

BASE

san | edil
FONDO SANITARIO | LAVORATORI EDILI

GUIDE

au **Plan de santé**

FONDS SANEDIL

Fonds de Santé
pour les Travailleurs
du Secteur du Bâtiment



Conformément aux nouvelles dispositions du Décret législatif 209/2005 art. 185 « Note d'information au contractant », la Société informe que:

- le droit applicable au contrat est celui italien;
- toute éventuelle réclamation en ce qui concerne le rapport contractuel ou la gestion des sinistres doit être transmise par écrit à:

UniSalute S.p.A. - Funzione Reclami Via Larga, 8
- 40138 Bologna - fax 051 - 7096892 - e-mail
reclami@unisalute.it.

Dans le cas où le demandeur ne serait pas satisfait de l'issue de la réclamation ou en cas d'absence de réponse dans un délai maximal de quarante-cinq jours, il pourra s'adresser à l'IVASS (Institut pour la Surveillance des Assurances), Servizio tutela degli utenti (Service protection des utilisateurs), Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, téléphone +39 06.42.133.1. Les réclamations adressées à l'IVASS doivent indiquer:

- a) Prénom, nom et domicile du demandeur, avec numéro de téléphone éventuel;
- b) Identification du sujet ou des sujets dont les actes font l'objet de plaintes;
- c) brève description du motif de la plainte;
- d) copie de la réclamation présentée à la Société et de la réponse éventuelle fournie par celle-ci;
- e) tout document utile pour décrire de façon plus complète les circonstances relatives.

Les informations utiles pour la présentation des réclamations sont également reportées sur le site internet de la Compagnie: www.fondosamedil.it. En ce qui concerne les controverses en rapport avec la quantification des prestations et l'attribution des responsabilités, on rappelle que la compétence exclusive de l'autorité judiciaire demeure, ainsi que la faculté d'avoir recours à des systèmes de conciliation s'ils existent.

*Les prestations du plan
sont assurées par:*

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

GUIDE

au Plan de santé

Ce manuel a été préparé afin de constituer un outil explicatif simple; il ne peut en aucun cas remplacer le contrat, dont il souligne exclusivement les caractéristiques principales. Par conséquent, le contrat reste le seul outil valable pour une référence complète et exhaustive.

BASE

SOMMAIRE



P. 6 BIENVENUE



P. 6 COMMENT UTILISER LES PRESTATIONS DU PLAN



P. 9 LES PERSONNES POUR LESQUELLES LA COUVERTURE S'APPLIQUE



P. 10 LES PRESTATIONS DU PLAN DE SANTE

P. 11 HOSPITALISATION, POUR INTERVENTION CHIRURGICALE IMPORTANTE SELON LISTE JOINTE, DANS UN ETABLISSEMENT DE SOIN A LA SUITE D'UNE MALADIE OU D'UN ACCIDENT

Transport sanitaire

Greffes

Nouveau-nés

Indemnité de substitution avec pré-hospitalisation et posthospitalisation

La limite de frais annuelle pour le secteur hospitalisation

P. 14 HAUTE SPECIALISATION

P. 17 VISITES SPECIALISEES

P. 18 TICKETS MODERATEURS POUR CONTROLES DIAGNOSTIQUES ET SERVICE D'URGENCE

P. 18 SOINS DE KINESITHERAPIE ET DE REEDUCATION

Soins de kinésithérapie et de rééducation à la suite d'un accident

Soins de kinésithérapie et de rééducation à la suite d'une pathologie temporairement invalidante

P. 19 PRESTATIONS ODONTOLOGIQUES SPECIALES

P. 20 IMPLANTOLOGIE

Application de trois implants ou plus

Application de deux implants

Application d'un implant

Avulsion jusqu'à un maximum de 4 dents (uniquement si rendue nécessaire par une prestation d'implantologie)

P. 21 INTERVENTIONS CHIRURGICALES ODONTOLOGIQUES HORS HOSPITALISATION

P. 22 SOINS ODONTOLOGIQUES CONSERVATEURS

P. 23 PRESTATIONS DIAGNOSTIQUES SPECIALES

P. 23 PROTHESES ORTHOPEDIQUES ET AUDITIVES

P. 23 LUNETTES/LENTILLES

P. 24 INCAPACITE GRAVE DETERMINEE PAR UNE INVALIDITE PERMANENTE DUE A UN ACCIDENT DU TRAVAIL OU MALADIES GRAVES

P. 24 SERVICE MONITOR SALUTE

Visites spécialisées et contrôles diagnostiques pour maladies chroniques

P. 25 MATERNITE/GROSSESSE

P. 26 SECTION COVID-19

Indemnité journalière d'hospitalisation en cas de positivité à la COVID-19 (Coronavirus)

Indemnité journalière posthospitalisation à la suite de soins intensifs à cause de la COVID-19 (Coronavirus)

P. 26 PRESTATIONS AVEC TARIFS PREFERENTIELS UNISALUTE



P. 27 CAS DE NON-APPLICABILITE DU PLAN



P. 28 QUELQUES PRECISIONS IMPORTANTES

P. 28 EXTENSION TERRITORIALE

P. 28 LIMITES D'AGE

P. 28 GESTION DES NOTES DE FRAIS (FACTURES ET RECUS)



P. 29 LISTE DES INTERVENTIONS CHIRURGICALES



BIENVENUE

Le “**Guide au Plan de santé**” est un support utile pour pouvoir comprendre et utiliser la couverture de santé. Nous vous conseillons de suivre ce qui est indiqué dans le Guide à chaque utilisation du Plan de santé.



COMMENT UTILISER LES PRESTATIONS DU PLAN

STRUCTURES DE SANTE CONVENTIONNEES AVEC UNISALUTE POUR LE FONDS SANEDIL

Le Fonds Sanedil, par l'intermédiaire d'UniSalute, a conventionné un réseau de structures de santé privées qui garantissent des standards élevés en termes de professionnalisme médical, de technologie sanitaire, de confort et d'hospitalité.

Comment réserver les prestations auprès des structures conventionnées?

Si l'adhérent au Fonds Sanedil a besoin de réserver une prestation de santé au sein des structures conventionnées, deux possibilités s'offrent à lui:

- il peut s'adresser à la Cassa Edile/Edilcassa de référence
- ou il peut s'adresser au Facilitateur-Délégué

Si l'adhérent s'adresse directement à la Cassa Edile/Edilcassa:

- il remplit le formulaire de demande de prestation qui peut être téléchargé sur le site du Fonds Sanedil www.fondosanedil.it
- il expose ses exigences et remet à la personne préposée de la Cassa Edile/Edilcassa l'ordonnance médicale éventuelle contenant la demande de prestation

Si l'adhérent s'adresse au Facilitateur-Délégué:

- il remplit le formulaire de demande de prestation qui peut être téléchargé sur le site du Fonds Sanedil www.fondosanedil.it et le remet au Facilitateur-Délégué
- il expose ses exigences et remet au Facilitateur-Délégué l'ordonnance médicale éventuelle contenant la demande de prestation
- le Facilitateur-Délégué prend en charge la demande, s'adresse auprès de la Cas-

sa Edile/Edilcassa de référence et demande l'autorisation pour effectuer la prestation demandée par l'adhérent.

Dans les deux cas auprès de la Cassa Edile/Edilcassa, la personne préposée vérifiera les conditions d'inscription au Fonds Sanedil et il sera donc possible d'entamer deux types de processus pour réserver la prestation en ligne:

1) « PROCESSUS COMPLET »:

Si la prestation est couverte, ce sera la personne préposée de la Cassa Edile/Edilcassa qui se chargera de compléter la réservation pour la prestation demandée quand l'adhérent ou, à sa place, le Facilitateur-Délégué, lui fourniront les détails du rendez-vous: nom de la structure choisie, nom du médecin, date et heure.

2) « PROCÉDURE D'AUTORISATION »:

Si la prestation est couverte, la personne préposée de la Cassa Edile/Edilcassa ouvrira la demande. Toutefois, la réservation de la prestation devra être complétée par l'adhérent à l'aide du lien qu'UniSalute lui enverra par sms/e-mail et en suivant la procédure indiquée ci-dessous.

Si l'adhérent a choisi de recevoir de la part d'UniSalute le message d'autorisation pour réserver la prestation de façon autonome (« Procédure d'autorisation »), que doit-il faire?

