

PLUS

san  **edil**
FONDO SANITARIO LAVORATORI EDILI

MINI GUIDE

au **Plan de santé**

FONDO SANEDIL

Fonds de Santé
pour les Travailleurs
du Secteur du Bâtiment



*Les prestations du plan
sont assurées par.*

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

MINI GUIDE

au **Plan de santé**

FONDO SANEDIL

Fonds de Santé
pour les Travailleurs
du Secteur du Bâtiment

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.

PLUS

MINI GUIDE

au Plan de santé



HOSPITALISATION DANS UN ETABLISSEMENT DE SOINS POUR UNE INTERVENTION CHIRURGICALE IMPORTANTE (SELON LISTE JOINTE DANS LE GUIDE AU PLAN DE SANTE), A LA SUITE D'UNE MALADIE OU D'UN ACCIDENT

En cas d'hospitalisation dans un établissement de soins pour une intervention chirurgicale importante (voir liste des interventions dans le Guide au Plan de santé sur le site www.fondosanedil.it), le Plan de santé couvre les frais pour: pré-hospitalisation dans les 50 jours précédents, intervention chirurgicale, assistance médicale, médicaments et soins, frais d'hospitalisation, accompagnateur, assistance infirmière privée individuelle, posthospitalisation dans les 50 jours successifs, transport sanitaire, greffes, interventions chirurgicales effectuées au cours des 3 premières années de vie du nouveau-né pour la correction de malformations congénitales.

- **Dans des structures de santé conventionnées par UniSalute pour le Fonds Sanedil et médecins conventionnés**

Les frais sont directement et intégralement liquidés aux structures par le Fonds Sanedil, par l'intermédiaire d'UniSalute, à l'exception des couvertures qui prévoient des limites spécifiques.

- **Dans des structures de santé non conventionnées par UniSalute pour le Fonds Sanedil ou médecins non conventionnés**

Dans le cas où l'Adhérent serait domicilié

dans une province dépourvue de structures de santé conventionnées, les frais sont remboursés dans la limite de **€ 10.000,00** par intervention avec un montant non couvert de 20 % avec un minimum non indemnisable de **€ 2.000,00** par intervention.

- **Dans des structures du Service National de Santé**

Les frais pour le service hôtelier ou pour les tickets modérateurs à la charge de l'Adhérent sont intégralement remboursés.

- **Indemnité de substitution avec pré-hospitalisation et posthospitalisation**

Si l'Adhérent ne demande aucun remboursement ni pour l'hospitalisation, ni pour une autre prestation liée, il peut bénéficier d'une indemnité de **€ 150** pour chaque jour d'hospitalisation pour une durée maximale de 90 jours.

Les frais relatifs aux couvertures de « pré-hospitalisation » et « posthospitalisation » sont offerts sans les éventuelles limites prévues au point « Hospitalisation dans un établissement de soins pour intervention chirurgicale importante à la suite d'une maladie ou d'un accident » et soumis à une limite de frais annuelle égale à **€ 1.000,00**.

**Somme maximale annuelle à disposition:
€ 90.000 par Adhérent.**



HAUTE SPECIALISATION

Le Plan de santé couvre les frais pour une série de prestations extrahospitalières comme par exemple: mammographie, chimiothérapie, dialyse, IRM, scintigraphie (voir liste complète dans le Guide au Plan de santé sur le site www.unisalute.it ou sur www.fondosanedil.it).

Pour bénéficier de la couverture, l'ordonnance médicale avec la demande de diagnostic ou la pathologie qui a rendu nécessaire la prestation même est requise.

- **Dans des structures de santé conventionnées par UniSalute pour le Fonds Sanedil et médecins conventionnés**

Les frais sont directement liquidés aux structures par le Fonds Sanedil, par l'intermédiaire d'UniSalute, en laissant une part à la charge de l'Adhérent de **€ 35,00** pour chaque contrôle diagnostique ou cycle de traitement.

- **Dans des structures de santé non conventionnées par UniSalute pour le Fonds Sanedil ou médecins non conventionnés (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)**

Les frais sont remboursés avec un minimum non indemnisable de **€ 35,00** pour chaque contrôle diagnostique ou cycle de traitement.

