitaria convenzionata da sottoporre via fax alla Centrale Operativa di Assirecre, unitamente a certificazione medica attestante il tipo di intervento da effettuare. Tale procedura consentirà di prevenire in anticipo quanto rimarrà a carico dell'Assistito.

### 2.1.1 MODALITA' DI ACCESSO ALLE STRUTTURE SANITARIE DELLA RETE

#### A) PROCEDURA ORDINARIA

**L'attivazione della modalità di pagamento diretto (con accesso al Network convenzionato Assirecre) può avvenire attraverso:**

- **la prenotazione** delle prestazioni (solo prestazioni extra-ricovero e massimo **una** prenotazione per l'accertamento richiesto): l'assistito può chiedere alla Centrale Operativa di Assirecre di prenotare per lui la prestazione (indicando la struttura prescelta e le date a lui più gradite) ricevendone poi conferma; nel caso in cui, per indisponibilità della Struttura Sanitaria o per intervenute personali diverse esigenze, l'Assistito non ritenesse utili gli orari e le date prenotate e comunicategli dalla Centrale Operativa, procederà **personalmente** alla disdetta, alla conseguente comunicazione alla Centrale Operativa, alla eventuale nuova prenotazione accordandosi **direttamente** con la Struttura e poi dandone successiva comunicazione alla Centrale Operativa tramite procedura di preattivazione.
- **la preattivazione** delle prestazioni: l'assistito chiede che venga attivata la procedura di pagamento diretto avendo già prenotato personalmente la prestazione.

Per la prenotazione e la preattivazione sono utilizzabili i seguenti canali:

- **la richiesta web** direttamente da Portale Uni.C.A.-Assirecre, effettuato il login, alla sezione Prenotazioni/Preattivazioni (**salvo che per le prestazioni di ricovero**, per le quali va necessariamente inviato un fax, con allegato certificato medico indicante la diagnosi ed il tipo di intervento); l'accesso alla Sez. Prenotazioni/Preattivazioni da parte dei dipendenti in Servizio, può anche avvenire tramite Portale Unicredit seguendo il percorso MY HR > WELFARE E BENEFIT > ASSISTENZA SANITARIA > il tuo piano sanitario - assistenza sanitaria : box a sinistra del video.
- **la trasmissione di un fax** alla Centrale Operativa di Uni.C.A.-Assirecre, al numero **06.97625748** oppure **06.97625749**.
- **solamente per il personale in quiescenza** è possibile chiedere una prenotazione/preattivazione di prestazioni extra-ricovero chiamando direttamente il **numero verde 800.916.421**

*PREATTIVAZIONE DI SPESE PRE RICOVERO (con o senza interv. , con o senza degenza): nell'impossibilità di accertare l'effettiva successiva effettuazione dell'intervento chirurgico, le prestazioni verranno autorizzate esclusivamente nella forma di accertamenti diagnostici/analisi di laboratorio/visite specialistiche ecc se previste dal Piano Sanitario prescelto e con indicazione delle franchigie/scoperti se previsti. Successivamente, a ricovero avvenuto e a documentazione acquisita verranno ridefinite le franchigie e/o rimborsate all'Assistito che avrà avuto cura di segnalare il collegamento fra le richieste.*

**Perché la procedura possa ritenersi attivata correttamente, le prenotazioni e le preattivazioni vanno richieste ad Assirecre con un preavviso minimo di 48 h lavorative salvo la procedura d'urgenza di seguito illustrata.**

Il tempo minimo di 48 ore lavorative dalla data di effettuazione della prestazione (o dalla data di ingresso nella struttura in caso di ricovero diurno e notturno) viene richiesto per consentire alla Centrale Operativa di effettuare i necessari controlli anagrafici e di copertura al fine di effettuare le prestazioni sanitarie in assoluta tranquillità.

**Le richieste presentate con qualunque mezzo, senza il richiesto preavviso, non saranno evase da Assirecre, che peraltro riscontrerà negativamente la richiesta, invitando ad effettuare una nuova.**

**Fanno eccezione le richieste per le quali sia stata usata la **procedura d'urgenza**, di seguito illustrata.**

#### **B) PROCEDURA DI URGENZA (solo se sussiste impossibilità al rispetto del preavviso di 48 ore lavorative):**

La procedura d'urgenza, che consente di preattivare prestazioni in Rete senza rispettare il preavviso di 48 h. lavorative, è applicabile limitatamente a patologie/malattie in fase acuta o a seguito di infortunio.

**Per l'attivazione della procedura d'urgenza va compilato l'apposito modulo scaricabile via web dalla sezione Modulistica, che va trasmesso ad Assirecre esclusivamente via fax al n. 06.97625748 oppure 06.97625749, allegando:**

- prescrizione medica contenente il quesito diagnostico e il tipo di patologia per la quale è richiesta la prestazione, attestante inequivocabilmente lo stato di necessità ed urgenza tale da rendere indifferibile la prestazione sanitaria richiesta, al fine di ottenere un'autorizzazione in deroga a quanto stabilito dalla normale procedura;
- nel caso di infortunio, il referto del Pronto Soccorso redatto nelle 24 ore successive all'evento.

Assirecre si impegna a gestire le richieste con carattere di urgenza che pervengano entro le 24h lavorative dalla data della prestazione.

Si impegna altresì a gestire le richieste urgenti che pervengano con un preavviso inferiore alle 24h, senza in questo caso poter garantire il buon esito della preattivazione



Nel caso in cui Assirecre, per disguidi ad essa imputabili, non abbia effettuato la prenotazione nel termine indicato, si potrà richiedere (all'indirizzo mail di Assirecre : [reclami.assirecre@cassaunica.com](mailto:reclami.assirecre@cassaunica.com)), di fissare un'altra data. Assirecre si impegnerà a prenotare la prestazione nei 5 giorni successivi al ricevimento della richiesta.

