



INSTRUCTIONS PRATIQUES

POUR LES EMPLOYÉS D'ENTREPRISES
DU BÂTIMENT ET LEUR FAMILLE



1.



COMMENT RÉSERVER UNE PRESTATION MÉDICALE OU DEMANDER LE REMBOURSEMENT DE LA DÉPENSE ENCOURUE

Employés d'entreprises - adhérents

Pour demander une **prestation médicale en conventionnement direct ou le remboursement des dépenses de santé**, il est toujours nécessaire de **présenter à la Cassa Edile/EdilCassa** à laquelle le travailleur est inscrit/déclaré ou, s'il n'est pas inscrit/déclaré, à la Caisse du territoire où est situé le siège de l'entreprise qui emploie le travailleur, le **formulaire***, qui doit être rempli et signé.

Membres de la famille fiscalement à la charge de l'adhérent

Pour demander une prestation médicale ou le remboursement des dépenses de santé liées au noyau familial assurable de l'adhérent (conjoint fiscalement à charge et résultant de la situation familiale et enfants fiscalement à charge), il est nécessaire de présenter à la Cassa Edile/EdilCassa à laquelle le travailleur est inscrit/déclaré ou, s'il n'est pas inscrit/déclaré, à la Caisse du territoire où est situé le siège de l'entreprise qui emploie le travailleur, l'un des formulaires suivants.

- Lorsqu'il s'agit du conjoint/d'enfants majeurs de l'adhérent, le **formulaire de demande de prestation/remboursement du membre de la famille** devra être rempli et signé par le membre de la famille concerné par la prestation, lequel pourra choisir, en en communiquant les références, de recevoir le remboursement des dépenses encourues sur son propre c/c bancaire/postal, plutôt que sur celui de l'adhérent titulaire. Le formulaire prévoit également une rubrique où le membre de la famille peut déléguer à l'adhérent le soin de fournir et de recevoir les informations relatives aux sinistres et aux garanties, mais aussi de recevoir et de remettre/envoyer les documents médicaux correspondants à la Cassa Edile/EdilCassa de référence.

*Le formulaire en question peut être téléchargé à la page: www.fondosanedil.it/fr/istruzioni-operative-dipendenti-imprese-edili/

1.



- Lorsqu'il s'agit d'enfants mineurs de l'adhérent, le **formulaire de demande de prestation/remboursement pour enfants mineurs** devra être rempli et signé par le travailleur adhérent assuré, auquel devront également se référer les coordonnées bancaires pour le remboursement des dépenses encourues.

Le demandeur devra obligatoirement joindre à ces formulaires les documents médicaux et administratifs prévus au point 2 ci-dessous.

Attention : pour que la Caisse puisse traiter correctement une demande de prestation concernant un membre de la famille fiscalement à charge, il faudra impérativement présenter/envoyer à la Caisse de référence la **certification du noyau familial assurable** dûment remplie et signée par le travailleur titulaire.

Il est entendu que ce certificat ne devra être soumis à nouveau si et seulement si le noyau familial assurable initialement déclaré venait à changer.

Si les formulaires ne sont pas dûment signés, y compris dans la rubrique «**Politique de confidentialité** », il ne sera pas possible d'instruire la demande.

2.



DOCUMENTS NÉCESSAIRES AU TRAITEMENT DES DEMANDES DE PRESTATIONS SANTÉ ET DE REMBOURSEMENT DES DÉPENSES

Aux formulaires de demande dont il est question au point 1 devront obligatoirement être joints :

A. En cas de demande de prestation en conventionnement direct :

- **COPIE DE L'ORDONNANCE/LETRE DE RECOMMANDATION** avec indication de la pathologie reportée (avérée ou présumée) et de l'éventuel examen requis

B. En cas de demande de remboursement des frais de santé encourus (notamment auprès du Service National de Santé) :

- **COPIE DE L'ORDONNANCE/LETRE DE RECOMMANDATION** avec indication de la pathologie reportée (avérée ou présumée) et de l'éventuel examen requis
- **COPIE DES FACTURES/RÉCÉPISSÉS DES DÉPENSES**
- **COPIE D'UNE PIÈCE D'IDENTITÉ***

C. En cas de demande de remboursement pour les prestations d'implantologie hors réseau, consultez la page dédiée sur le site du Fonds.