- **Dans des structures du Service National de Santé**

Les tickets modérateurs à la charge de l'Adhérent sont remboursés avec un minimum non indemnisable égal à **€ 10,00** par prestation/cycle de traitement.

**Somme maximale annuelle à disposition:
€ 5.000,00 par Adhérent.**

Pour les prestations « Endoscopies diagnostiques et opérationnelles », une sous-limite annuelle de **€ 500,00** par Adhérent est prévue.



VISITES SPECIALISEES

Le Plan de santé couvre les frais pour les visites spécialisées. Les visites pédiatriques pour les contrôles de routine liés à la croissance et les visites odontologiques et orthodontiques sont exclues. Pour bénéficier de la couverture, l'ordonnance médicale avec la demande de diagnostic ou la pathologie qui a rendu nécessaire la prestation même est requise. Seule une première visite psychiatrique afin de vérifier la présence d'une éventuelle pathologie est comprise dans la couverture.

- **Dans des structures de santé conventionnées par UniSalute pour le Fonds Sanedil et médecins conventionnés**

Les frais sont directement liquidés aux structures par le Fonds Sanedil avec un minimum non indemnisable égal à **€ 25,00** pour chaque visite spécialisée.

- **Dans des structures de santé non conventionnées par UniSalute pour le Fonds Sanedil ou médecins non conventionnés (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)**

Les frais sont remboursés avec un minimum non indemnisable de **€ 25,00** pour chaque visite spécialisée.

- **Dans des structures du Service National de Santé**

Les tickets modérateurs à la charge de l'Adhérent sont remboursés avec un minimum non indemnisable égal à **€ 10,00** pour chaque visite spécialisée.

**Somme maximale annuelle à disposition:
€ 500,00 par Adhérent.**



TICKETS MODERATEURS POUR CONTROLES DIAGNOSTIQUES ET SERVICE D'URGENCE

Le Plan de santé rembourse les tickets modérateurs à la charge de l'Adhérent effectués au sein du Service National de Santé avec un minimum non indemnisable égal à **€ 10,00** pour chaque ticket modérateur:

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

**Somme maximale annuelle à disposition:
€ 500,00 par Adhérent.**



SOINS DE KINESITHERAPIE ET DE REEDUCATION

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

Le Plan de santé couvre les frais pour les soins de kinésithérapie à la suite d'un accident ou d'une pathologie temporairement invalidante (voir liste) exclusivement à des fins de rééducation, à condition qu'ils soient prescrits par le médecin et qu'ils soient effectués par du personnel médical ou paramédical habilité en thérapie de la rééducation. Pour pouvoir bénéficier de la couverture, il est nécessaire de présenter l'ordonnance médicale et, pour les soins de kinésithérapie à la suite d'un accident, le certificat du service d'urgence. 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 temporairement invalidantes:

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

- **Dans des structures de santé conventionnées par UniSalute pour le Fonds Sanedil et médecins conventionnés**

Les frais sont directement liquidés aux structures par le Fonds Sanedil avec un minimum non indemnisable égal à **€ 25,00** pour chaque cycle de traitement.

- **Dans des structures de santé non conventionnées par UniSalute pour le Fonds Sanedil ou médecins non conventionnés (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)**

Les frais sont remboursés avec un minimum non indemnisable de **€ 25,00** pour chaque cycle de traitement.

- **Dans des structures du Service National de Santé**

Les tickets modérateurs à la charge de l'Adhérent sont remboursés avec un minimum non indemnisable égal à **€ 10,00** pour chaque cycle de traitement.

**Somme maximale annuelle à disposition:
€ 250,00 par Adhérent.**



PRESTATIONS ODONTOLOGIQUES SPECIALES

Le Plan de santé couvre l'élimination du tartre avec une éventuelle visite de contrôle, à effectuer une fois par an dans des structures de santé conventionnées avec UniSalute. Les prestations doivent être effectuées en une seule fois. Si le médecin relève la nécessité d'effectuer une seconde séance d'hygiène buccale au cours de la même année, la Société s'engagera à autoriser et à liquider celle-ci dans les limites susmentionnées.