Nel caso in cui l'assistito abbia dovuto sostenere spese per mancata conferma di preattivazione da parte di Assirecre, potrà inoltrare un reclamo, seguendo la procedura descritta successivamente, sempre all'indirizzo e-mail [reclami.assirecre@cassaunica.com](mailto:reclami.assirecre@cassaunica.com).

Gli assistiti dovranno presentarsi sempre - presso la Struttura Sanitaria (Casa di Cura o altro) - come iscritti a Cassa Uni.C.A. (Cassa di Assistenza per il personale del Gruppo UniCredit), ricordando alla Struttura che utilizzano il circuito ASSIRETE.

## **2.2 ACCESSO ALLE PRESTAZIONI IN RETE CONVENZIONATA INTERNAZIONALE (PAGAMENTO IN FORMA DIRETTA)**

Per l'erogazione di questi servizi Assirecre si avvale di un Partner specializzato Coris Assistance 24ore S.p.a.

L'Assistito può chiedere informazioni sulle strutture della Rete Internazionale

- consultando il portale Uni.C.A./Assirecre alla voce "La Rete " o
- contattando la Centrale Operativa di Uni.C.A.-Assirecre (operativa dal Lunedì al Venerdì dalle ore 8,30 alle ore 19,00, attraverso il Numero Verde 800 916 421 (valido in Italia) o il numero nero +390644077355 (per le sole chiamate dall'estero) – attivo 24h su 24, 7 giorni su 7.

**Allo scopo di assicurare assistenza agli utenti del network convenzionato, è stata concordata l'apertura della Centrale Operativa anche nella giornata di sabato dalle 8.30 alle 13.00. Tale servizio è riservato unicamente agli assistiti che fruiscono di prestazioni sanitarie in forma diretta nel fine-settimana o per il successivo lunedì.**

**L'attivazione della modalità di pagamento diretto (con accesso al Network convenzionato internazionale) può avvenire attraverso la preattivazione delle prestazioni.**

L'assistito preattiverà il servizio 48 ore prima che venga erogata la prestazione/ricovero (salvo casi di comprovata urgenza – si veda sopra "Procedura d'urgenza" ) avendo già prenotato personalmente la prestazione.

Per la preattivazione sono utilizzabili i seguenti canali:

- la **richiesta web** direttamente da Portale Uni.C.A.-Assirecre, effettuato il login, alla sezione Prenotazioni/Preattivitàzioni (**salvo che per le prestazioni di ricovero**, per le quali va necessariamente inviato un fax, con allegato certificato medico indicante la diagnosi ed il tipo di intervento);
- la **trasmissione di un fax** alla Centrale Operativa di Uni.C.A.-Assirecre, al numero **06.97625748** oppure **06.97625749**

Successivamente l'Assistito verrà contattato ed Assirecre/Partner che si attiveranno **per garantire l'accesso** alla struttura sanitaria prescelta **e per ottenere (mediante l'intervento di un consulente internazionale, se del caso) tutta la documentazione medica già disponibile/prodotta e il preventivo di spesa, subordinatamente al quale verrà autorizzata la prestazione con il pagamento in forma diretta.**

**Il pagamento in forma diretta prevede che l'Assistito non anticiperà alcun costo salvo che:**

- sia prevista una franchigia o uno scoperto (da pagare direttamente alla struttura convenzionata);
- sia previsto un plafond per il tipo di prestazione da effettuare (l'eccedenza rispetto al plafond deve essere corrisposta direttamente alla struttura);
- siano rese prestazioni escluse dalla copertura;
- siano rese prestazioni non congruenti rispetto alla diagnosi (presunta o accertata) indicata inizialmente dall'assistito e che non trovino giustificazione in una patologia emergente da referto allegato alla documentazione medica;
- siano rese prestazioni non rientranti tra quelle autorizzate.

Nel caso in cui il Piano sanitario preveda un **Plafond** – **inteso come massimo rimborso su tutte le spese di ricovero** - per alcuni interventi chirurgici puntualmente elencati, è possibile per l'Assistito farsi rilasciare un preventivo dalla Struttura Sanitaria convenzionata da sottoporre, unitamente a certificazione medica attestante il tipo di intervento da effettuare, alla Centrale Operativa di Assirecre (via fax). Tale procedura consentirà di preventivare in anticipo quanto rimarrà a carico dell'Assistito.

### **2.3 UTILIZZO DELLA RETE CONVENZIONATA INDIRETTA NAZIONALE (NO PAGAMENTO DIRETTO, NO RIMBORSO)**

Gli iscritti a Uni.C.A. e i loro familiari possono (ma SENZA PREVISIONE DI RIMBORSO) usufruire di un circuito di strutture extra-ricovero, con scontistica e tariffe concordate, messo a disposizione da Day Medical (partner di Assirecre) per le prestazioni **NON PREVISTE** dal piano di assistenza prescelto (comprese le cure dentarie). Per informazioni sul servizio consultare la Sezione Altri Servizi oppure contattare la Centrale Operativa (Numero Verde 800 916 421).

### **3. PROCEDURA RECLAMI**

Il **reclamo formale** andrà indirizzato ad **Uni.C.A. - UniCredit Cassa Assistenza – Ufficio Reclami**, e potrà essere trasmesso:

- via posta al seguente indirizzo: Uni.C.A. – UniCredit Cassa Assistenza - via Andegari 12, 20121 MILANO
- via fax al numero **02/49536815**
- via mail al seguente indirizzo: [UnicaUfficioReclami@unicredit.eu](mailto:UnicaUfficioReclami@unicredit.eu) (specificando nell'oggetto: reclamo formale). Il reclamo dovrà contenere i dati relativi al reclamante ed alla copertura, ed una quanto più esaustiva possibile descrizione degli estremi della doglianza, allegando copia della prima richiesta inoltrata ad Assirecre e tutta la documentazione ritenuta indispensabile.