Il est recommandé de toujours conserver une copie des documents présentés à la Cassa Edile/EdilCassa et les originaux des factures/récépissés des dépenses.

Veuillez noter que le non-respect d'une seule des indications susmentionnées empêchera l'activation de la prestation santé ou le remboursement des frais encourus.

*Cette obligation n'est prévue que dans les cas de demandes faites par e-mail.

3.



COMMENT PRÉSENTER LES DEMANDES DE PRESTATIONS MÉDICALES ET DE REMBOURSEMENT

Les demandes de prestation médicale et de remboursement peuvent être effectuées selon les modalités suivantes :

A. Guichet Cassa Edile/Edilcassa

Présentation au guichet de la Cassa Edile/EdilCassa à laquelle le travailleur est inscrit ou, s'il n'est pas inscrit, à la Cassa Edile/EdilCassa de référence de son lieu de travail.

Avant de vous rendre au guichet, il est recommandé **de remplir le formulaire de demande de prestations (point 1) et de vous munir des documents à joindre (point 2).**

B. Personne déléguée (facilitateur)

Les démarches prévues au point A pourront être effectuées par l'intermédiaire d'un facilitateur (à l'exception des prestations demandées pour la famille de l'adhérent).

C. Courrier électronique ou recommandé

Faire parvenir les documents mentionnés aux points 1 et 2 à la Cassa Edile/EdilCassa à laquelle le travailleur est **affilié par courrier électronique ou courrier recommandé avec accusé de réception**; pour l'employé, se référer à la Cassa Edile/EdilCassa de la Province où le siège de l'entreprise qui l'emploie est situé.

D. Portail informatique

Après enregistrement dans l'espace réservé du portail informatique du Fonds, l'adhérent, ou le membre de sa famille, peut demander une prestation en réseau conventionnée ou le remboursement d'une dépense de santé qui sera prise en charge par un opérateur de la Caisse. Consultez les instructions sur www.fondosanedil.it.

4.



PROCÉDURE D'AUTORISATION ET RÉSERVATION COMPLÈTE

L'adhérent/membre de la famille **présente** la demande de prestation à la **Cassa Edile/EdilCassa (point 3)**.

Une fois que le préposé de la Caisse a complété la saisie des données, l'adhérent/membre de la famille s'il est couvert par l'assurance, reçoit un **SMS et/ou email** de confirmation de l'autorisation contenant toutes les indications pour effectuer **de lui-même** la réservation auprès de l'établissement de santé conventionné.



UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

Gentile **[nome e cognome]**,
sei autorizzato a procedere con la prenotazione della prestazione richiesta presso una delle strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Fondo Sanedil.

Segui questi semplici passi:

1. **Clicca qui** e consulta l'elenco di strutture sanitarie disponibili
2. scegli la struttura che preferisci
3. prenota la prestazione contattando direttamente la struttura scelta
4. comunicaci data e ora dell'appuntamento utilizzando il link del punto 1.

Se hai ricevuto questa comunicazione per errore e non sei il destinatario di questa email, puoi bloccarne la ricezione in ogni momento **cliccando qui**.

Cordiali Saluti,

UniSalute

En cliquant sur le **lien** figurant dans l'**email et/ou SMS**, l'**adhérent/membre de la famille** accède à la **page** réservée au choix de l'**établissement de santé conventionné**. Sur cette page figure une **liste d'établissements** parmi lesquels choisir.

En cliquant sur l'**établissement choisi**, l'**adhérent/membre de la famille** **peut** voir les coordonnées de l'**établissement** pour fixer le rendez-vous. Il doit également **indiquer au médecin qui effectuera la prestation**. Lorsque l'**adhérent/membre de la famille** **contacte l'établissement de santé**, il doit **se rappeler** d'indiquer qu'il **est assuré auprès du Fonds Sanedil – UniSalute**.

4.



Si l'**adhérent/membre de la famille** souhaite choisir un **établissement conventionné autre** que les trois proposés automatiquement par le système, il peut **consulter la liste des établissements conventionnés sur le site du Fondo Sanedil**, puis cliquer sur le lien figurant en bas de la page dédiée (voir ex. ci-dessous).