- **Dans des structures de santé conventionnées par UniSalute pour le Fonds Sanedil et médecins conventionnés**

Les frais sont directement liquidés aux structures par le Fonds Sanedil avec un montant non couvert de 25%.



IMPLANTOLOGIE

Le Plan de santé effectue le paiement des frais pour les prestations d'implantologie, en cas d'application d'un, de deux, de trois implants ou plus prévus par le même plan de soins.

Sont inclus: le positionnement de l'implant, l'éventuelle avulsion, l'élément définitif, l'élément provisoire et le pivot/moignon relatifs aux implants.

La couverture des frais pour avulsion jusqu'à un maximum de 4 dents par an est également prévue (uniquement si rendue nécessaire par une prestation d'implantologie).

- **Dans des structures de santé conventionnées par UniSalute pour le Fonds Sanedil et médecins conventionnés**

Les frais sont directement et intégralement liquidés aux structures par le Fonds Sanedil.

- **Dans des structures du Service National de Santé**

Remboursement intégral des tickets modérateurs.

**Somme maximale annuelle à disposition:
€ 2.000,00 par Adhérent.**

Sous-limite de frais annuelle: **€ 625,00** (dans le cas d'un implant) - **€ 1.250,00** (dans le cas de deux implants)



INTERVENTIONS CHIRURGICALES ODONTOLOGIQUES HORS HOSPITALISATION

Le Plan de santé couvre les frais pour les interventions chirurgicales odontologiques à la suite 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 est nécessaire.

- **Dans des structures de santé conventionnées par UniSalute pour le Fonds Sanedil et médecins conventionnés**

Les frais sont directement et intégralement liquidés aux structures par le Fonds Sanedil.

- **Dans des structures du Service National de Santé**

Remboursement intégral des tickets modérateurs.

**Somme maximale annuelle à disposition:
€ 2.000,00 par Adhérent.**



SOINS ODONTOLOGIQUES CONSERVATEURS

Le Plan de santé couvre les frais pour les soins odontologiques conservateurs.

- **Dans des structures de santé conventionnées par UniSalute pour le Fonds Sanedil et médecins conventionnés**

Les frais sont directement liquidés aux structures par le Fonds Sanedil avec un montant non couvert de 25 %.

- **Dans des structures du Service National de Santé**

Remboursement intégral des tickets modérateurs.

**Somme maximale annuelle à disposition:
€ 100,00 par Adhérent.**



PRESTATIONS DIAGNOSTIQUES SPECIALES

Le Plan de santé couvre les frais pour une série d'examens de prévention à effectuer une fois par an et en une seule fois auprès des structures de santé conventionnées avec UniSalute pour le Fonds Sanedil.

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

A - Prévention cardiovasculaire

Age minimal 40 ans femme/homme

Frais maximaux autorisés € 150,00 pour les Adhérents des deux sexes et de tout âge qui se soumettent aux contrôles suivants:

a) analyse chimique sanguine caractérisée par:

- Examen hémochromocytométrique
- Vitesse de sédimentation (VS)
- Glycémie
- Azotémie
- Créatininémie
- Cholestérol total et Hdl
- Triglycérides
- Bilirubine totale et fractionnée
- Alt et Ast

b) examens spécifiques:

- Visite spécialisée en cardiologie
- Ecg de base et d'effort

B - Prévention des maladies oncologiques génitales féminines et mammaires

Pour les femmes de plus de 50 ans

Frais maximaux autorisés € 120,00 pour les

contrôles suivants:

a) base commune d'analyse chimique sanguine caractérisée par:

- Examen hémochromocytométrique
- Vitesse de sédimentation (VS)
- Glycémie
- Azotémie
- Créatininémie
- Cholestérol total et Hdl
- Bilirubine totale et fractionnée
- Alt et Ast

b) examens spécifiques:

- Visite gynécologique et test Pap

C - Prévention des maladies oncologiques prostatiques

Pour les hommes de plus de 50 ans

Frais maximaux autorisés € 120,00 pour les contrôles suivants:

a) base commune d'analyse chimique sanguine caractérisée par:

- Examen hémochromocytométrique
- Vitesse de sédimentation (VS)
- Glycémie
- Azotémie
- Créatininémie
- Cholestérol total et Hdl
- Bilirubine totale et fractionnée
- Alt et Ast

b) examens spécifiques:

- Visite spécialisée en urologie
- Échographie vésico-prostatique
- Dosage Psa



PROTHESES ORTHOPEDIQUES ET AUDITIVES

Le Plan de santé rembourse les frais pour l'achat de prothèses orthopédiques et auditives avec

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

L'ordonnance reportant l'indication du motif est nécessaire.