Oggetto ed iter di presentazione dei Reclami Formali:

**3.1 Liquidazione delle richieste di rimborso.** L'Assistito - trascorsi 30 giorni dalla data del primo invio della documentazione o dell'integrazione ad Assirecre senza aver ricevuto il rimborso ovvero successivamente alla ricezione della lettera (o anche presa visione sul portale) contenente l'avviso di pagamento con indicazione di pagamento parziale/ dimiego o della sospensione della pratica ecc. , ha la possibilità di esporre reclamo formale a Cassa Unica **ma solo dopo aver preventivamente interessato, via Mail, Assirecre, ai seguenti indirizzi:**

- [reclami.assirecre@cassaunica.com](mailto:reclami.assirecre@cassaunica.com) (in copia conoscenza: [UnicaUfficioReclami@unicredit.eu](mailto:UnicaUfficioReclami@unicredit.eu)),
  - ovvero [rimborsi.assirecre@cassaunica.com](mailto:rimborsi.assirecre@cassaunica.com),  
indicando chiaramente nell'oggetto "richiesta relativa a liquidazione".
- In caso di mancata risposta di Assirecre nei successivi 15 giorni di calendario, ovvero in caso di risposta ritenuta insoddisfacente dall'assistito, quest'ultimo potrà a questo punto inoltrare un **reclamo formale** ad Uni.C.A., che si impegna a rispondere all'interessato nei successivi 30 giorni di calendario dalla data di pervenimento del reclamo medesimo.

### **3.2 Prenotazioni-preattivazioni**

**A) Spese direttamente sostenute dagli assistiti a seguito di mancata conferma di preattivazione da parte di**

**Assirecre.** Il reclamo ad Uni.C.A. - UniCredit Cassa Assistenza – Ufficio Reclami potrà essere inoltrato solo dopo aver preventivamente interessato, via Mail, Assirecre, al seguente indirizzo:

- [reclami.assirecre@cassaunica.com](mailto:reclami.assirecre@cassaunica.com) (in copia conoscenza [UnicaUfficioReclami@unicredit.eu](mailto:UnicaUfficioReclami@unicredit.eu))

indicando chiaramente nell'oggetto "richiesta relativa a preattivazione" In caso di mancata risposta di Assirecre nei 15 giorni lavorativi dall'interessamento, ovvero in caso di risposta ritenuta insoddisfacente dall'assistito, quest'ultimo potrà a questo punto inoltrare un **reclamo formale** ad Uni.C.A., che si impegna a rispondere all'interessato nei successivi 30 giorni di calendario dal pervenimento del reclamo medesimo

Nel caso in cui il Reclamo venga ritenuto fondato, l'Assistito dovrà produrre ad Assirecre copia delle fatture di spesa che verranno rimborsate secondo quanto previsto in caso di assistenza diretta.

**B) Mancata prenotazione della prestazione sanitaria da parte di Assirecre.** Nel caso in cui Assirecre, per disguidi ad essa imputabili, non abbia effettuato la prenotazione, l'Assistito potrà richiedere via Mail all' indirizzo

- [reclami.assirecre@cassaunica.com](mailto:reclami.assirecre@cassaunica.com) e, in copia conoscenza a [UnicaUfficioReclami@unicredit.eu](mailto:UnicaUfficioReclami@unicredit.eu) indicando chiaramente nell'oggetto "richiesta relativa a prenotazione".

di fissare altra data, ed Assirecre si impegnerà a prenotare la prestazione nei 5 giorni successiva dalla data di ricevimento della richiesta.

Nel caso in cui Assirecre non provveda, l'assistito potrà a questo punto inoltrare un **reclamo formale** ad Uni.C.A., che si impegna a rispondere all'interessato nei successivi 5 giorni di calendario dal pervenimento del reclamo medesimo

## RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE MEDICHE

Leggere l'informativa relativa al D. Lgs. 196/2003 sul retro ed apporre la firma per il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili.

In assenza del consenso, la richiesta non potrà essere presa in considerazione.

### Piani di GRUPPO

**Nuova Base - Nuova Base + (solo per personale in quiescenza) - Nuova Standard - Opzione Plus - Nuova Extra**

#### DATI ANAGRAFICI DEL TITOLARE

COGNOME ..... NOME .....

LUOGO E DATA DI NASCITA (dati obbligatori) .....

TEL. .... CELL. .... E-MAIL .....

CATEGORIA:    PERSONALE IN SERVIZIO                     PERSONALE IN QUIESCENZA

#### DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA PER CUI SI CHIEDE IL RIMBORSO (se diversa dal Titolare)

COGNOME ..... NOME ..... DATA DI NASCITA .....

#### COORDINATE BANCARIE DEL TITOLARE

Coord. Bancarie IBAN:

Intestatario del C/C: .....

#### **N.B.: - Compilare UNA richiesta di rimborso per OGNI PERSONA e per OGNI EVENTO/PATOLOGIA (a ciclo di cure ultimato)**

#### **Documentazione medica allegata:**

- Cartella Clinica completa (copia conforme all'originale) in caso di Ricovero, Day Hospital, Indennità sostitutiva (Data ingresso \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_)
- Certificazione medica indicante la diagnosi
- Certificato di Pronto Soccorso e prescrizione medica in caso di trattamenti fisioterapici e riabilitativi da infortunio, Cure dentarie da infortunio, Psicoterapia da infortunio, Logopedia da infortunio
- Certificazione attestante modifica visus o prima prescrizione in caso di acquisto lenti/occhiali

#### **Documentazione di spesa allegata:**

- Fatture/Ricevute (inserire i dati relativi a ciascuna fattura/ricevuta allegata)

