



## ISTRUZIONI OPERATIVE

PER DIPENDENTI DI  
ENTI E FAMILIARI

**UniSalute**  
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

# 1.



## COME PRENOTARE UNA PRESTAZIONE O RICHIEDERE UN RIMBORSO

### Dipendenti di imprese - iscritti

Per richiedere una prestazione medica in convenzionamento diretto o il rimborso delle spese sanitarie è sempre necessario che l'iscritto invii al Fondo Sanedil l'apposito **modulo\***, che deve essere compilato e sottoscritto.

### Familiari fiscalmente a carico dell'iscritto

**Per richiedere una prestazione** medica o il rimborso delle spese sanitarie riconducibili al nucleo familiare assicurabile dell'iscritto (coniuge fiscalmente a carico e da stato di famiglia e figli fiscalmente a carico) è necessario **inviare al Fondo Sanedil**, uno dei seguenti moduli.

- Nel caso di coniuge/figli maggiorenni dell'iscritto primo, il **modulo\*** **per la richiesta di prestazione/rimborso del familiare** dovrà essere compilato e sottoscritto dal familiare interessato alla prestazione che potrà scegliere, indicandone gli estremi, di ricevere il rimborso delle spese sostenute anche su un proprio c/c bancario/postale, diverso da quello dell'iscritto titolare. Nel modulo è anche prevista una sezione in cui il familiare può delegare l'iscritto a fornire e ricevere le informazioni inerenti ai sinistri e alle garanzie, nonché a ricevere e consegnare/inviare la relativa documentazione sanitaria al **Fondo Sanedil**.

\*Modulo scaricabile alla pagina: [www.fondosanedil.it/istruzioni-operative-dipendenti-enti/](http://www.fondosanedil.it/istruzioni-operative-dipendenti-enti/)

# 1.



- Nel caso di figli minorenni dell'iscritto, il **modulo per la richiesta di prestazione/rimborso figli minorenni** dovrà essere compilato e sottoscritto dal lavoratore iscritto titolare di polizza a cui dovranno fare riferimento anche le coordinate bancarie per l'accredito dei relativi rimborsi spese sostenute.

A tali moduli, il richiedente dovrà tassativamente allegare la documentazione medica e amministrativa prevista dal successivo punto 2.

**Attenzione:** per poter consentire alla Cassa di processare correttamente una richiesta di prestazione che riguardi un familiare fiscalmente a carico, dovrà essere preventivamente presentata/inviata alla Cassa di riferimento la **certificazione del nucleo familiare assicurabile\*** debitamente compilata e sottoscritta dal lavoratore titolare.

**Resta inteso che tale certificato dovrà essere ripresentato solo ed esclusivamente nel caso in cui sia intervenuta una modifica del nucleo familiare assicurabile originariamente dichiarato.**

Nel caso i moduli non fossero debitamente firmati, anche nella sezione **“Informativa Privacy”**, non sarà possibile procedere con l'istruttoria della richiesta.

\*Modulo scaricabile alla pagina: [www.fondosanedil.it/istruzioni-operative-dipendenti-enti/](http://www.fondosanedil.it/istruzioni-operative-dipendenti-enti/)

# 2.



## DOCUMENTAZIONE NECESSARIA AI FINI DELLA CORRETTA EVASIONE DELLE RICHIESTE DI PRESTAZIONI SANITARIE E DI RIMBORSO SPESE

Ai moduli di richiesta di cui al punto 1 dovranno essere tassativamente allegati:

### A. In caso di richiesta della prestazione in convenzionamento diretto:

- **COPIA DELLA PRESCRIZIONE MEDICA/IMPEGNATIVA** con l'indicazione della patologia riportata (certa o presunta) e dell'eventuale esame strumentale richiesto

### B. In caso di richiesta di rimborso delle spese sanitarie sostenute (anche presso il SSN):

- **COPIA DELLA PRESCRIZIONE MEDICA/IMPEGNATIVA** con l'indicazione della patologia riportata (certa o presunta) e dell'eventuale esame strumentale richiesto
- **COPIA DELLE FATTURE/RICEVUTE DI SPESA**
- **COPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ\***

Si raccomanda di conservare sempre copia della documentazione presentata alla Cassa Edile/EdilCassa e gli originali delle fatture/ricevute di spesa.

Si fa presente che il mancato adempimento di una sola delle suddette indicazioni non permetterà l'attivazione della prestazione sanitaria o il rimborso della spesa sostenuta.

\*L'obbligo è previsto nei soli casi di richiesta presentata tramite posta elettronica.

