



INSTRUCTIONS PRATIQUES

POUR SALARIÉS D'ORGANISMES, ASSOCIATIONS
PATRONALES, ORGANISATIONS SYNDICALES
ET LEURS FAMILLES



1.



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

Salariés d'organismes, associations patronales, organisations syndicales et leurs familles

Pour demander une prestation médicale en **conventionnement direct** ou le **remboursement des dépenses de santé**, l'adhérent doit toujours envoyer au **Fonds Sanedil** le **formulaire** prévu à cet effet, qui doit être rempli et signé.

Membres de la famille fiscalement à charge

Pour demander une prestation médicale ou le remboursement des dépenses de santé liées aux membres du foyer de l'adhérent (conjoint fiscalement à charge et enfants fiscalement à charge), il est nécessaire d'**envoyer au Fonds Sanedil** l'un des formulaires suivants.

- S'agissant 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 au **Fonds Sanedil**.

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

1.



- S'agissant 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 le Fonds puisse traiter correctement une demande de prestation concernant un membre de la famille fiscalement à charge, il faudra impérativement présenter/envoyer 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.

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

2.



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

Au formulaire 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 LA PRESCRIPTION MÉDICALE/ORDONNANCE** avec l'indication de la pathologie rapportée (avérée ou présumée) et de l'éventuel examen instrumental requis.

B. En cas de demande de remboursement des dépenses de santé encourues (y compris auprès du SSN, le Service de Santé National) :

- **COPIE DE LA PRESCRIPTION MÉDICALE/ORDONNANCE** avec l'indication de la pathologie rapportée (avérée ou présumée) et de l'éventuel examen instrumental requis.
- **COPIE DES FACTURES/REÇUS**
- **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.

Nous vous recommandons de conserver une copie des documents envoyés au Fonds et les originaux des factures/reçus.

Veuillez noter qu'en cas de non-respect d'une seule des indications susmentionnées, il ne sera pas possible de donner suite à la prestation de santé ou au remboursement de la dépense encourue.

*Obligatoire uniquement pour les demandes présentées par courrier électronique.

3.



OÙ PRÉSENTER LES DEMANDES DE PRESTATIONS MÉDICALES ET DE REMBOURSEMENT

A. Courrier électronique/recommandé

Les personnes souhaitant demander une prestation médicale ou le remboursement de frais doivent faire parvenir les documents cités aux points 1 et 2 au Fonds Sanedil à l'adresse électronique **prestazioni@fondosanedil.it** ou par recommandé avec accusé de réception à la boîte postale 7249 c/o Ufficio Postale Roma Nomentano, 00162, Roma.

B. 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 du Fonds Sanedil. Consultez les instructions sur www.fondosanedil.it.

4.



DEMANDER UNE PRESTATION EN MODE PROCÉDURE D'AUTORISATION

Une fois que la demande de prestation a été transmise et que les données ont été saisies par l'opérateur du Fonds, le demandeur, s'il est bien 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**, le **demandeur 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**, le demandeur **peut voir les coordonnées** de l'établissement pour fixer le rendez-vous. Il doit également indiquer le médecin qui effectuera la prestation. Lorsque le **demandeur contacte l'établissement de santé**, il doit **se rappeler** d'indiquer qu'il **est assuré** auprès du **Fondo Sanedil – Unisalute**.

4.



Si le demandeur **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 Fonds 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 IONOFORETICA S.R.L.
Via Lomonosa 47/C, 40133 Bologna BO

[Clicca qui per comunicare appuntamento prenotato](#)

POLIAMBULATORIO D'AGNINI SRL
Via Dagnini 44, 40137 Bologna BO

[Clicca qui per comunicare appuntamento prenotato](#)

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

CONFERMA DATA E ORA

Le demandeur devra **indiquer la date et l'heure du rendez-vous** qui a été fixé avec l'établissement de santé choisi.

À ce stade, le demandeur, 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**, le demandeur **reçoit un SMS et/ou email de confirmation** de la réservation.

Veuillez noter qu'à compter de la réception du SMS d'autorisation de réservation, le demandeur dispose d'un délai de 15 jours pour effectuer la réservation auprès de l'établissement conventionné. Passé ce délai, il lui faudra transmettre au Fonds une nouvelle demande d'autorisation.

4.



RÉSERVATION COMPLÈTE

Le processus diffère selon que le demandeur a déjà pris ou non rendez-vous avec l'établissement de santé conventionné. Il est entendu que, pour fixer les termes du rendez-vous, **ce sera toujours au demandeur de contacter personnellement** l'établissement de santé.

AVEC RENDEZ-VOUS DÉJÀ FIXÉ AVEC L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

Le demandeur transmet la demande de prestation au **Fonds Sanedil (point 3)**.

Ayant déjà effectué de lui-même la réservation auprès d'un établissement conventionné, le demandeur doit indiquer 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'opérateur du Fonds Sanedil, le demandeur reçoit un **SMS et/ou email de confirmation de la réservation**.

SANS RENDEZ-VOUS

Le demandeur transmet la demande de prestation au **Fonds Sanedil (point 3)**.

N'ayant pas encore effectué la réservation de l'établissement conventionné/médecin conventionné, **le demandeur remet**, sans preuve des termes du rendez-vous, **les documents demandés à l'opérateur du Fonds Sanedil (points 1 et 2A)**.

Ensuite, le demandeur 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 à l'opérateur du Fonds Sanedil.

4.



Dans le cas contraire, si les termes du rendez-vous ne sont pas communiqués à l'opérateur du Fonds, la réservation ne pourra pas être confirmée.