N°fatt./ric.	Data	Importo	N°fatt./ric.	Data	Importo	N°fatt./ric.	Data	Importo

- Indennità sostitutiva                    Data ingresso \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_                    Data dimissione \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_
- Tickets S.S.N                                Nr. Tickets allegati: \_\_\_\_\_                    Importo tot. Tickets: \_\_\_\_\_

**ATTENZIONE: BARRARE LE CASELLE SOLO SE SI E' ISCRITTI AD UNO DEI DUE FONDI INDICATI, ALTRIMENTI NON BARRARE NULLA.**

- Barrare la casella solo se si intende autorizzare l'invio del prospetto di liquidazione e dei documenti di spesa per posta prioritaria e sotto la propria responsabilità a: Fo.C.A.S. - Via Quintino Sella, 85 - 36100 VICENZA (VI).**
- Barrare la casella solo se si intende autorizzare l'invio del prospetto di liquidazione e dei documenti di spesa per posta interna e sotto la propria responsabilità a: FONDO DI SOLIDARIETA' ex CARITRO c/o Agenzia III Novembre - Trento (cod. 5084) - Corso III Novembre, 130 - 38100 TRENTO.**

Inviare :

- Documentazione in COPIA via fax al num **06/97627004**;
- Documentazione in originale (**nei soli casi previsti**) via POSTA INTERNA a: ASSIRECRE presso CSU - BOLOGNA
- oppure - per RACCOMANDATA a: Cassa UniCA presso ASSIRECRE - Via Girolamo Fracastoro, 3/A - 00161 ROMA

Data .....

Firma del Titolare .....

### AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL D. LGS 196/2003

Con la sottoscrizione della presente, ai sensi del D.Lgs. n.196/2003, il Titolare del Piano di Assistenza e/o il familiare per cui si chiede il Rimborso, in qualità di Interessato dal trattamento, autorizza Cassa Uni.C.A., in qualità di Titolare del Trattamento dei Dati, al trattamento dei dati personali e sensibili esclusivamente ai fini richiesti dall'Interessato nonché alle successive attività inerenti la richiesta di rimborso spese sanitarie stessa.

In mancanza di autorizzazione dell'Interessato, le attività affidate non potranno essere espletate. In caso di autorizzazione, all'Interessato sono garantiti tutti i diritti di cui all'art. 7 e ss. del D.Lgs. n. 196/2003.

Tutti i dati personali e sensibili sono pertanto conservati e trattati in ossequio alla normativa vigente (D.Lgs. 196/2003), attraverso strumenti informatici tali da garantire la sicurezza e la riservatezza delle informazioni.

Cassa Uni.C.A. si può rivolgere a Società esterne per l'esercizio di alcune delle attività su indicate, trasferendo a queste i suddetti dati sempre in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge. L'elenco di tali Società è disponibile presso la sede di Cassa Uni.C.A., nonché sul sito internet [www.cassaunica.it](http://www.cassaunica.it) e la sua consultazione è libera e permessa in qualunque momento. Tali Società utilizzeranno i dati personali e sensibili in qualità di Responsabili del Trattamento garantendone la riservatezza ed un'adeguata conservazione.

Gli Interessati possono accedere liberamente alle informazioni che li riguardano e possono chiedere di conoscere le fonti nonché la logica e le finalità per le quali si acconsente al loro trattamento; inoltre possono richiedere la cancellazione, la rettifica o l'integrazione dei dati ovvero di opporsi al trattamento degli stessi.

Ulteriori informazioni potranno essere richieste al Titolare del Trattamento Cassa Uni.C.A., UniCredit Cassa di Assistenza per il Personale del Gruppo UniCredito Italiano, con sede in Via San Protaso n. 1, CAP 20121 – MILANO.

Ad integrazione della suddetta informativa informiamo che anche Assicurazioni Generali S.p.A. potrà trattare i dati personali contenuti nella presente denuncia, o acquisiti in relazione alla liquidazione del sinistro, con le modalità e procedure (effettuate anche con l'ausilio di strumenti elettronici) strettamente necessarie per fornire i servizi assicurativi richiesti. A tal fine o per obbligo di legge potrebbe inoltre comunicare alcuni di questi dati ad altri soggetti connessi al settore assicurativo e riassicurativo, in Italia o all'estero.

Tali dati possono essere conosciuti dai collaboratori di Assicurazioni Generali S.p.A. in qualità di Responsabili o di Incaricati dei trattamenti suddetti; per taluni servizi sono utilizzate società del gruppo ed altre società di nostra fiducia, che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa e operativa in qualità di Responsabili o di Titolari autonomi di trattamenti. I dati personali suddetti non sono soggetti a diffusione.

Ai sensi dell'art. 7 D.Lgs. 196/2003 l'Interessato ha diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati presso Assicurazioni Generali S.p.A. e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, rettificare, integrare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento.

Titolare del suddetto trattamento liquidativi è Assicurazioni Generali S.p.A. che si avvale di Responsabili; Responsabile designato per il riscontro all'Interessato in caso di esercizio dei diritti ex art.7 del D.Lgs. 196/2003 è il Servizio Privacy di Gruppo.

Ogni informazione in merito ai soggetti cui vengono comunicati i dati o che possono venirne a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati preposti ai trattamenti sopra indicati può essere richiesta al citato Servizio (Servizio Privacy di Gruppo – Assicurazioni Generali S.p.A. - Via Marocchesa 14, 31021 Mogliano Veneto – TV, tel. 041.549.2599 fax 041.549.2235). Il sito [www.generali.it](http://www.generali.it) riporta ulteriori notizie in merito alle politiche privacy della nostra Società, tra cui l'elenco aggiornato dei Responsabili.

Lette le informative relative al trasferimento della documentazione elencata e alla comunicazione dei dati necessari alla richiesta di prestazioni sanitarie, se ne autorizza il trattamento esclusivamente ai fini su indicati.