# 3.



## **DOVE PRESENTARE LE RICHIESTE DI PRESTAZIONI MEDICHE E DI RIMBORSO**

### **POSTA ELETTRONICA/RACCOMANDATA**

Gli interessati a richiedere una prestazione medica o il rimborso di una spesa sostenuta devono inoltrare la documentazione di cui ai punti 1 e 2 al Fondo Sanedil all'indirizzo di posta elettronica **[prestazioni@fondosanedil.it](mailto:prestazioni@fondosanedil.it)** o tramite raccomandata r.r. da recapitare alla Casella Postale 7249 c/o Ufficio Postale Roma Nomentano, 00162, Roma.

# 4.



## RICHIEDERE UNA PRESTAZIONE IN MODALITÀ ITER AUTORIZZATIVO

Inoltrata la richiesta di prestazione e completato l'inserimento dei relativi dati da parte dell'operatore del Fondo, il richiedente, se in regola con la copertura assicurativa, riceve un sms e/o un'email di conferma autorizzazione, con le indicazioni per effettuare **autonomamente** la prenotazione della struttura sanitaria convenzionata.



**UniSalute**  
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

Gentile **[nome e cognome]**,

sei autorizzato a procedere con la prenotazione della prestazione richiesta presso una delle strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Fondo Sanedil.

Segui questi semplici passi:

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

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

Cordiali Saluti,

UniSalute

Cliccando sul link presente nell'**email e/o sms**, l'iscritto **accede alla pagina** per la scelta della **struttura sanitaria convenzionata**. Nella pagina viene proposto un **elenco di strutture tra cui scegliere**.

Cliccando sulla **struttura scelta**, l'iscritto **visualizza i contatti della struttura per fissare l'appuntamento**. Deve anche **indicare il medico con cui effettuerà la prestazione**. Quando il **richiedente contatta la struttura sanitaria** deve **ricordarsi di comunicare di essere assicurato con Fondo Sanedil - UniSalute**.

# 4.



Nel caso in cui il richiedente **volesse scegliere una struttura convenzionata diversa** dalle tre proposte in automatico dal sistema, potrà **consultare in autonomia l'elenco delle strutture convenzionate sul sito del Fondo Sanedil** e successivamente cliccare sull'apposito link presente in fondo alla pagina dedicata (vedi es. sotto).

The screenshot displays three boxes of conventioned structures on the left and a map of Europe on the right. The boxes are:

- CENTRO SAN PETRONIO**  
Via Speranza 52, 40133 Bologna BO  
[Clicca qui](#) per comunicare appuntamento prenotato
- CENTRO DI TERAPIA IONOFORETICA S.R.L.**  
Via Lomonosa 47C, 40133 Bologna BO  
[Clicca qui](#) per comunicare appuntamento prenotato
- POLIAMBULATORIO DAGNINI SRL**  
Via Dagnini 44, 40137 Bologna BO  
[Clicca qui](#) per comunicare appuntamento prenotato

The map shows Europe with a red arrow pointing to a green button labeled "COMUNICA DATA E ORA" at the bottom right. Below the map, there is a text prompt: "Desideri prenotare in una struttura sanitaria diversa da quelle proposte? Consulta l'elenco delle strutture convenzionate sul sito del Fondo Sanedil [Clicca qui](#)".

Il richiedente dovrà **indicare data e ora dell'appuntamento** già concordato con la struttura sanitaria scelta.

A questo punto il richiedente, preso atto del riepilogo dell'appuntamento con la data e l'ora inseriti, **visualizza** tutte le **informazioni relative alla prenotazione, inclusa l'eventuale quota a suo carico**. Cliccando su **"Conferma"** procede con l'invio delle informazioni a **UniSalute**.

Una volta **completata la procedura di prenotazione**, il richiedente riceve un **sms e/o un'email di conferma** prenotazione.

**Si ricorda che dal ricevimento dell'SMS di autorizzazione alla prenotazione, l'iscritto ha tempo 15 giorni per effettuare la prenotazione presso la Struttura convenzionata, trascorsi i quali sarà necessario contattare la Cassa Edile/ EdilCassa per una nuova richiesta di autorizzazione.**



# 4.



## PRENOTAZIONE COMPLETA

Il processo si differenzia a seconda che l'iscritto/familiare abbia già preso, o meno, l'appuntamento con la struttura sanitaria convenzionata. In entrambi i casi la procedura consente a chi ha poca dimestichezza con l'applicativo previsto per la gestione delle prenotazioni con iter autorizzativo, di utilizzare il sistema offerto dalle Casse per effettuare una prenotazione. Resta inteso che la struttura sanitaria, per stabilire i termini dell'appuntamento, **dovrà essere sempre contattata personalmente dal richiedente**

### CON APPUNTAMENTO GIÀ FISSATO CON LA STRUTTURA SANITARIA

Il richiedente inoltra la richiesta di prestazione al **Fondo Sanedil (punto 3)**.