L'adhérent doit:

- ouvrir le message d'autorisation reçu de la part d'UniSalute
- cliquer sur le lien « structures conventionnées »
- visualiser la liste des structures conventionnées proposées à proximité de l'adresse de référence fournie
- choisir la structure de santé qu'il préfère
- contacter la structure en indiquant toujours qu'il est assuré avec UniSalute et fixer le rendez-vous
- communiquer à UniSalute, en cliquant sur le lien prévu à cet effet présent dans le message, la date et l'heure du rendez-vous.

L'adhérent peut également choisir une structure différente de celles proposées présentes dans le lien du message qu'il a reçu:

- il doit aller sur le site du Fonds à l'adresse www.fondosanedil.it et, dans la section dédiée, il télécharge la liste des structures conventionnées par UniSalute pour le Fonds Sanedil
- il choisit la structure de santé qu'il préfère
- il contacte la structure toujours en indiquant qu'il est assuré avec UniSalute et il fixe le rendez-vous
- il retourne au message qu'il a reçu et, en cliquant sur le lien prévu à cet effet, il informe UniSalute au sujet de la structure, du médecin, de la date et de l'heure du rendez-vous.

Par la suite, UniSalute envoie à l'adhérent un message/e-mail de confirmation pour effectuer la prestation réservée.

Au moment de la prestation, l'adhérent doit présenter à la structure conventionnée un document d'identité et, si elle est demandée, l'ordonnance du médecin traitant avec l'indication de la pathologie ou de la demande de diagnostic et les prestations diagnostiques et/ou thérapeutiques demandées. Par demande de diagnostic, on entend le diagnostic déjà confirmé ou présumé, ou le symptôme principal qui doit être reporté sur la demande d'examen ou de visites médicales.

Le Fonds Sanedil, par l'intermédiaire d'UniSalute, paiera directement les frais pour les prestations de santé autorisées à la structure conventionnée. L'adhérent devra supporter les frais à l'intérieur de la structure conventionnée uniquement dans les cas

où une partie de la prestation ne serait pas comprise dans les prestations du Plan de santé.

REMBOURSEMENT DES TICKETS MODERATEURS AUPRES DU SERVICE NATIONAL DE SANTE (SSN) OU DES FACTURES AUPRES DES STRUCTURES DE SANTE NON CONVENTIONNEES

(hors réseau valable uniquement en cas de province dépourvue de structures conventionnées pour la prestation requise)

Comment demander le remboursement pour des prestations prévues dans le plan de santé et ayant été effectuées auprès du Service National de Santé - SSN (Ticket modérateur) ou auprès d'une structure de santé non conventionnée uniquement en cas de province dépourvue de structures conventionnées.

Si l'adhérent au Fonds Sanedil a besoin de demander le remboursement d'une prestation de santé ayant déjà été effectuée, deux possibilités s'offrent à lui:

- il peut s'adresser à la Cassa Edile/Edilcassa de référence
- ou il peut s'adresser au Facilitateur-Délégué

Dans les deux cas, l'adhérent doit:

- remplir le formulaire de demande de prestation qui peut être téléchargé sur le site du Fonds Sanedil www.fondosanedil.it
- remettre le formulaire rempli et la documentation requise dans les garanties spécifiques à la Cassa Edile/Edilcassa de référence ou au Facilitateur-Délégué

Dans les deux cas auprès de la Cassa Edile/Edilcassa, la personne préposée vérifiera les conditions d'inscription au Fonds Sanedil et entamera le processus de demande de remboursement.

La documentation habituellement requise pour le remboursement des frais de santé engagés est indiquée ci-dessous, sous réserve de ce qui est prévu dans les différentes couvertures du Plan de santé:

- le formulaire de **demande de remboursement** rempli et signé pouvant être téléchargé à partir du site du Fonds Sanedil ;
- en cas d'**hospitalisation**, copie du dossier médical ainsi que de la fiche de sortie d'hospitalisation (FSH), conforme à l'original ;
- en cas d'**indemnité journalière d'hospitalisation**, copie du dossier médical ainsi que de la fiche de sortie d'hospitalisation (FSH), conforme à l'original ;

Toute la documentation médicale relative aux prestations précédentes et successives à l'hospitalisation et en lien avec celle-ci devra être envoyée conjointement avec celle de l'événement auquel elle fait référence.

- en cas de **prestations hors hospitalisation**, copie de l'ordonnance indiquant la pathologie, présumée ou confirmée, de la part du médecin traitant ;
- autre documentation médicale éventuelle requise pour les couvertures spécifiques ;
- copie de la **documentation de frais** (bordereaux et reçus) dans laquelle le quittement est avéré.

Pour une évaluation correcte de la demande de remboursement, le Fonds Sanedil, par l'intermédiaire d'UniSalute, aura toujours la faculté de demander également la production des originaux.

Le Fonds Sanedil, par l'intermédiaire d'UniSalute, pourrait demander d'éventuels contrôles médicaux, y compris par la délivrance d'une autorisation spécifique pour surmonter l'obligation du secret professionnel auquel sont soumis les médecins qui ont effectué les visites et les soins.

La Cassa Edile/Edilcassa de référence transmettra toute la documentation pour le remboursement à UniSalute qui, après avoir fait les vérifications opportunes, enverra à l'adhérent un sms/e-mail indiquant l'issue du remboursement.

Si l'adhérent souhaite connaître l'état d'évaluation de ses pratiques de remboursement, il pourra toujours faire référence, y compris par l'intermédiaire du Facilitateur-Délégué, à la Cassa Edile/Edilcassa de référence.



LES PERSONNES POUR LESQUELLES LA COUVERTURE S'APPLIQUE

Le Plan de santé est offert en faveur des travailleurs salariés qui adhèrent au Fonds Sanedil, auxquels s'applique une des CCNT (conventions collectives nationales de travail) visées à l'art. 1 des statuts du Fonds ou qui, en tout état de cause, sont salariés d'entreprises qui adhèrent aux Casse Edili/EdilCasse constituées par les parties fondatrices de ce même Fonds.



LES PRESTATIONS DU PLAN DE SANTE

BASE

Le **Plan de Santé** fonctionne en cas de maladie et d'accident ayant eu lieu au cours de l'applicabilité du Plan de Santé pour les prestations suivantes:

- **HOSPITALISATION DANS UN ETABLISSEMENT DE SOINS POUR UNE INTERVENTION CHIRURGICALE IMPORTANTE;**
- **PRESTATIONS HAUTEMENT SPECIALISEES;**
- **VISITES SPECIALISEES;**
- **TICKET MODERATEUR POUR CONTROLES DIAGNOSTIQUES ET D'URGENCE;**
- **SOINS DE KINESITHERAPIE ET DE REEDUCATION;**
- **PRESTATIONS ODONTOLOGIQUES SPECIALES;**
- **IMPLANTOLOGIE;**
- **INTERVENTIONS CHIRURGICALES ODONTOLOGIQUES HORS HOSPITALISATION;**
- **SOINS ODONTOLOGIQUES CONSERVATEURS;**
- **PRESTATIONS DIAGNOSTIQUES SPECIALES;**
- **PROTHESES ORTHOPEDIQUES ET AUDITIVES;**
- **LUNETTES/LENTILLES;**
- **INCAPACITE GRAVE DETERMINEE PAR UNE INVALIDITE PERMANENTE DUE A UN ACCIDENT DU TRAVAIL OU MALADIES GRAVES;**
- **MONITOR SALUTE;**
- **MATERNITE/GROSSESSE**

SECTION COVID-19:

LE PLAN DE SANTE FONCTIONNE EN CAS D'HOSPITALISATION A LA SUITE D'UNE INFECTION PAR LA COVID-19 DIAGNOSTIQUEE:

- **INDEMNITE JOURNALIERE D'HOSPITALISATION EN CAS DE POSITIVITE A LA COVID-19 (CORONAVIRUS);**
- **INDEMNITE JOURNALIERE POSTHOSPITALISATION A LA SUITE DE SOINS INTENSIFS A CAUSE DE LA COVID-19 (CORONAVIRUS).**



HOSPITALISATION, POUR INTERVENTION CHIRURGICALE IMPORTANTE SELON LISTE JOINTE, DANS UN ETABLISSEMENT DE SOIN A LA SUITE D'UNE MALADIE OU D'UN ACCIDENT

Par hospitalisation, on entend le séjour dans un établissement de soins comprenant la nuit, la seule intervention du service d'urgence ne constitue pas hospitalisation. Dans le cas où l'Adhérent serait hospitalisé pour une intervention chirurgicale, en entendant pour celles-ci l'une de celles mentionnées au point 9 qui suit, il peut bénéficier des prestations suivantes:

PRE-HOSPITALISATION

Examens, contrôles diagnostiques et visites spécialisées effectuées dans les **50 jours** qui précèdent le début de l'hospitalisation, pourvu qu'ils soient nécessaires au vu de la maladie ou de l'accident qui a déterminé l'hospitalisation.