**DATA** .....

**FIRMA (leggibile) DEL TITOLARE DELLA POLIZZA**

.....

**FIRMA (leggibile) DEL FAMILIARE PER CUI SI CHIEDE IL RIMBORSO**

.....

**RICHIESTA DI RIMBORSO PRESTAZIONI DENTARIE**

Leggere l'informativa relativa al D. Lgs. 196/2003 sul retro ed apporre la firma per il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili.  
In assenza del consenso, la richiesta non potrà essere presa in considerazione.

**Piano TREVISO**

**DATI ANAGRAFICI DEL TITOLARE**

COGNOME ..... NOME .....

LUOGO E DATA DI NASCITA (dati obbligatori) .....

TEL. .... CELL. .... E-MAIL .....

CATEGORIA:    PERSONALE IN SERVIZIO     PERSONALE IN QUIESCENZA

**DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA PER CUI SI CHIEDE IL RIMBORSO (se diversa dal Titolare)**

COGNOME ..... NOME ..... DATA DI NASCITA .....

**COORDINATE BANCARIE DEL TITOLARE**

Coord. Bancarie IBAN:

Intestatario del C/C: .....

**N.B.: - Compilare UNA richiesta di rimborso per OGNI PERSONA a ciclo di cure ultimato**

**Documentazione medica allegata:**

Elenco delle prestazioni dentarie effettuate (in allegato), da compilarsi a cura del medico dentista

**Documentazione di spesa allegata:**

Fatture/Ricevute (inserire i dati relativi a ciascuna fattura/ricevuta allegata)

N°fatt./ric.	Data	Importo

N°fatt./ric.	Data	Importo

N°fatt./ric.	Data	Importo

Inviare :

- Documentazione in COPIA via fax al num **06/97627004**;
- Documentazione in originale (**nei soli casi previsti**) via POSTA INTERNA a: ASSIRECRE presso CSU - BOLOGNA oppure - per RACCOMANDATA a: Cassa UniCA presso ASSIRECRE – Via Girolamo Fracastoro, 3/A - 00161 ROMA

Data .....

Firma del Titolare .....

**AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL D. LGS 196/2003**

Con la sottoscrizione della presente, ai sensi del D.Lgs. n.196/2003, il Titolare del Piano di Assistenza e/o il familiare per cui si chiede il Rimborso, in qualità di Interessato dal trattamento, autorizza Cassa Uni.C.A., in qualità di Titolare del Trattamento dei Dati, al trattamento dei dati personali e sensibili esclusivamente ai fini richiesti dall'Interessato nonché alle successive attività inerenti la richiesta di rimborso spese sanitarie stessa.

In mancanza di autorizzazione dell'Interessato, le attività affidate non potranno essere espletate. In caso di autorizzazione, all'Interessato sono garantiti tutti i diritti di cui all'ar. 7 e ss. del D.Lgs. n. 196/2003.

Tutti i dati personali e sensibili sono pertanto conservati e trattati in ossequio alla normativa vigente (D.Lgs. 196/2003), attraverso strumenti informatici tali da garantire la sicurezza e la riservatezza delle informazioni.

Cassa Uni.C.A. si può rivolgere a Società esterne per l'esercizio di alcune delle attività su indicate, trasferendo a queste i suddetti dati sempre in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge. L'elenco di tali Società è disponibile presso la sede di Cassa Uni.C.A., nonché sul sito internet [www.cassaunica.it](http://www.cassaunica.it) e la sua consultazione è libera e permessa in qualunque momento. Tali Società utilizzeranno i dati personali e sensibili in qualità di Responsabili del Trattamento garantendone la riservatezza ed un'adeguata conservazione.

Gli Interessati possono accedere liberamente alle informazioni che li riguardano e possono chiedere di conoscere le fonti nonché la logica e le finalità per le quali si acconsente al loro trattamento; inoltre possono richiedere la cancellazione, la rettifica o l'integrazione dei dati ovvero di opporsi al trattamento degli stessi.

Ulteriori informazioni potranno essere richieste al Titolare del Trattamento Cassa Uni.C.A., UniCredit Cassa di Assistenza per il Personale del Gruppo UniCredito Italiano, con sede in Via San Protaso n. 1, CAP 20121 – MILANO.

Ad integrazione della suddetta informativa informiamo che anche Assicurazioni Generali S.p.A. potrà trattare i dati personali contenuti nella presente denuncia, o acquisiti in relazione alla liquidazione del sinistro, con le modalità e procedure (effettuate anche con l'ausilio di strumenti elettronici) strettamente necessarie per fornire i servizi assicurativi richiesti. A tal fine o per obbligo di legge potrebbe inoltre comunicare alcuni di questi dati ad altri soggetti connessi al settore assicurativo e riassicurativo, in Italia o all'estero.

Tali dati possono essere conosciuti dai collaboratori di Assicurazioni Generali S.p.A. in qualità di Responsabili o di Incaricati dei trattamenti suddetti; per taluni servizi sono utilizzate società del gruppo ed altre società di nostra fiducia, che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa e operativa in qualità di Responsabili o di Titolari autonomi di trattamenti. I dati personali suddetti non sono soggetti a diffusione.

Ai sensi dell'art. 7 D.Lgs. 196/2003 l'Interessato ha diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati presso Assicurazioni Generali S.p.A. e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, rettificare, integrare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento.

Titolare del suddetto trattamento liquidativi è Assicurazioni Generali S.p.A. che si avvale di Responsabili; Responsabile designato per il riscontro all'Interessato in caso di esercizio dei diritti ex art.7 del D.Lgs. 196/2003 è il Servizio Privacy di Gruppo.