CENTRO SAN PETRONIO
Via Speranza 52, 40133 Bologna BO
[Clicca qui per comunicare appuntamento prenotato](#)

CENTRO DI TERAPIA IONFORETICA S.R.L.
Via Leronia 47/C, 40133 Bologna BO
[Clicca qui per comunicare appuntamento prenotato](#)

POLIAMBULATORIO DAGNINI SRL
Via Dagnini 44, 40137 Bologna BO
[Clicca qui per comunicare appuntamento prenotato](#)

[COMUNICA DATA E ORA](#)

Desideri prenotare in una struttura sanitaria diversa da quelle proposte? Consulta l'elenco delle strutture convenzionate sul sito del Fondo Sanedil [Clicca qui](#)

L'adhérent/membre de la famille devra **indiquer la date et l'heure du rendez-vous** qui a été fixé avec l'établissement de santé choisi.

À ce stade, l'**adhérent/membre de la famille**, ayant pris acte du récapitulatif du rendez-vous avec la date et l'heure renseignées, peut **visualiser** toutes les **informations relatives à la réservation, y compris les éventuels frais à sa charge**. En cliquant sur « **Confirmer** », il procède à l'envoi des informations à **UniSalute**.

Une fois **la procédure de réservation complétée**, l'adhérent/membre de la famille **reçoit un SMS et/ou email de confirmation** de la réservation.

Veuillez noter que, à compter de la réception du SMS d'autorisation de réservation, l'adhérent/membre de la famille dispose d'un délai de 15 jours pour effectuer la réservation auprès de l'établissement conventionné. Passé ce délai, il lui faudra contacter la Cassa Edile/EdilCassa pour faire une nouvelle demande d'autorisation.

4.



RÉSERVATION COMPLÈTE

Le processus diffère selon que l'adhérent/membre de la famille a déjà pris ou non rendez-vous avec l'établissement de santé conventionné. Dans les deux cas, la procédure permet à ceux qui ne sont pas familiers de l'application prévue pour la gestion des réservations avec procédure d'autorisation d'utiliser le système proposé par les Caisses pour effectuer une réservation. Il est entendu que, pour fixer les termes du rendez-vous, l'établissement de santé **devra toujours être contacté personnellement par l'adhérent/membre de la famille.**

AVEC RENDEZ-VOUS

L'adhérent/membre de la famille présente la demande de prestation à la **Cassa Edile/EdilCassa (point 3).**

Ayant déjà effectué de lui-même la réservation auprès d'un établissement conventionné, l'adhérent/membre de la famille **remet les documents demandés au préposé de la Caisse (points 1 et 2A),** en indiquant dans le formulaire **de demande l'établissement de santé** choisi, la **date** et **l'heure du rendez-vous.** Pour les examens spécialisés, le nom du médecin qui effectuera la prestation doit également être indiqué.

Une fois la procédure de réservation **complétée** par l'agent de la Caisse, **l'adhérent/membre de la famille reçoit un SMS et/ou email de confirmation** de la réservation.

SANS RENDEZ-VOUS

L'adhérent/membre de la famille présente la demande de prestation à la **Cassa Edile/EdilCassa (point 3).**

4.



N'ayant pas encore effectué la réservation de l'établissement conventionné/médecin conventionné, l'adhérent/membre de la famille remet, sans preuve des termes du rendez-vous, les documents demandés au préposé de la **Caisse (points 1 et 2A)**.

Ensuite, l'adhérent/membre de la famille contacte, **personnellement**, l'établissement de santé conventionné, prend rendez-vous et communique, **dans les meilleurs délais**, les termes de ce rendez-vous (l'établissement de santé, la date et l'heure du rendez-vous, ainsi que le nom du médecin qui effectuera la prestation dans le cas d'examens spécialisés) directement au préposé de la Caisse. Dans le cas contraire, si les termes du rendez-vous ne sont pas communiqués au préposé de la Caisse, la réservation ne pourra pas être confirmée.