La présente couverture est offerte exclusivement sous forme de remboursement avec une sous-limite de frais annuelle de **€ 1.000,00** partagée avec le point Posthospitalisation.

INTERVENTION CHIRURGICALE

Honoraires du chirurgien, de l'aide, de l'assistant, de l'anesthésiste et de tout autre sujet participant à l'intervention (résultant du compte-rendu opératoire); droits de salle opératoire et matériel d'intervention y compris les endoprothèses.

ASSISTANCE MEDICALE, MEDICAMENTS, SOINS

Prestations médicales et infirmières, consultations médicales spécialisées, médicaments, examens, contrôles diagnostiques et soins de kinésithérapie et de rééducation **au cours de la période d'hospitalisation.**

FRAIS D'HOSPITALISATION

Les dépenses voluptuaires ne sont pas comprises dans la couverture.

En cas d'hospitalisation dans un établissement de soins non conventionné avec Uni-Salute pour le Fonds Sanedil, les dépenses engagées sont remboursées dans la limite de **€ 300,00 par jour.**

ACCOMPAGNATEUR

Les frais de nourriture et d'hébergement de l'accompagnateur dans l'établissement de soins ou dans une structure hôtelière.

En cas d'hospitalisation dans un établissement de soins non conventionné avec Uni-Salute pour le Fonds Sanedil, la couverture est offerte dans la limite de **€ 50,00** par jour pour un maximum de **30 jours** par hospitalisation.

ASSISTANCE INFIRMIERE PRIVEE INDIVIDUELLE

Assistance infirmière privée individuelle dans la limite de **€ 60,00 par jour** pour un maximum de 30 jours par hospitalisation.

La présente couverture est offerte exclusivement sous forme de remboursement.

POSTHOSPITALISATION

Examens et contrôles diagnostiques, médicaments, prestations médicales, chirurgicales et infirmières (ces dernières dans la cas où la demande aurait été certifiée au moment de la sortie de l'établissement de soins), soins de kinésithérapie et de rééducation et cures thermales (les frais de nature hôtelière sont en tout état de cause exclus), effectués dans les **50 jours** qui suivent la fin de l'hospitalisation, à condition qu'ils soient rendus nécessaires par la maladie ou par l'accident qui a déterminé l'hospitalisation. Les médicaments prescrits par le médecin traitant lors de la sortie de l'établissement de soins sont compris dans la couverture.

Une sous-limite de frais annuelle de **€ 1.000,00** partagée avec le point Pré-hospitalisation est prévue.

a1) Prestations dans des structures de santé privées et publiques conventionnées par UniSalute pour le Fonds Sanedil et effectuées par des médecins conventionnés.

Dans ce cas, les frais relatifs aux services fournis sont directement liquidés par le Fonds Sanedil, par l'intermédiaire d'UniSalute, aux structures de santé conventionnées sans qu'aucun montant non indemnisable ne soit appliqué, à l'exception des frais suivants:

- point « Hospitalisation dans un établissement de soins pour intervention chirurgicale importante à la suite d'une maladie ou d'un accident »:
 - lettre « Pré-hospitalisation »;
 - lettre « Assistance infirmière privée individuelle »;
- point « Transport sanitaire »;

qui sont remboursés à l'Adhérent dans les limites prévues aux points indiqués, et des frais suivants:

- point « Nouveau-nés »;

qui sont liquidés à la structure de santé conventionnée dans les limites prévues au point indiqué.

a2) Prestations dans des structures de santé privées et publiques conventionnées par UniSalute pour le Fonds Sanedil et effectuées par des médecins non conventionnés.

Dans le cas où, dans une structure conventionnée, une intervention chirurgicale serait effectuée par du personnel non conventionné, tous les frais relatifs à l'hospitalisation seront remboursés suivant les mêmes modalités et aux mêmes conditions prévues en cas d'hospitalisation dans des structures non conventionnées (point b).

b) Prestations dans des structures de santé privées et publiques non conventionnées.

Dans le cas où l'Adhérent serait domicilié dans une province dépourvue de structures de santé conventionnées, à l'exclusion de ce qui est prévu aux points « Greffes » et « Nouveau-nés », les frais relatifs aux prestations effectuées sont remboursés à l'Adhérent dans la limite de **€ 8.000,00** par intervention avec l'application d'un montant non couvert de 20 % avec un montant minimum non indemnisable de **€ 2.000,00** par intervention. Dans le calcul du montant non couvert, les rubriques suivantes ne sont pas prises en compte:

- point « Hospitalisation dans un établissement de soins pour intervention chirurgicale importante à la suite d'une maladie ou d'un accident »:
 - lettre « Frais d'hospitalisation »;
 - lettre « Accompagnateur »;
 - lettre « Assistance infirmière privée individuelle »;
- point « Transport sanitaire »;

qui sont remboursées à l'Adhérent dans les limites prévues aux points indiqués.

c) Prestations dans des structures du Service National de Santé

Dans le cas d'une hospitalisation dans des structures du Service National de Santé ou accréditées par celui-ci sous forme d'assistance directe, et donc avec des coûts totalement à la charge du Service National de Santé, la couverture prévue au point « Indemnité de substitution » sera activée.

Dans le cas où l'Adhérent supporterait des frais, au cours de son hospitalisation, pour un service hôtelier ou pour des tickets modérateurs, le Fonds remboursera intégralement les montants anticipés par l'Adhérent dans les limites prévues dans les différents points; en plus du montant total de l'indemnité de substitution.

Dans le cas où l'hospitalisation aurait lieu en régime d'activité libérale privée au sein d'un hôpital public avec frais relatifs à la charge de l'Adhérent, les frais engagés se-

ront remboursés conformément à ce qui est indiqué aux lettres a) « Prestations dans des structures de santé privées et publiques conventionnées par UniSalute pour le Fonds Sanedil et effectuées par des médecins conventionnés » ou b) « Prestations dans des structures de santé privées et publiques non conventionnées ».



TRANSPORT SANITAIRE

Le Fonds remboursera les frais de transport en ambulance de l'Adhérent, avec unité coronarienne mobile et avec avion sanitaire à l'établissement de soins, de transfert d'un établissement de soins à un autre et de retour à son domicile avec un maximum de **€ 300,00** par hospitalisation.



GREFFES

En cas de greffe d'organes ou de parties de ceux-ci, le Fonds liquide les frais prévus aux points « Hospitalisation dans un établissement de soins pour intervention chirurgicale importante à la suite d'une maladie ou d'un accident » et « Transport sanitaire » avec les limites relatives qui y sont indiquées, ainsi que les frais nécessaires pour le prélèvement sur le donneur, y compris ceux pour le transport de l'organe.

Au cours de la pré-hospitalisation, les soins pharmacologiques ciblés pour la prévention du rejet sont également compris.

En cas de don en tant que personne vivante, la couverture garantit les frais engagés pour les prestations effectuées au cours de l'hospitalisation en ce qui concerne le donneur à titre de:

- contrôles diagnostiques;
- assistance médicale et infirmière;
- intervention chirurgicale;
- soins;
- médicaments;
- frais d'hospitalisation.



NOUVEAU-NÉS

A travers UniSalute, le Fonds Sanedil effectue le paiement des frais pour interventions chirurgicales effectuées au cours des 3 premières années de vie du nouveau-né pour la correction de malformations* congénitales, y compris les visites, les contrôles diagnostiques préopératoires et postopératoires, ainsi que les frais de nourriture et d'hébergement de l'accompagnateur dans l'établissement de soins ou dans une structure hôtelière pour la période de l'hospitalisation, dans la limite annuelle **€ 6.000,00** par nouveau-né.