Une fois la **procédure de réservation complétée** par l'opérateur du Fonds, le demandeur 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**, sous réserve que les cotisations aient été versées régulièrement.

2 **Ont droit au Plan de santé PLUS :**

- **les adhérents ayant le statut d'ouvrier (y compris les membres de leur famille fiscalement à charge)** auxquels la prestation APE (Avance sur retraite) a été versée avant la fin du mois de septembre de l'année de prise d'effet de chaque exercice d'assurance (1er octobre - 30 septembre) ;
- **les adhérents à statut d'employé (y compris les membres de leur famille fiscalement à charge)** lorsque sont vérifiables 24 mois de cotisations versées au Fonds Sanedil.

3 **Ont droit au Plan de santé BASE :**

- **les adhérents ouvriers et employés (y compris les membres de leur famille fiscalement à charge)** qui ne remplissent pas les conditions prévues pour accéder au Plan Plus.

5.



4

Pour les **prestations dentaires et odontologiques** relevant uniquement des **SOINS DENTAIREs** 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 anamnétique 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.

N.B. : Seuls les plombages et les traitements endodontiques/dévitalisations relèvent des « soins dentaires conservateurs » prévus par le Plan de santé.

5

Par référence à la garantie PRÉVENTION DENTAIRE uniquement, le demandeur devra indiquer dans le formulaire approprié mentionné au point 1, dans l'espace réservé à la **description de la prestation demandée**, « détartrage ». Dans ce cas et seulement dans ce cas, **le demandeur ne devra pas attendre, pour la reconnaissance de la garantie, que le chirurgien dentiste envoie la fiche anamnétique à la Compagnie d'assurance**, et pourra bénéficier de la prestation dès réception du SMS et/ou email 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 **prestations dentaires et odontologiques** ne sont **remboursées** que si le demandeur **a recours au Service de Santé National (SSN)** L'**achat des verres et lentilles**, des **prothèses orthopédiques et acoustiques** et les **frais encourus dans le cadre du Service de Santé National**, s'ils sont prévus dans les Plans de santé, sont **garantis exclusivement sous forme de remboursement**.

Pour toutes les autres garanties, le remboursement est prévu uniquement si le demandeur est domicilié/résident dans une **province dépourvue d'établissements de santé conventionnés**.

7

Le demandeur est tenu de déclarer dans le formulaire de demande de prestation/remboursement ou de déclaration d'accident l'éventuelle **existence d'autres polices couvrant le même risque**. Dans ce cas, en effet, les risques couverts par une ou plusieurs assurances, même si elles sont liées au Fonds Sanedil (UniSalute et UnipolSai), seront gérés, dans le respect des limites de remboursement prévues dans le contrat, par les deux compagnies.

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

8

En cas de chômage de l'affilié titulaire, **la couverture d'assurance** s'applique encore 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 partir de la cessation de la relation de travail sur base mensuelle et non journalière.



1.



COMMENT DÉCLARER UN SINISTRE ET DEMANDER LE REMBOURSEMENT DES SOINS OU UNE INDEMNITÉ SUITE À UN ACCIDENT

L'adhérent doit envoyer à l'adresse électronique **prestazioni@fondosanedil.it** ou par recommandé avec AR à la boîte postale 7249 c/o Ufficio Postale Roma Nomentano, 00162, Roma, le **formulaire** de déclaration d'accident.

2.



PRÉCISIONS SUR LE PROCESSUS DE DÉCLARATION

1

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

2

Il est primordial que le **formulaire** soit rempli entièrement et correctement, et signé par le demandeur. À ce **formulaire** devront être joints :

- **DOCUMENTS MÉDICAUX** déjà disponibles, comme indiqué dans le **Guide pour les garanties accidents**.

3

Les sinistres devront être **déclarés dans un délai de 24 mois à compter de leur survenance**.

4

L'**adhérent** est tenu d'envoyer au **Fonds Sanedil** les éventuels documents supplémentaires sur les sinistres déjà ouverts.

2.



5

Pour les prestations de **rééducation neuromotrice** à effectuer dans les **Centres d'hospitalisation et de soin à caractère scientifique et Hôpitaux d'importance nationale hautement spécialisés pour la rééducation neuromotrice**, en vertu de la loi n° 833/78 art. 42 et des modifications et compléments ultérieurs, l'adhérent devra s'adresser exclusivement aux **établissements***.

6

L'adhérent est tenu de déclarer dans le formulaire l'éventuelle existence d'autres polices couvrant le même risque. Dans ce cas, en effet, **les risques couverts** par une ou plusieurs assurances, même si elles sont liées au Fonds Sanedil (UniSalute et UnipolSai), **seront gérés**, dans le respect des limites de remboursement prévues dans le contrat, **par les deux compagnies.**

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

*Estructures indicate : www.fondosanedil.it/fr/istruzioni-operative-dipendenti-enti/.

2.



7

L'adhérent a droit à une **période supplémentaire de couverture d'assurance** 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 partir de la cessation de la relation de travail sur base mensuelle et non journalière.

INFORMATIONS ET CONTACT

L'adhérent pourra obtenir des informations sur l'état du sinistre déclaré en écrivant à l'adresse électronique **prestazioni@fondosanedil.it** et en indiquant dans l'objet de l'email le numéro du sinistre en question.

À l'issue de l'instruction, la Compagnie procèdera au versement du montant dû directement sur le compte courant du demandeur, par virement bancaire.



Suivez-nous sur Facebook

@FondoSanedil