Une fois la **procédure de réservation complétée** par l'agent de la Caisse, l'adhérent/membre de la famille reçoit un **SMS et/ou email de confirmation** de la réservation.

5.



PRÉCISIONS SUR LE PROCESSUS DE DEMANDE DE PRESTATION/REMBOURSEMENT SANTÉ

1

Les demandes de prestation médicale ou de remboursement pourront être **soumises** uniquement pour les sinistres survenus **à compter de la date d'effet du Plan de santé de référence.**

2

Ont droit au Plan de santé PLUS :

- **les adhérents ayant le statut d'ouvrier** auquel la prestation APE (avance garantie par la pension de retraite) a été versée avant la fin du mois de septembre de chaque année d'assurance (1er octobre - 30 septembre) ;
- **les adhérents au statut d'employé** ayant déjà versé 24 mois de contributions au Fonds Sanedil.

3

Ont droit au Plan de santé BASE :

- **les adhérents ouvriers et employés** qui ne remplissent pas les conditions requises pour accéder au plan Plus.

5.



4

Pour les prestations dentaires et odontologiques relevant uniquement des **SOINS DENTAIRE**S prévus par les Plans de santé, **le demandeur NE DEVRA PAS joindre les documents médicaux**, puisque ce sera le chirurgien dentiste qui enverra la fiche anamnestique préparée par la Compagnie d'assurance. Quoi qu'il en soit, **le demandeur doit expressément** indiquer **ce type de demande** dans l'espace réservé figurant sur le formulaire dont il est question au point 1.

5

Uniquement dans le cadre de la garantie **PRÉVENTION ODONTOLOGIQUE**, l'adhérent devra indiquer dans le formulaire mentionné au point 1, dans l'espace réservé à la description de la prestation demandée, **« détartrage »**.

SEULEMENT dans ce cas, pour la reconnaissance de la garantie, **l'adhérent NE DEVRA PAS attendre que l'odontologiste envoie la fiche anamnestique** à la Compagnie d'assurance et pourra bénéficier de la prestation à la réception du SMS et/ou e-mail de confirmation du rendez-vous.

6

Sans préjudice de ce qui est prévu pour l'implantologie hors réseau, les prestations dentaires et d'odontologie ne sont garanties en modalité de remboursement que dans le cas où le demandeur fait appel au Service de Santé National.

Les services dentaires sont garantis sur une base remboursable uniquement si l'affilié fait appel au Service national de santé. L'achat de lentilles, d'appareils orthopédiques et auditifs et les dépenses effectuées dans le cadre du Service National de Santé, si elles sont prévues dans les Plans de Santé, sont garantis exclusivement en mode remboursable.

Pour toutes les autres garanties, la modalité de remboursement n'est prévue que dans le cas où l'adhérent est domicilié/résident dans une province où il n'existe pas d'établissements de santé affiliés.

7

L'adhérent est tenu de déclarer dans le formulaire approprié l'existence éventuelle d'autres polices couvrant le même risque assuré. Le cas échéant, les mêmes risques couverts par deux ou plusieurs assurances, même s'ils relèvent du Fonds Sanedil (UniSalute et Unipolsai), seront gérés, dans le respect des limites de remboursement prévues **par contrat, par les deux compagnies. Au travailleur adhérent** qui a déjà été **remboursé par une autre compagnie pour le même risque assuré, ne sera versé que le montant restant à sa charge**, dans le respect des franchises et plafonds et après déduction de ce qui lui a déjà été remboursé, dont le montant devra être documenté et certifié.

8

L'adhérent a droit à une **période supplémentaire de couverture** en cas de chômage, pendant **60 jours** dans le cas du **Plan de santé Base** ou **90 jours** dans le cas du **Plan de santé Plus**. Ces périodes sont calculées à compter de la cessation de la relation de travail sur base mensuelle et non journalière.