INDEMNITÉ DE SUBSTITUTION AVEC PRÉ-HOSPITALISATION ET POSTHOSPITALISATION

L'Adhérent, dans le cas où il ne demanderait aucun remboursement au Fonds, ni pour l'hospitalisation (selon la liste jointe), ni pour une autre prestation liée à celle-ci (exception faite pour les frais éventuels engagés au cours de l'hospitalisation pour service hôtelier ou tickets modérateurs) aura droit à une indemnité de **€ 90,00** par jour d'hospitalisation pour une période non supérieure à **90** jours pour chaque hospitalisation.

NB: La première journée d'hospitalisation dans un établissement de soins et la dernière ne sont considérées que comme une seule journée, quelle que soit l'heure de l'hospitalisation et celle de la sortie.

Dans ce cas, les frais relatifs aux couvertures de « pré-hospitalisation » et « posthospitalisation » sont offerts sans qu'aucune limite éventuelle prévue au point « Hospitalisation dans un établissement de soins pour intervention chirurgicale importante, selon liste jointe, à la suite d'une maladie ou d'un accident » ne soit appliquée et sont soumis à une limite annuelle égale à **€ 1.000,00**.



LA LIMITE DE FRAIS ANNUELLE POUR LE SECTEUR HOSPITALISATION

Le Plan de Santé prévoit une limite de frais annuelle qui s'élève à **€ 55.000,00** par année d'adhésion et par Adhérent. Cela signifie que si, au cours de l'année, ce montant est atteint, il n'est plus possible de bénéficier de prestations ultérieures. La couverture reprendra l'année suivante pour les événements qui devraient avoir lieu au cours de la nouvelle période. Les événements ayant eu lieu au cours de l'année précédente ne pourront toutefois plus être remboursés.



HAUTE SPECIALISATION

Par dérogation à ce qui est énoncé au Chapitre « Cas de non-applicabilité du Plan » au point 18, le Fonds effectue le paiement des frais pour les prestations extrahospitalières suivantes:

Radiologie conventionnelle (sans produit de contraste)

- Examens radiologiques système ostéo-articulaire
- Mammographie (il est précisé que pour cette prestation, seule la prescription médicale est demandée, pas la pathologie)
- Mammographie bilatérale (il est précisé que pour cette prestation, seule la prescription médicale est demandée, pas la pathologie)
- Panoramique dentaire
- Radiographie de l'ensemble de la colonne vertébrale
- Radiographie organe système
- Radiographie intrabuccale
- Radiographie œsophage
- Radiographie œsophage examen direct
- Radiographie transit du grêle
- Radiographie de l'appareil digestif
- Radiographie de l'appareil digestif supérieur
- Radiographie de l'appareil digestif inférieur

Radiologie conventionnelle (avec produit de contraste)

- Arthrographie
- Bronchographie
- Cavernographie
- Cisternographie
- Cystographie/double contraste
- Cysto-urétrogramme pendant la miction
- Lavement baryté et/à double contraste
- Cholangiographie/cholangiographie percutanée
- Cholangio-pancréatographie rétrograde
- Cholécystographie
- Hystérosonographie
- Coronarographie
- Dacryocystographie
- Défécographie
- Discographie
- Bilan urodynamique
- Fistulographie
- Phlébographie
- Angiographie en fluorescence
- Galactographie
- Hystérosalpingographie et/ou hystérosalpingosonographie et/ou hystérosonographie et/ou salpingosonographie
- Lymphographie
- Myélographie
- Encéphalographie gazeuse
- Tout type d'examen avec produit de contraste en radiologie d'intervention
- Radiographie œsophage avec contraste opaque/double contraste
- Radiographie intestin grêle en double contraste
- Radiographie estomac en double contraste
- Radiographie intestin grêle en double contraste avec examen sélectif
- Radiographie appareil digestif complet y compris œsophage avec produit de contraste
- Sialographie avec produit de contraste
- Splénoportographie
- Urétrocystographie
- Urographie
- Vésiculodéférentographie
- Radiographie du canal de Wirsung

Diagnostic par imagerie

Échographies

- Échographie mammaire
- Échographie pelvienne y compris avec sonde transvaginale
- Échographie de la prostate y compris transrectale

Échographie-doppler couleur

- Échographie-doppler cardiaque y compris couleur
- Échographie-doppler couleur membres inférieurs et supérieurs
- Échographie-doppler couleur aorte abdominale
- Échographie-doppler couleur troncs supra-aortiques

Étude diagnostique de précision par imagerie

Tomographie assistée par ordinateur (ct)

- Angio-CT
- Angio-CT régions exo ou intracrâniennes

- CT en spirale multicouche (64 couches)
- CT avec et sans produit de contraste

Imagerie par résonance magnétique (IRM)

- Imagerie dynamique cardiaque
- Angio-IRM avec produit de contraste
- IRM avec et sans produit de contraste

Pet

- Tomographie par émission de positons (pet) pour organe région appareil

Scintigraphie (médecine nucléaire in vivo)

- Scintigraphie de tout appareil ou organe (y compris la scintigraphie myocardique)
- Médecine nucléaire in vivo
- Tomoscintigraphie SPET myocardique
- Scintigraphie complète du corps avec cellules autologues marquées

Diagnostic instrumental

- Campimétrie
- Électrocardiogramme (ecg) dynamique avec dispositifs analogiques (holter)
- Électroencéphalogramme
- Électroencéphalogramme (eeg) avec privation de sommeil
- Électroencéphalogramme (eeg) dynamique 24 heures
- Électromyogramme (emg)
- Électrorétinogramme
- Monitoring ambulatoire (24 heures) de la pression artérielle
- pH-métrie gastro-œsophagienne
- Potentiels évoqués
- Spirométrie
- Tomographie carte instrumentale de la cornée

Biopsies

- Toutes

Endoscopies diagnostiques et opérationnelles

- Cholangiopancréatographie rétrograde par voie endoscopique diagnostique (c.p.r.e.)
- Cystoscopie diagnostique
- Œsophagogastroduodénoscopie
- Coloscopie diagnostique
- Rectoscopie diagnostique
- Rectosigmoïdoscopie diagnostique
- Trachéobronchoscopie diagnostique

Divers

- Biopsie du ganglion sentinelle
- Gazométrie artérielle
- Thérapie laser à des fins kinésithérapiques
- Lavage broncho-alvéolaire endoscopique
- Recherche du ganglion sentinelle et point de repère

Traitements

- Chimiothérapie
- Radiothérapie
- Dialyse

Pour l'activation de la couverture, une ordonnance médicale contenant la demande de diagnostic ou la pathologie qui a rendu nécessaire la prestation en elle-même est nécessaire.

En cas d'utilisation de structures de santé conventionnées et de personnel conventionné par UniSalute pour le Fonds Sanedil, les frais pour les prestations fournies à l'Adhérent sont liquidés directement par le Fonds Sanedil, par l'intermédiaire d'UniSalute, aux structures mêmes, en laissant une part à la charge de l'Adhérent de **€ 45,00** pour chaque contrôle diagnostique ou cycle de traitement, qui devra être versée par l'Adhérent à la structure conventionnée au moment du bénéfice de la prestation. De plus, l'Adhérent devra présenter à la structure l'ordonnance de son médecin traitant contenant la pathologie ou la demande de diagnostic.

L'utilisation de structures de santé non conventionnées ou avec du personnel non conventionné n'est autorisée que dans le cas où l'Adhérent serait domicilié ou résident dans une province dépourvue de structures de santé conventionnées. En cas d'utilisation de structures non conventionnées, les frais engagés sont remboursés avec l'application d'un minimum non indemnisable de **€ 45,00** pour chaque contrôle diagnostique ou cycle de traitement. Pour obtenir le remboursement de la part du Fonds, il est nécessaire que l'Adhérent joigne à la copie de la facture la copie de la demande du médecin traitant contenant la pathologie ou la demande de diagnostic.

Dans le cas où l'Adhérent utiliserait le Service National de Santé, le Fonds rembourse les tickets modérateurs à la charge de l'Adhérent avec l'application d'un minimum non indemnisable égal à **€ 20,00** par prestation/cycle de traitement.

La disponibilité annuelle pour la présente couverture est de **€ 3.000,00** par Adhérent.

Pour les prestations « Endoscopies diagnostiques et opérationnelles », une sous-limite annuelle de **€ 300,00** par Adhérent est prévue.



VISITES SPECIALISEES

Le Fonds Sanedil, par l'intermédiaire d'UniSalute, effectue le paiement des frais pour visites spécialisées à la suite de maladie ou d'accident avec l'exclusion des visites odontologiques et orthodontiques. Seule une première visite psychiatrique afin de vérifier la présence d'une éventuelle pathologie est comprise dans la couverture.