Ogni informazione in merito ai soggetti cui vengono comunicati i dati o che possono venire a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati preposti ai trattamenti sopra indicati può essere richiesta al citato Servizio (Servizio Privacy di Gruppo – Assicurazioni Generali S.p.A. - Via Marocchesa 14, 31021 Mogliano Veneto – TV, tel. 041.549.2599 fax 041.549.2235). Il sito [www.generali.it](http://www.generali.it) riporta ulteriori notizie in merito alle politiche privacy della nostra Società, tra cui l'elenco aggiornato dei Responsabili.

Lette le informative relative al trasferimento della documentazione elencata e alla comunicazione dei dati necessari alla richiesta di prestazioni sanitarie, se ne autorizza il trattamento esclusivamente ai fini su indicati.

**DATA** .....

**FIRMA (leggibile) DEL TITOLARE DELLA POLIZZA**

.....

**FIRMA (leggibile) DEL FAMILIARE PER CUI SI CHIEDE IL RIMBORSO**

.....



Clinica e chirurgia	N°	SCHEMA DENTARIO INDICARE CON UNA CROCE I DENTI INTERESSATI INDICARE CON UNA "D" I DECIDUI		Importo
Visita				
Radiografia endorale				
Ortopantomografia				
Estrazione Dentale		8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	
		8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	
Estrazione di denti in inclusione ossea completa o parziale		8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	
		8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	
Intervento di parodontologia (*)				
Rimozione di protesi fissa		8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	
		8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	
Odontoiatrica conservatrice	N°	SCHEMA DENTARIO INDICARE CON UNA CROCE I DENTI INTERESSATI INDICARE CON UNA "D" I DECIDUI		Importo
Ablazione tartaro				
Cura e otturazione carie non penetrante		8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	
		8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	
Cura e otturazione carie penetrante		8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	
		8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	
Cura canalare		8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	
		8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	
Ricostruzione di dente devitalizzato		8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	
		8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	
Terapie della paradentosi (ionoforesi – gengivectomia – molaggio selettivo – infiltrazioni intergengivali – splintaggio – scaling ecc.)				
Prevenzione dentaria (fluorizzazione – sigillatura ecc.)				
Protesi fisse	N°	SCHEMA DENTARIO INDICARE CON UNA CROCE I DENTI INTERESSATI		Importo
Capsula o corona		8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	
		8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	
Perno moncone		8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	
		8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	
Pernini parapulpari		8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	
		8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	
Intarsio		8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	
		8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	
Restauro elemento di protesi (faccetta)		8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	
		8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	

<b>Protesi mobili</b>	<b>N°</b>	<b>SCHEMA DENTARIO</b> INDICARE CON UNA CROCE I DENTI INTERESSATI	<b>Importo</b>
Scheletrato con attacchi composto dai seguenti elementi		8 7 6 5 4 3 2 1   1 2 3 4 5 6 7 8	
		8 7 6 5 4 3 2 1   1 2 3 4 5 6 7 8	
Scheletrato con ganci composto dai seguenti elementi		8 7 6 5 4 3 2 1   1 2 3 4 5 6 7 8	
		8 7 6 5 4 3 2 1   1 2 3 4 5 6 7 8	
Elemento di protesi		8 7 6 5 4 3 2 1   1 2 3 4 5 6 7 8	
		8 7 6 5 4 3 2 1   1 2 3 4 5 6 7 8	
Gancio e/o attacco (cancellare l'ipotesi che non ricorre)		8 7 6 5 4 3 2 1   1 2 3 4 5 6 7 8	
		8 7 6 5 4 3 2 1   1 2 3 4 5 6 7 8	
Protesi completa superiore o inferiore (14 elementi) (**)		superiore   inferiore	
Protesi completa superiore e inferiore (28 elementi)			
Riparazione e ribasatura protesi		8 7 6 5 4 3 2 1   1 2 3 4 5 6 7 8	
		8 7 6 5 4 3 2 1   1 2 3 4 5 6 7 8	
<b>Protesi provvisorie</b>	<b>N°</b>	<b>SCHEMA DENTARIO</b> INDICARE CON UNA CROCE I DENTI INTERESSATI	<b>Importo</b>
Elementi provvisori		8 7 6 5 4 3 2 1   1 2 3 4 5 6 7 8	
		8 7 6 5 4 3 2 1   1 2 3 4 5 6 7 8	
<b>Implantologia</b>	<b>N°</b>	<b>SCHEMA DENTARIO</b> INDICARE CON UNA CROCE I DENTI INTERESSATI	<b>Importo</b>
Intervento chirurgico (per emiarcata) (***)		8 7 6 5 4 3 2 1   1 2 3 4 5 6 7 8	
		8 7 6 5 4 3 2 1   1 2 3 4 5 6 7 8	
Impianto e/o perno		8 7 6 5 4 3 2 1   1 2 3 4 5 6 7 8	
		8 7 6 5 4 3 2 1   1 2 3 4 5 6 7 8	
<b>Cura ortodontica</b>	<b>N°</b>	<b>SCHEMA DENTARIO</b> INDICARE CON UNA CROCE I DENTI INTERESSATI	<b>Importo</b>
Con apparecchio rimovibile			
Con apparecchio fisso o misto			
Check-up ortodontico (ortopantomografia – teleradiografia – tracciato e analisi cefalometrica – serie fotografica – es. elettromiografico – modelli di studio ecc.)			
Timbro e firma del medico			TOTALE

(\*) Allegare certificazione attestante la patologia ed il tipo di intervento che si è reso necessario, nonché la zona interessata.

(\*\*) Contrassegnare con una croce l'ipotesi che ricorre. (\*\*\*) Contrassegnare con una croce l'emiarcata interessata

## RICHIESTA DI

 PREATTIVAZIONE  PRENOTAZIONE

## PRESTAZIONI SANITARIE IN RETE CONVENZIONATA (FORMA DIRETTA)

Attenzione: leggere l'informativa relativa al D. Lgs. 196/2003 sul retro ed apporre la firma per il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili. In assenza del consenso, la richiesta non potrà essere presa in considerazione.