**Somme maximale annuelle à disposition:
€ 500,00 par Adhérent.**



LUNETTES/LENTILLES

Le Plan de santé rembourse les frais engagés pour les verres correcteurs de lunettes ou pour les lentilles de contact avec 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.

**Somme maximale annuelle à disposition:
€ 90,00 par Adhérent.**



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

Le Plan de santé 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.

L'accident du travail doit être documenté par certification du service d'urgence et les maladies graves énumérées doivent s'être déclarées au cours de l'applicabilité du Plan de santé.

Somme maximale annuelle à disposition: € 4.200,00 par Adhérent, dont il est possible de bénéficier au cours des trois premières années du Plan de santé.



SERVICE MONITOR SALUTE

Le Plan de santé offre aux adhérents de plus de 40 ans le contrôle des maladies chroniques en mettant à disposition un système technologique avancé qui permet de mesurer les paramètres cliniques directement à domicile.

Il suffit de remplir un questionnaire et, après évaluation des paramètres renseignés, 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. De plus, une limite de frais supplémentaire est prévue pour des visites spécialisées et pour des contrôles diagnostiques en lien avec l'état chronique.

Visites spécialisées et contrôles diagnostiques pour maladies chroniques

Le Plan de santé couvre les frais pour les visites spécialisées et pour les contrôles diagnostiques étroitement liés aux maladies chroniques dont souffrent les Adhérents. Une ordonnance médicale contenant la demande de diagnostic ou la pathologie qui a rendu nécessaire la prestation en elle-même est nécessaire.

- **Dans des structures de santé conventionnées par UniSalute pour le Fonds Sanedil et médecins conventionnés**

Les frais sont directement et intégralement liquidés aux structures par le Fonds Sanedil.

- **Dans des structures de santé non conventionnées par UniSalute pour le Fonds Sanedil ou médecins non conventionnés** (l'utilisation de structures de santé non conventionnées ou de 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), les frais sont intégralement liquidés par le Fonds Sanedil.

- **Dans des structures du Service National de Santé**

Remboursement intégral des tickets modérateurs.

**Somme maximale annuelle à disposition:
€ 300,00 par Adhérent.**



MATERNITE/GROSSESSE

Le Plan de santé couvre les frais pour 2 échographies de contrôle au cours de la grossesse:

- **Dans des structures de santé conventionnées par UniSalute pour le Fonds Sanedil**

et médecins conventionnés

Les frais sont directement et intégralement liquidés aux structures par le Fonds Sanedil.

- **Dans des structures du Service National de Santé**

Remboursement intégral des tickets modérateurs.



SECTION COVID-19

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

Si l'Adhérent doit être hospitalisé pour positivité au virus COVID-19 (test positif au Coronavirus), le Plan de santé prévoit une indemnité journalière de **€ 40,00** pour un maximum de 30 jours. 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'hospitali-

sation, 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 indemnités ne sont pas cumulables entre elles.



TARIFS PREFERENTIELS UNISALUTE

Si une prestation n'est pas couverte car non prévue par le Plan de santé, ou car la limite de frais annuelle est atteinte ou car inférieure aux minima non indemnisables et qu'elle reste totalement à la charge de l'Adhérent, il est toutefois possible de demander l'application de tarifs préférentiels par rapport aux tarifs normaux du marché auprès des structures de santé conventionnées avec UniSalute pour le Fonds Sanedil.



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 Cassa 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 convention-

nées 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'examens 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'inté-

rieur 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 quittance-ment 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.





FONDS SANEDIL

**Fonds de Santé
pour les Travailleurs
du Secteur du Bâtiment**

Via G. A. Guattani 24, 00161 Roma

WWW.FONDOSANEDIL.IT