Pour l'activation de la couverture, une ordonnance médicale contenant la demande de diagnostic ou la pathologie qui a rendu nécessaire la prestation en elle-même est nécessaire.

Les documents de frais (factures et reçus) doivent reporter l'indication de la spécialité du médecin, laquelle, aux fins du remboursement, devra être liée à la pathologie déclarée.

En cas d'utilisation de structures de santé conventionnées et de personnel conventionné par UniSalute pour le Fonds Sanedil, les frais pour les prestations fournies à l'Adhérent sont liquidés directement par le Fonds Sanedil aux structures mêmes avec l'application d'un minimum non indemnisable égal à **€ 35,00** pour chaque visite spécialisée.

L'utilisation de structures de santé non conventionnées ou avec du personnel non conventionné n'est autorisée que dans le cas où l'Adhérent serait domicilié ou résident dans une province dépourvue de structures de santé conventionnées. Dans le cas où l'Adhérent s'adresserait à des structures de santé non conventionnées ou à du personnel non conventionné, les frais engagés sont remboursés avec l'application d'un minimum non indemnisable de € 35,00 pour chaque visite spécialisée.

Dans le cas où l'Adhérent utiliserait le Service National de Santé, le Fonds rembourse les tickets modérateurs à la charge de l'Adhérent avec l'application d'un minimum non indemnisable égal à € 20,00 pour chaque visite spécialisée.

La disponibilité annuelle pour la présente couverture est de € 300,00 par Adhérent.



TICKETS MODERATEURS POUR CONTROLES DIAGNOSTIQUES ET SERVICE D'URGENCE

Le Fonds effectue le remboursement des tickets modérateurs à la charge de l'Adhérent à la suite d'une maladie ou d'un accident effectués au sein du Service National de Santé et avec l'application d'un minimum non indemnisable égal à € 20,00 pour chaque ticket modérateur:

- pour contrôles diagnostiques (non prévus au point 4. « Haute spécialisation »);
- pour le service d'urgence;

La disponibilité annuelle pour la présente couverture est de € 300,00 par Adhérent.



SOINS DE KINESITHERAPIE ET DE REEDUCATION

La disponibilité annuelle pour l'ensemble des prestations indiquées ci-dessous aux points « Soins de kinésithérapie et de rééducation à la suite d'un accident » et « Soins de kinésithérapie et de rééducation à la suite d'une pathologie temporairement invalidante » correspond à € 150,00 par Adhérent.

En cas d'utilisation de structures de santé conventionnées et de personnel conventionné par UniSalute pour le Fonds Sanedil, les frais pour les prestations fournies à l'Adhérent sont liquidés directement par le Fonds Sanedil aux structures mêmes avec l'application d'un minimum non indemnisable égal à € 35,00 pour chaque cycle de traitement.

L'utilisation de structures de santé non conventionnées ou avec du personnel non conventionné n'est autorisée que dans le cas où l'Adhérent serait domicilié ou résident dans une province dépourvue de structures de santé conventionnées. Dans le cas où l'Adhérent s'adresserait à des structures de santé non conventionnées ou à du personnel non conventionné, les frais engagés sont remboursés avec l'application d'un minimum non indemnisable de € 35,00 pour chaque cycle de traitement.

Dans le cas où l'Adhérent utiliserait le Service National de Santé, le Fonds rembourse les tickets modérateurs à la charge de l'Adhérent avec l'application d'un minimum non indemnisable égal à **€ 20,00** pour chaque cycle de traitement.



SOINS DE KINÉSITHÉRAPIE ET DE RÉÉDUCATION À LA SUITE D'UN ACCIDENT

Par dérogation à ce qui est énoncé au Chapitre « Cas de non-applicabilité du Plan » au point 18, le Fonds effectue le paiement des frais liés aux soins de kinésithérapie, à la suite d'un accident, exclusivement à des fins de rééducation, en présence d'un certificat du service d'urgence, à condition qu'ils soient prescrits par le médecin « de famille » ou par un spécialiste dont la spécialisation est liée à la pathologie déclarée et qu'ils soient effectués par du personnel médical ou par un professionnel de santé habilité à effectuer des soins de rééducation dont le titre devra être prouvé par la note de frais.

Les prestations effectuées dans les salles de sport, clubs de gym et de sport, centres esthétiques, hôtels de santé, hôtels médicaux, centres de bien-être, y compris si un centre médical y est annexé, ne sont pas couvertes.



SOINS DE KINÉSITHÉRAPIE ET DE RÉÉDUCATION À LA SUITE D'UNE PATHOLOGIE TEMPORAIREMENT INVALIDANTE

Par dérogation à ce qui est énoncé au Chapitre « Cas de non-applicabilité du Plan » au point 18, le Fonds effectue le paiement des frais liés aux soins de kinésithérapie, à la suite d'une pathologie temporairement invalidante selon la liste ci-jointe, exclusivement à des fins de rééducation à condition qu'ils soient prescrits par le médecin « de famille » ou par un spécialiste dont la spécialisation est liée à la pathologie déclarée et qu'ils soient effectués par du personnel médical ou par un professionnel de santé habilité à effectuer des soins de rééducation dont le titre devra être prouvé par la note de frais.

Les prestations effectuées dans les salles de sport, clubs de gym et de sport, centres esthétiques, hôtels de santé, hôtels médicaux, centres de bien-être, y compris si un centre médical y est annexé, ne sont pas couvertes.

Liste des pathologies à la suite desquelles la couverture est prévue:

- Maladies cardiovasculaires temporairement invalidantes
- Maladies neurologiques temporairement invalidantes
- Interventions de prothésisation des membres temporairement invalidantes
- Fractures pathologiques de haut grade temporairement invalidantes



PRESTATIONS ODONTOLOGIQUES SPECIALES

Par dérogation à ce qui est énoncé au Chapitre « Cas de non-applicabilité du Plan » au point 3, le Fonds effectue le paiement du « forfait » de prestations odontologiques spéciales que l'Adhérent peut utiliser une fois par an au sein de structures de santé conventionnées par UniSalute pour le Fonds Sanedil après réservation. Les prestations qui constituent le « forfait », indiquées ci-dessous, sont conçues pour contrôler

l'éventuelle existence d'états pathologiques, qui ne seraient pas encore déclarés. Il est nécessaire qu'elles soient particulièrement recommandées pour des sujets qui auraient développé des cas d'antécédents familiaux.

Élimination du tartre avec éventuelle visite de contrôle par l'intermédiaire d'ultrasons, ou, comme solution alternative, si nécessaire, en ayant recours à un autre type de traitement pour l'hygiène buccale.

Dans le cas où, à cause d'un état clinique particulier et/ou pathologie de l'Adhérent, le médecin relèverait, en accord avec le Fonds, la nécessité d'effectuer une seconde séance d'élimination du tartre au cours de la même année d'adhésion, le Fonds s'engagera à liquider également cette seconde prestation, selon les modalités indiquées ci-dessous, de façon analogue à ce qui aura été fait au cours de la prestation précédente. En cas d'utilisation d'une structure de santé conventionnée par UniSalute pour le Fonds Sanedil, il faut préalablement informer UniSalute au sujet de cette seconde séance.

Toute prestation ultérieure, si requise, telle que par exemple la fluoration, le polissage des racines, le polissage des sillons, etc. reste en revanche à la charge de l'Adhérent.

En cas d'utilisation de structures de santé conventionnées et de personnel conventionné par UniSalute pour le Fonds Sanedil, les frais pour les prestations fournies à l'Adhérent sont liquidés directement par le Fonds Sanedil aux structures mêmes avec l'application d'un montant non couvert de **40%** qui devra être versé par l'Adhérent à la structure de santé au moment de l'émission de la facture.



IMPLANTOLOGIE

Par dérogation à ce qui est énoncé au Chapitre «Cas de non-applicabilité du Plan» au point 3, le Fonds effectue le paiement des frais pour les prestations indiquées ci-dessous.

La disponibilité annuelle pour les prestations d'implantologie dentaire est de **€ 1.200,00**.

En cas d'utilisation de structures de santé conventionnées et de personnel conventionné par UniSalute pour le Fonds Sanedil, les frais pour les prestations fournies à l'Adhérent sont liquidés directement par le Fonds aux structures mêmes sans l'application d'aucun montant non indemnisable.