**IL PRESENTE MODULO, INTERAMENTE COMPILATO E SOTTOSCRITTO, VA INOLTRO ENTRO 48H ORE LAVORATIVE DALLA DATA PREVISTA PER LA PRESTAZIONE (salvo URGENZA – vd. apposita Procedura):**

- **A MEZZO FAX AI NUMERI 06.97625748 OPPURE 06.97625749**
- **A MEZZO E-MAIL all'indirizzo [info.assirecre@cassaunica.com](mailto:info.assirecre@cassaunica.com) e nell'oggetto: richiesta di prenotazione / preattivazione 2012/2013.**

## DATI ANAGRAFICI DEL TITOLARE

COGNOME ..... NOME .....

LUOGO DI NASCITA ..... PROV. .... DATA DI NASCITA .....

COD.FISCALE .....

TELEFONO ..... CELL. .... E-MAIL .....

CATEGORIA: **PERSONALE IN SERVIZIO**  **PERSONALE IN QUIESCENZA** 

Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità di essersi impegnato a sottoscrivere per l'annualità 2012/2013 il Piano Sanitario sotto indicato:

NUOVA STANDARD  OPZIONE PLUS  NUOVA EXTRA  NUOVA BASE  NUOVA BASE + (solo pers. in quiescenza) 

## DATI ANAGRAFICI DELL'ASSISTITO (colui che deve fruire della prestazione sanitaria diretta, SE DIVERSO DAL TITOLARE)

COGNOME ..... NOME .....

LUOGO DI NASCITA ..... PROV. .... DATA DI NASCITA ..... PARENTELA CON TIT.....

## PRESTAZIONI DI RICOVERO:

RICOV. CON INTERV.  RICOV. SENZA INTERV.  DAY HOSPITAL con interv.  DAY HOSPITAL senza interv. INTERV. AMBULATORIALE  PARTO SPONTANEO  PARTO CESAREO 

## NOMINATIVO DEL CHIRURGO/MEDICO .....

**Si ricorda che per le prestazioni di ricovero è obbligatorio inviare, unitamente al presente modulo, il certificato medico indicante la diagnosi di malattia accertata o presunta e la prestazione richiesta, a mezzo fax.**

## PRESTAZIONI EXTRA-RICOVERO:

VISITE SPECIALISTICHE  ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI  ALTA DIAGNOSTICA  ANALISI DI LABORATORIO 

**Indicare la descrizione degli esami/visite da effettuare e la relativa diagnosi accertata o presunta:**

STRUTTURA SANITARIA CONVENZIONATA SCELTA: ..... PROV. ....

Per la PREATTIVAZIONE: indicare la DATA e l'ORA in cui ha prenotato la prestazione o il ricovero: .....

Per la richiesta di PRENOTAZIONE: periodo utile DAL ..... AL ..... GG. non disponibili .....

NOTE .....

**Attenzione:** Perché il servizio di pagamento in forma convenzionata possa essere erogato, è necessario – in caso di ricovero / dayhospital / interv. ambulatoriale – che non solo la struttura sanitaria ma anche lo staff medico/chirurgico abbiano aderito alla Convenzione ed accettato le relative condizioni economiche. In caso contrario, tutte le spese rimarranno a carico dell'assicurato che procederà successivamente alla richiesta di rimborso in forma indiretta. Inoltre si intenderanno autorizzate e rimborsabili alla struttura prescelta nella forma diretta esclusivamente le prestazioni che siano pertinenti rispetto alla patologia indicata o emergente da documentazione inviata dalla struttura ai fini della liquidazione. **Tutte le prestazioni non pertinenti rimarranno a carico dell'Assistito che dovrà corrisponderle direttamente alla struttura all'atto delle Sue "dimissioni" o successivamente su indicazioni di Assirecre.**

## AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL D. LGS 196/2003

Con la sottoscrizione della presente, ai sensi del D.Lgs. n.196/2003, il Titolare del Piano di Assistenza e/o il familiare per cui si chiede il rimborso, in qualità di Interessato dal trattamento, autorizza Cassa Uni.C.A., in qualità di Titolare del Trattamento dei Dati, al trattamento dei dati personali e sensibili esclusivamente ai fini richiesti dall'Interessato nonché alle successive attività inerenti la richiesta di rimborso spese sanitarie stessa.

In mancanza di autorizzazione dell'Interessato, le attività affidate non potranno essere espletate. In caso di autorizzazione, all'Interessato sono garantiti tutti i diritti di cui all'art. 7 e ss. del D.Lgs. n. 196/2003.

Tutti i dati personali e sensibili sono pertanto conservati e trattati in ossequio alla normativa vigente (D.Lgs. 196/2003), attraverso strumenti informatici tali da garantire la sicurezza e la riservatezza delle informazioni.

Cassa Uni.C.A. si può rivolgere a Società esterne per l'esercizio di alcune delle attività su indicate, trasferendo a queste i suddetti dati sempre in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge. L'elenco di tali Società è disponibile presso la sede di Cassa Uni.C.A., nonché sul sito internet [www.cassaunica.it](http://www.cassaunica.it) e la sua consultazione è libera e permessa in qualunque momento. Tali Società utilizzeranno i dati personali e sensibili in qualità di Responsabili del Trattamento garantendone la riservatezza ed un'adeguata conservazione.

Gli Interessati possono accedere liberamente alle informazioni che li riguardano e possono chiedere di conoscere le fonti nonché la logica e le finalità per le quali si acconsente al loro trattamento; inoltre possono richiedere la cancellazione, la rettifica o l'integrazione dei dati ovvero di opporsi al trattamento degli stessi.

Ulteriori informazioni potranno essere richieste al Titolare del Trattamento Cassa Uni.C.A., UniCredit Cassa di Assistenza per il Personale del Gruppo UniCredit, con sede in Via San Protaso n. 1, CAP 20121 – MILANO.