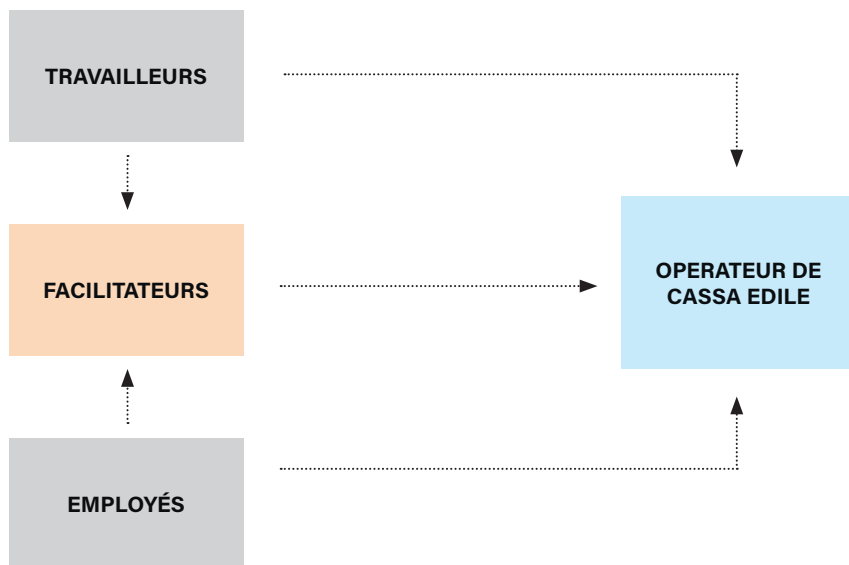


1.



COMMENT DÉCLARER UN ACCIDENT

L'ouvrier ou l'employé doit présenter personnellement ou par le biais d'un facilitateur, ou par courrier électronique/recommandé, le **formulaire** de déclaration d'accidents à sa Cassa Edile/EdilCassa de référence.



2.



POINTS À PRENDRE EN COMPTE DANS LA PROCÉDURE DE DÉCLARATION

1

Les demandes pourront être adressées uniquement pour les sinistres survenus après le **1er octobre 2020**.

2

Il est essentiel que le formulaire soit rempli correctement et complètement et qu'il soit signé par le demandeur.

Au formulaire en **question devront être joints** :

- **DOSSIER MÉDICAL** déjà disponible, comme indiqué dans le **Guide aux garanties pour accidents**.

3

Les sinistres devront être **déclarés dans les 24 mois suivant leur survenance**.

4

L'**adhérent** est tenu de présenter au **préposé de la Cassa Edile/EdilCassa** l'éventuelle documentation supplémentaire sur les sinistres déjà ouverts.

2.



5

Uniquement pour les prestations de **rééducation neuromotrice** à effectuer **dans des Centres de rétablissement et de soins à caractère scientifique et des Hôpitaux d'importance nationale et hautement spécialisés dans la rééducation neuromotrice**, conformément à la loi n. 833/78 art. 42 et modifications et compléments ultérieurs, l'adhérent devra s'adresser exclusivement aux structures indiquées.

6

L'adhérent est tenu de déclarer dans le formulaire approprié l'existence **éventuelle d'autres polices couvrant le même risque assuré.**

Le cas échéant, **les mêmes risques** couverts par deux ou plusieurs assurances, même s'ils relèvent du Fonds Sanedil (Unisalute et Unipolsai), seront gérés, dans le respect des limites de remboursement prévues par contrat, **par les deux compagnies.**

Au **travailleur** adhérent qui a **déjà été remboursé par une autre compagnie** pour le même risque assuré, **ne sera versé** que **le montant restant** à sa charge, dans le respect des franchises et plafonds et après déduction de ce qui lui a déjà été remboursé, dont le montant devra être documenté et certifié.

*Estructures indiquées : www.fondosanedil.it/fr/instructions/.

2.



7

L'adhérent a droit à une **période supplémentaire de couverture en cas de chômage**, pendant **60 jours** dans le cas du **Plan de santé Base** ou **90 jours** dans le cas du **Plan de santé Plus**. Ces périodes sont calculées à compter de la cessation de la relation de travail sur base mensuelle et non journalière.

INFORMATIONS ET CONTACT

L'adhérent pourra contacter sa Cassa Edile/EdilCassa de référence pour obtenir des informations sur le statut du sinistre déclaré. À l'issue de l'instruction, la Compagnie versera le montant dû directement sur le compte courant de l'adhérent, par virement bancaire.



Suivez-nous sur