Dans le cas où l'Adhérent utiliserait le Service National de Santé, le Fonds rembourse les tickets modérateurs à la charge de l'Adhérent sans l'application d'aucun montant non indemnisable.

Il est précisé que:

- aux fins de la liquidation, les radiographies et les comptes-rendus radiologiques précédents et successifs à l'installation des implants devront être présentés.



APPLICATION DE TROIS IMPLANTS OU PLUS

La couverture opère en cas d'application de trois implants ou plus prévus par le même plan de soins.

Le positionnement de l'implant, l'élément définitif, l'élément provisoire et le pivot/moi-
gnon relatifs aux 3 implants ou plus sont couverts.

- › Dans le cas où le coût total des prestations comprises dans le plan de soins serait supérieur à la limite de frais à disposition susmentionnée, le montant excédentaire devra être directement versé par l'Adhérent à la structure conventionnée.



APPLICATION DE DEUX IMPLANTS

En cas d'application de deux implants prévus par le même plan de soins, une sous-limite de frais annuel de **€ 750,00** est prévue.

Le positionnement de l'implant, l'élément définitif, l'élément provisoire et le pivot/moi-
gnon relatifs aux 2 implants sont couverts.

Dans le cas où le coût total des prestations comprises dans le plan de soins serait supérieur à la limite de frais à disposition susmentionnée, le montant excédentaire devra être directement versé par l'Adhérent à la structure conventionnée.

- › Dans le cas où, au cours de la même annualité de la couverture, après avoir activé la couverture prévue au point « Application d'un implant », la pose d'un second implant se révélerait nécessaire, ce dernier sera liquidé dans le cadre de la sous-limite de **€ 750,00** prévue dans cette couverture, à l'exclusion de ce qui aura déjà été autorisé ou liquidé.



APPLICATION D'UN IMPLANT

En cas d'application d'un implant prévu par le plan de soins, une sous-limite de frais annuelle de **€ 375,00** est prévue.

Le positionnement de l'implant, l'élément définitif, l'élément provisoire et le pivot/moi-
gnon relatifs à l'implant sont couverts.

- › Dans le cas où le coût total des prestations comprises dans le plan de soins serait supérieur à la limite de frais à disposition susmentionnée, le montant excédentaire devra être directement versé par l'Adhérent à la structure conventionnée.



AVULSION JUSQU'À UN MAXIMUM DE 4 DENTS (UNIQUEMENT SI RENDUE NÉCESSAIRE PAR UNE PRESTATION D'IMPLANTOLOGIE)

La couverture opère en cas d'avulsion rendue nécessaire par une prestation d'im-
plantologie jusqu'à un maximum de 4 dents par an.

En cas d'utilisation de structures conventionnées, il est précisé que:

- › Dans le cas où le nombre total des prestations comprises dans le plan de soins serait supérieur au nombre susmentionné, le coût relatif devra être directement versé par l'Adhérent à la structure conventionnée.



INTERVENTIONS CHIRURGICALES ODONTOLOGIQUES HORS HOSPITALISATION

Par dérogation à ce qui est énoncé au Chapitre «Cas de non-applicabilité du Plan»
au point 3, le Fonds liquide les frais engagés pour les interventions chirurgicales con-
sécutives aux pathologies suivantes, y compris les prestations d'implantologie den-
taire, également si elles succèdent à des interventions chirurgicales ayant eu lieu

hors couverture du Plan de santé, à condition qu'elles découlent également des pathologies suivantes:

- adamantinome
- abcès dentaire en présence d'instrument endodontique dans la lumière canalaire
- kystes folliculaires
- kystes radiculaires
- odontome
- retrait d'un implant déplacé à l'intérieur du sinus maxillaire

Pour l'activation de la couverture, une ordonnance médicale contenant la demande de diagnostic ou la pathologie qui a rendu nécessaire la prestation en elle-même est nécessaire.

La documentation sanitaire nécessaire pour obtenir la liquidation des frais engagés consiste en:

- radiographies et comptes-rendus radiologiques pour retrait d'implant déplacé à l'intérieur du sinus maxillaire et abcès dentaire en présence d'instrument endodontique dans la lumière canalaire, délivrés par un Médecin Chirurgien spécialisé en Radiologie diagnostique;
- radiographies et comptes-rendus radiologiques délivrés par un Médecin Chirurgien spécialisé en Radiologie diagnostique et comptes-rendus histologiques délivrés par un Médecin Chirurgien spécialisé en Anatomie Pathologique, en cas de kystes folliculaires et kystes radiculaires, adamantinome, odontome.

La disponibilité annuelle pour la présente couverture est de
€ 1.200,00 par Adhérent.

En cas d'utilisation de structures de santé conventionnées et de personnel conventionné par UniSalute pour le Fonds Sanedil, les frais pour les prestations fournies à l'Adhérent sont liquidés directement par le Fonds aux structures mêmes sans l'application d'aucun montant non indemnisable.

Dans le cas où l'Adhérent utiliserait le Service National de Santé, le Fonds rembourse les tickets modérateurs à la charge de l'Adhérent sans l'application d'aucun montant non indemnisable.



SOINS ODONTOLOGIQUES CONSERVATEURS

Par dérogation à ce qui est énoncé au Chapitre «Cas de non-applicabilité du Plan» au point 3, le Fonds effectue le paiement de prestations pour des soins odontologiques conservateurs.

En cas d'utilisation de structures de santé conventionnées et de personnel conventionné par UniSalute pour le Fonds Sanedil, les frais pour les prestations fournies à l'Adhérent sont liquidés directement par le Fonds aux structures mêmes avec l'application d'un montant non couvert de **40%** qui devra être versé par l'Adhérent à la structure de santé conventionnée au moment de l'émission de la facture.

Dans le cas où l'Adhérent utiliserait le Service National de Santé, le Fonds rembourse intégralement les tickets modérateurs à la charge de l'Adhérent.

La disponibilité annuelle pour la présente couverture est de **€ 60,00** par Adhérent.



PRESTATIONS DIAGNOSTIQUES SPECIALES

Le Fonds effectue le paiement des prestations mentionnées ci-dessous effectuées une fois par an dans des **structures de santé conventionnées** et **par du personnel conventionné par UniSalute pour le Fonds Sanedil**.

Les prestations prévues, conçues pour contrôler l'éventuelle existence d'états pathologiques qui ne seraient pas encore déclarés, doivent être particulièrement recommandées pour des sujets qui auraient développé des cas d'antécédents familiaux. Les prestations prévues doivent être effectuées en une seule fois.

Forfait Base Femme/Homme à partir de 18 ans

- Alanine aminotransférase ALT
- Aspartate aminotransférase AST
- Cholestérol HDL
- Cholestérol total
- Créatinine
- Examen hémochromocytométrique et morphologique complet
- Gamma-GT
- Glycémie
- Triglycérides
- Temps de thromboplastine partielle (PTT)
- Temps de prothrombine (PT)
- Urée
- Vitesse de sédimentation (VS)
- Urine; examen chimique, physique et microscopique

Pour les femmes à partir de 18 ans:

- Test Pap



PROTHESES ORTHOPEDIQUES ET AUDITIVES

Le Fonds rembourse les frais pour l'achat de prothèses orthopédiques et auditives. L'ordonnance reportant l'indication du motif est nécessaire.

Les frais engagés sont remboursés avec un montant non couvert de **20%** avec un minimum non indemnisable de **€ 100,00** par facture/personne.

La disponibilité annuelle pour la présente couverture
est de **€ 300,00** par Adhérent.



LUNETTES/LENTILLES

Le Fonds rembourse à l'Adhérent les frais engagés pour les verres correcteurs de lunettes ou pour les lentilles de contact.

Le Fonds remboursera les frais engagés avec l'application d'un minimum non indemnisable de **€ 50,00** par facture/personne.

Pour l'activation, la certification du médecin ophtalmologiste du Service National de Santé ou ophtalmologiste privé attestant la variation de l'acuité visuelle est nécessaire.

La disponibilité annuelle pour la présente couverture est de **€ 30,00** par Adhèrent.