Letta l'informativa relativa al trasferimento della documentazione elencata e alla comunicazione dei dati necessari alla richiesta di prestazioni sanitarie, se ne autorizza il trattamento esclusivamente ai fini su indicati.

DATA .....

FIRMA .....

RICHIESTA DI PREATTIVAZIONE  
PRESTAZIONI SANITARIE IN RETE CONVENZIONATA (FORMA DIRETTA)

Attenzione: leggere l'informativa relativa al D. Lgs. 196/2003 sul retro ed apporre la firma per il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili.  
**In assenza del consenso, la richiesta non potrà essere presa in considerazione.**

**IL PRESENTE MODULO, INTERAMENTE COMPILATO E SOTTOSCRITTO, VA INOLTTRATO A MEZZO FAX AI NUMERI 06.97625748 OPPURE 06.97625749**

## DATI ANAGRAFICI DEL TITOLARE

COGNOME ..... NOME .....

LUOGO DI NASCITA ..... PROV. .... DATA DI NASCITA .....

COD.FISCALE .....

TELEFONO ..... CELL. .... E-MAIL .....

CATEGORIA: PERSONALE IN SERVIZIO  PERSONALE IN QUIESCENZA 

Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità di essersi impegnato a sottoscrivere per l'annualità 2012/2013 il Piano Sanitario sotto indicato:

NUOVA STANDARD  OPZIONE PLUS  NUOVA EXTRA  NUOVA BASE  NUOVA BASE + (solo pers. in quiescenza) 

## DATI ANAGRAFICI DELL'ASSISTITO (colui che deve fruire della prestazione sanitaria diretta, SE DIVERSO DAL TITOLARE)

COGNOME ..... NOME .....

LUOGO DI NASCITA ..... PROV. .... DATA DI NASCITA ..... PARENTELA CON TIT.....

## TIPO DI PRESTAZIONE:

RICOV. CON INTERV.  RICOV. SENZA INTERV.  DAY HOSPITAL con interv.  DAY HOSPITAL senza interv. INTERV. AMBULATORIALE  PRESTAZION EXTRA-RICOVERO 

MOTIVO DI URGENZA E DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE:

• **PATOLOGIA IN FASE ACUTA** 

Allegare la prescrizione medica contenente il quesito diagnostico/tipo di patologia per a quale viene richiesta la prestazione attestante inequivocabilmente lo stato di necessità e di urgenza tale da rendere indifferibile l'effettuazione della prestazione sanitaria richiesta al fine di ottenere un'autorizzazione in deroga a quanto stabilito dalla procedura ordinaria

• **INFORTUNIO** 

Allegare il referto del Pronto soccorso redatto nelle 24 ore successive al trauma.

NOMINATIVO DEL CHIRURGO/MEDICO .....

STRUTTURA SANITARIA CONVENZIONATA SCELTA: .....

PROV. ....

Indicare la DATA e l'ORA in cui ha prenotato la prestazione o il ricovero: .....

**Attenzione:** Perché il servizio di pagamento in forma convenzionata possa essere erogato, è necessario – **in caso di ricovero / dayhospital / interv. ambulatoriale** – che **non solo la struttura sanitaria ma anche lo staff medico/chirurgico abbiano aderito alla Convenzione** ed accettato le relative condizioni economiche. **In caso contrario, tutte le spese rimarranno a carico dell'assicurato** che procederà successivamente alla richiesta di rimborso in forma indiretta.

## AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL D. LGS 196/2003

Con la sottoscrizione della presente, ai sensi del D.Lgs. n.196/2003, il Titolare del Piano di Assistenza e/o il familiare per cui si chiede il rimborso, in qualità di Interessato dal trattamento, autorizza Cassa Uni.C.A., in qualità di Titolare del Trattamento dei Dati, al trattamento dei dati personali e sensibili esclusivamente ai fini richiesti dall'Interessato nonché alle successive attività inerenti la richiesta di rimborso spese sanitarie stessa.

In mancanza di autorizzazione dell'Interessato, le attività affidate non potranno essere espletate. In caso di autorizzazione, all'Interessato sono garantiti tutti i diritti di cui all'art. 7 e ss. del D.Lgs. n. 196/2003.

Tutti i dati personali e sensibili sono pertanto conservati e trattati in ossequio alla normativa vigente (D.Lgs. 196/2003), attraverso strumenti informatici tali da garantire la sicurezza e la riservatezza delle informazioni.

Cassa Uni.C.A. si può rivolgere a Società esterne per l'esercizio di alcune delle attività su indicate, trasferendo a queste i suddetti dati sempre in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge. L'elenco di tali Società è disponibile presso la sede di Cassa Uni.C.A., nonché sul sito internet [www.cassaunica.it](http://www.cassaunica.it) e la sua consultazione è libera e permessa in qualunque momento. Tali Società utilizzeranno i dati personali e sensibili in qualità di Responsabili del Trattamento garantendone la riservatezza ed un'adeguata conservazione.

Gli Interessati possono accedere liberamente alle informazioni che li riguardano e possono chiedere di conoscere le fonti nonché la logica e le finalità per le quali si acconsente al loro trattamento; inoltre possono richiedere la cancellazione, la rettifica o l'integrazione dei dati ovvero di opporsi al trattamento degli stessi.

Ulteriori informazioni potranno essere richieste al Titolare del Trattamento Cassa Uni.C.A., UniCredit Cassa di Assistenza per il Personale del Gruppo UniCredit, con sede in Via San Protaso n. 1, CAP 20121 – MILANO.

Letta l'informativa relativa al trasferimento della documentazione elencata e alla comunicazione dei dati necessari alla richiesta di prestazioni sanitarie, se ne autorizza il trattamento esclusivamente ai fini su indicati.

DATA .....

FIRMA .....