INCAPACITE GRAVE DETERMINEE PAR UNE INVALIDITE PERMANENTE DUE A UN ACCIDENT DU TRAVAIL OU MALADIES GRAVES

Le Fonds rembourse les frais de santé et/ou la fourniture de services d'assistance pour des états de grave incapacité causés par un accident (sur le lieu de travail) qui détermine une invalidité permanente supérieure à 50 % (tableau de référence I.N.A.I.L., Institut national d'assurance contre les accidents du travail) ou causés par une des maladies graves suivantes:

- Accident vasculaire cérébral;
- Sclérose en plaques;
- Paralyse;
- Greffe du cœur, foie, poumon, rein, moelle osseuse ou pancréas;
- Mucoviscidose;
- Ischémie des artères vertébrales.

Il est précisé que la couverture n'est applicable que dans les cas suivants: l'accident du travail doit être documenté par certification du service d'urgence et doit avoir eu lieu pendant l'applicabilité du Plan de santé; les maladies graves énumérées doivent s'être déclarées au cours de l'applicabilité du Plan de santé;

Il est précisé que dans le calcul du pourcentage d'invalidité permanente, seules les conséquences directes de l'accident seront prises en compte, sans tenir compte du préjudice plus important dérivant d'états altérés coexistants.

La disponibilité annuelle pour la présente couverture est de **€ 4.200,00** par Adhèrent.

Il est possible de bénéficier de cette limite de frais au cours des trois premières années de ce Plan de santé.



SERVICE MONITOR SALUTE

UniSalute, par l'intermédiaire du Fonds, offre aux adhérents de plus de 40 ans un service de monitoring des paramètres cliniques pour les maladies chroniques suivantes: maladies respiratoires chroniques (asthme bronchique et BPCO), hypertension et diabète.

UniSalute, par l'intermédiaire du Fonds, met à disposition un système technologique avancé qui permet de mesurer les paramètres cliniques directement à domicile.

Après avoir rempli un questionnaire, le patient reçoit gratuitement un dispositif médical pour effectuer les mesures directement depuis son domicile.

Les valeurs des patients sont contrôlées en permanence par un centre opérationnel composé d'infirmiers spécialisés qui interviennent dans le cas où des alertes cliniques se présenteraient et exercent une fonction de coaching et de formation visant

à soutenir l'empowerment du patient.

L'avantage pour le patient est celui d'améliorer la gestion de sa pathologie grâce à une plus grande implication dans son plan de soins et à une meilleure prise de conscience de son état de santé.



VISITES SPÉCIALISÉES ET CONTRÔLES DIAGNOSTIQUES POUR MALADIES CHRONIQUES

Pour les Adhérents qui ont commencé à adhérer au programme de surveillance de la chronicité, le Fonds effectue le paiement des frais pour les visites spécialisées et pour les contrôles diagnostiques étroitement liés aux maladies chroniques dont souffrent les Adhérents, selon les modalités indiquées ci-dessous.

Pour l'activation de la couverture, une ordonnance médicale contenant la demande de diagnostic ou la pathologie qui a rendu nécessaire la prestation en elle-même est nécessaire.

En cas d'utilisation de structures de santé conventionnées et de personnel conventionné par UniSalute pour le Fonds Sanedil, les frais pour les prestations fournies à l'Adhérent sont liquidés directement par le Fonds aux structures mêmes sans l'application d'aucun montant non indemnisable.

Dans le cas où l'Adhérent serait domicilié dans une province dépourvue de structures de santé conventionnées avec UniSalute, il pourra s'adresser à des structures de santé non conventionnées ou à personnel non conventionné avec UniSalute; les frais engagés sont remboursés sans l'application d'aucun montant non couvert ni franchise.

Dans le cas où l'Adhérent utiliserait le Service National de Santé, le Fonds rembourse intégralement les tickets modérateurs à la charge de l'Adhérent.

La disponibilité annuelle pour la présente couverture est de **€ 300,00** par Adhérent.



MATERNITE/GROSSESSE

Le Fonds effectue le paiement des frais suivants pour le contrôle au cours de la grossesse:

- les échographies, au nombre maximal de 2.

En cas d'utilisation de structures de santé conventionnées et de personnel conventionné par UniSalute pour le Fonds Sanedil, les frais pour les prestations fournies à l'Adhérente sont liquidés directement par le Fonds aux structures mêmes sans l'application d'aucun montant non indemnisable.

Dans le cas où l'Adhérente utiliserait le Service National de Santé, le Fonds rembourse intégralement les tickets modérateurs à la charge de l'Adhérente



SECTION COVID-19



INDEMNITÉ JOURNALIÈRE D'HOSPITALISATION EN CAS DE POSITIVITÉ À LA COVID-19 (CORONAVIRUS)

Le Fonds s'engage à verser pour chaque jour d'hospitalisation dans un établissement de soins à la suite d'un sinistre s'étant produit au cours de l'applicabilité du Plan de santé dans lequel résulterait une positivité au virus COVID-19 (test positif au Coronavirus), une indemnité journalière de **€ 40,00** avec un maximum de 30 jours indemnisables au cours de la période d'adhésion pour chaque Adhérent.

Le jour d'entrée et celui de sortie ne sont comptés que comme un seul jour.



INDEMNITÉ JOURNALIÈRE POSTHOSPITALISATION À LA SUITE DE SOINS INTENSIFS À CAUSE DE LA COVID-19 (CORONAVIRUS)

A la suite de la sortie de l'hôpital et exclusivement dans le cas où, au cours de l'hospitalisation, le recours aux soins intensifs avec intubation de l'Adhérent aurait été nécessaire, une indemnité journalière pour la convalescence pour un montant total égal à **€ 40,00** pendant 30 jours est prévue.

LES INDEMNITES VISEES AUX POINTS PRECEDENTS 6.16.1 ET 6.16.2 NE SONT PAS CUMULABLES ENTRE ELLES.



PRESTATIONS AVEC TARIFS PREFERENTIELS UNISALUTE

Dans le cas où une prestation ne serait pas couverte car non prévue par le Plan de santé, ou dans le cas où la limite de frais annuelle serait atteinte ou inférieure aux minima non indemnisables et qu'elle resterait totalement à la charge de l'Adhérent, il est toutefois possible de demander au centre opérationnel la réservation de la prestation et l'envoi à la structure, choisie parmi celles faisant partie du réseau, d'un fax qui permettra d'obtenir l'application de tarifs réservés aux Adhérents UniSalute, ce qui permettra d'économiser par rapport à la grille tarifaire habituellement prévue.



CAS DE NON-APPLICABILITE DU PLAN

Le Plan de santé ne comprend pas l'ensemble des événements attribuables au type de couverture prévue; dans notre cas, les frais engagés pour les prestations de santé assurées ne sont pas tous couverts par le Plan de santé.

Le Plan de santé n'est pas applicable dans les cas suivants:

1. les soins et/ou les interventions pour l'élimination ou la correction de défauts physiques* ou de malformations** préexistants à la signature du Plan de santé à l'exception de ce qui est indiqué au point « Nouveau-nés »;
2. le soin des maladies mentales et des troubles psychiques en tout genre, y compris les comportements névrotiques;
3. les prothèses dentaires, le soin des parodontopathies, les soins dentaires et les contrôles odontologiques;
4. les prestations médicales à des fins esthétiques (à l'exception des interventions de chirurgie plastique de reconstruction rendus nécessaires à la suite d'accidents ou d'interventions d'ablation ayant eu lieu au cours de l'applicabilité du Plan de santé);
5. les hospitalisations et les hospitalisations de jour au cours desquelles sont effectués des soins (y compris des thérapies physiques ou l'administration de médicaments) ou contrôles diagnostiques qui, par leur nature technique, peuvent également être effectués en régime ambulatoire;
6. les contrôles pour infertilité et pratiques médicales visant à la fécondation artificielle;
7. les hospitalisations causées par la nécessité de l'Adhérent de bénéficier de l'assistance de tiers pour effectuer les gestes élémentaires de la vie quotidienne ainsi que les hospitalisations de longue durée;
8. on entend par hospitalisations de longue durée celles déterminées par un état physique de l'Adhérent qui ne permet plus de guérir à l'aide de soins médicaux et pour lesquelles le séjour dans un établissement de soins est nécessaire pour des interventions d'assistance ou de kinésithérapie de conservation;
9. les interventions pour remplacement de prothèses orthopédiques de tout type;
10. le traitement des maladies consécutives à l'abus d'alcool et de psychotropes, ainsi qu'à l'usage non thérapeutique de substances stupéfiantes ou hallucinogènes;
11. les accidents consécutifs à l'abus d'alcool et de psychotropes, ainsi qu'à l'usage non thérapeutique de substances stupéfiantes ou hallucinogènes;
12. les accidents dérivant de la pratique de sports extrêmes et dangereux, tels que par exemple, les sports aériens, les sports mécaniques, les sports automobiles, l'escalade à mains nues, le rafting et l'alpinisme extrême, ainsi que de la participation aux compétitions relatives et séances d'entraînement, qu'elles soient officielles ou pas;
13. les accidents causés par des actions criminelles effectuées par l'Adhérent;
14. les conséquences dues à une tentative de suicide, automutilation et actions délictueuses commises par l'Adhérent avec dol ou faute lourde;
15. les conséquences directes ou indirectes de transmutation nucléaire due à des radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules atomiques et d'exposition à des rayonnements ionisants;
16. les conséquences de guerre, insurrections, tremblements de terre, éruptions volcaniques et événements atmosphériques;
17. les prestations non reconnues par la médecine officielle ainsi que les soins à caractère expérimental et les médicaments biologiques;
18. tous les traitements médicaux, y compris les injections intravitréennes;
19. les conséquences directes ou indirectes de pandémies.

Dans les limites des prestations prévues aux points relatifs aux couvertures odontologiques, le Plan de santé n'est pas applicable dans les cas suivants:

- prothèses esthétiques
- traitements dérivant de conséquences de maladies psychiatriques.

Dans les limites des prestations prévues au point « Incapacité grave déterminée par une invalidité permanente due à un accident du travail ou à des maladies graves », en plus des exclusions susmentionnées, le Plan de santé n'est pas applicable pour les conséquences:

- Les invalidités permanentes dues à des maladies mentales et à des troubles psychiques et du comportement en général, y compris les comportements névrotiques, psychoses, dépressions et leurs conséquences, sont exclus;
- Les accidents précédents et les maladies qui se seraient manifestées préalablement à l'applicabilité du Plan de santé.

*Par défaut physique, on entend l'altération de la structure morphologique normale d'un organisme ou de parties de ses organes à la suite d'états morbides ou traumatiques acquis.

**Par malformation, on entend l'altération de la structure morphologique normale d'un organisme ou de parties de ses organes à la suite d'états morbides congénitaux.



QUELQUES PRECISIONS IMPORTANTES



EXTENSION TERRITORIALE

Le Plan de santé est valable dans le monde entier avec les mêmes modalités avec lesquelles il est applicable en Italie.



LIMITES D'AGE

Le Plan de santé peut être signé ou renouvelé jusqu'à ce que l'Adhérent atteigne **70 ans**, et cesse automatiquement à la première échéance annuelle successive, dès que l'Adhérent atteint l'âge de **71 ans**.



GESTION DES NOTES DE FRAIS (FACTURES ET RECUS)

A) Prestations dans des structures de santé conventionnées par UniSalute pour le Fonds Sanedil

La documentation relative aux frais engagés pour des prestations de santé effectuées dans des structures de santé conventionnées est directement remise par la structure à l'Adhérent.

B) Prestations dans des structures de santé non conventionnées

La documentation relative aux frais engagés reçue en copie est conservée et jointe aux demandes de remboursement conformément à la loi. Dans le cas où le Fonds demanderait à l'Adhérent de présenter les originaux, seule la documentation éventuellement reçue en original sera restituée mensuellement.

La documentation jointe à la demande de remboursement (factures, reçus, ordonnances médicales, dossiers médicaux, etc.) doit être envoyée en copie. Le Fonds pourra, à sa discrétion exclusive, demander à tout moment, pour les vérifications appropriées, l'envoi de la documentation en original. Rappelons qu'en cas de réception de documents faux ou contrefaits, le Fonds en informera immédiatement les autorités judiciaires compétentes pour les vérifications appropriées et la vérification d'éventuelles responsabilités pénales.



ATTENTION

Les demandes de remboursement doivent être transmises dans un délai de deux ans à partir de la date de la facture ou de la note de frais relative à la prestation reçue. Pour les hospitalisations, le délai prend effet à partir de la date de sortie de l'hôpital. Les factures et les notes de frais transmises au-delà des deux ans ne seront pas remboursées.



LISTE DES INTERVENTIONS CHIRURGICALES

Toute néoplasie maligne d'organe ou d'appareil. Le diagnostic pour la prise en charge et le remboursement successif devra être supporté par une certification biopsique, histologique ou cytologique. Bien entendu, les interventions avec diagnostic de malignité confirmée histologiquement après l'intervention seront également admissibles.

NEUROCHIRURGIE

- Interventions de neurochirurgie par voie craniotomique ou trans-orale
- Interventions de cranioplastie
- Intervention sur l'hypophyse par voie transsphénoïdale
- Ablation de tumeurs de l'orbite
- Ablation de processus expansifs du rachis (intra et/ou extramédullaires)
- Interventions pour hernie discale et/ou pour myélopathies d'autre nature au niveau cervical par voie antérieure ou postérieure
- Interventions sur le plexus brachial

OPHTALMOLOGIE

- Intervention d'énucléation du globe oculaire
- Cataracte et interventions sur le cristallin avec vitrectomie éventuelle

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

- Ablation de tumeurs parapharyngées, de la luette (intervention d'uvulectomie) et des cordes vocales (intervention de cordectomie)
- Reconstruction de la chaîne ossiculaire
- Intervention pour neurinome de la huitième paire crânienne

CHIRURGIE DU COU

- Thyroïdectomie totale

CHIRURGIE DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

- Interventions pour fistules bronchiques
- Interventions pour échinococcose pulmonaire
- Pneumonectomie totale ou partielle
- Interventions pour polypose nasale

CHIRURGIE CARDIOVASCULAIRE

- Interventions sur le cœur par thoracotomie
- Interventions sur les grands vaisseaux thoraciques par thoracotomie
- Interventions sur l'aorte abdominale par laparotomie
- Endartériectomie de l'artère carotide et de l'artère vertébrale
- Décompression de l'artère vertébrale dans le foramen transverse
- Interventions pour anévrysmes: résection et greffe avec prothèses
- Ablation de tumeur du glomus carotidien
- Saphénectomie pour grands vaisseaux (uniquement varices de la grande saphène)

CHIRURGIE DE L'APPAREIL DIGESTIF

- Chirurgie bariatrique Sleeve Gastrectomy pour IMC supérieur à 40
- Interventions de résection (totale ou partielle) de l'œsophage
- Interventions avec œsophagoplastie
- Intervention pour mégacœsophage
- Intervention pour fistule gastro-jéjunale-colique
- Colectomies totales, hémicolectomies et résections rectocoliques par voie antérieure (avec ou sans colostomie)
- Interventions d'amputation du rectum-anus
- Interventions pour mégacôlon par voie antérieure ou abdomino-périnéale
- Exérèses de tumeurs de l'espace rétropéritonéal
- Drainage d'abcès hépatique
- Hernie inguinale et fémorale (à l'exclusion de toutes les autres hernies de la paroi abdominale)
- Interventions pour échinococcose hépatique
- Résections hépatiques
- Résection gastrique pour ulcères non soignables par traitement pharmacologique
- Nouvelles interventions pour reconstruction de voies biliaires
- Interventions chirurgicales pour hypertension portale
- Interventions pour pancréatite aiguë ou chronique par laparotomie
- Interventions pour kystes, pseudo-kystes ou fistules pancréatiques par laparotomie

UROLOGIE

- Surrénalectomie
- Interventions de reconstruction de la vessie avec ou sans urétérosigmoïdostomie
- Lithiase urinaire

GYNECOLOGIE

- Hystérectomie avec éventuelle annexectomie

ORTHOPEDIE ET TRAUMATOLOGIE

- Interventions pour côte cervicale
- Interventions de stabilisation vertébrale
- Interventions de résection de corps vertébraux
- Traitement des dysmétries et/ou des déviations des membres inférieurs avec implants externes
- Interventions de destruction pour ablation de tumeurs osseuses
- Interventions de prothésisation de l'épaule, du coude, de la hanche ou du genou
- Interventions au canal carpien et doigt à ressaut

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

- Interventions de chirurgie oro-maxillo-faciale pour mutilations du visage à la suite d'un accident qui impliqueraient une réduction des capacités fonctionnelles supérieure à 25 %

GREFFES D'ORGANE

- Toutes



FONDS SANEDIL

Fonds de Santé pour les Travailleurs du Secteur du Bâtiment

Via G. A. Guattani 24, 00161 Roma

WWW.FONDOSANEDIL.IT