Avendo già effettuato in autonomia la prenotazione presso una struttura convenzionata, il richiedente deve indicare nell'apposito **modulo** di richiesta la struttura sanitaria scelta, la data e l'orario dell'appuntamento. Per le visite specialistiche deve indicare anche il nominativo del medico che effettuerà la prestazione.

Una volta **completata** la procedura di prenotazione da parte dell'operatore del Fondo Sanedil, il richiedente riceve un **sms e/o un'email di conferma della prenotazione**.

### SENZA APPUNTAMENTO

Il richiedente presenta la richiesta di prestazione al **Fondo Sanedil (punto 3)**.

Non avendo ancora effettuato la prenotazione della struttura convenzionata/medico convenzionato, il richiedente inoltra, senza evidenza dei termini dell'appuntamento, la documentazione richiesta all'operatore del **Fondo Sanedil (punti 1 e 2A)**.

# 4.



A seguire, l'iscritto/familiare, **personalmente**, contatta la struttura sanitaria convenzionata, fissa il proprio appuntamento e, **tempestivamente**, comunica i termini dello stesso (struttura sanitaria, data e orario dell'appuntamento, nonché il nominativo del medico che effettuerà la prestazione nel caso di visite specialistiche), direttamente all'addetto della Cassa. In caso contrario, non avendo comunicato i termini dell'appuntamento all'addetto della Cassa, la prenotazione non potrà ritenersi confermata.

Una volta **completata la procedura di prenotazione** da parte dell'addetto della Cassa, il richiedente riceve un **sms e/o un'email di conferma** della prenotazione.

# 5.



## PUNTI DI ATTENZIONE NEL PROCESSO DI RICHIESTA PRESTAZIONE/RIMBORSO SANITARIO

**1** Le richieste di prestazione medica o rimborso potranno essere **inoltrate** solo per i sinistri occorsi **dalla data di decorrenza del piano sanitario di riferimento**, ferma restando la regolarità con i versamenti contributivi.

**2** **Hanno diritto al Piano sanitario PLUS:**

- **gli iscritti con qualifica di operaio (compreso il proprio nucleo familiare fiscalmente a carico)** a cui sia stata erogata la prestazione APE entro la fine del mese di settembre dell'anno di decorrenza di ogni esercizio assicurativo (1° ottobre - 30 settembre);
- **gli iscritti con qualifica impiegatizia (compreso il proprio nucleo familiare fiscalmente a carico)** quando risultano verificabili 24 mesi di contribuzione versata al Fondo Sanedil.

**3** **Hanno diritto al Piano sanitario Base:**

- **gli iscritti operai e impiegati (compresi i rispettivi nuclei familiari fiscalmente a carico)** che non hanno raggiunto i requisiti previsti per accedere al piano Plus.

# 5.



**4** Per le **prestazioni dentarie e odontoiatriche**, riconducibili alle **sole CURE ODONTOIATRICHE** previste dai Piani Sanitari, **il richiedente NON dovrà allegare la documentazione medica**, tenuto conto che sarà il medico odontoiatra a inviare la scheda anamnestica predisposta dalla Compagnia Assicurativa. È comunque **necessario** che **il richiedente** indichi **esplicitamente**, nello spazio riservato presente nel modulo di cui al punto 1, **tale tipo di richiesta**.

**N.B. Rientrano nelle “cure odontoiatriche conservative” previste dal piano sanitario esclusivamente le otturazioni e le cure canalari- devitalizzazioni.**

**5** Con esclusivo riferimento alla garanzia **PREVENZIONE ODONTOIATRICA**, il richiedente dovrà indicare nel **modulo** di cui al punto 1, nello spazio destinato alla **descrizione della prestazione richiesta**, **“ablazione del tartaro”**. **SOLO in questo caso** per il riconoscimento della garanzia **il richiedente NON dovrà attendere** che **il medico odontoiatra invii la scheda anamnestica** alla Compagnia Assicurativa, potendo usufruire della prestazione al ricevimento dell'sms e/o e-mail di conferma dell'appuntamento.

**6** Le **prestazioni dentarie e odontoiatriche** sono **garantite in modalità rimborsuale** solo nel caso

in cui **il richiedente si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale**. L'**acquisto delle lenti**, delle **protesi ortopediche** e **acustiche** e le **spese sostenute nel Servizio Sanitario Nazionale**, se previste nei Piani Sanitari, **sono garantite esclusivamente in modalità rimborsuale**. Per tutte le altre garanzie la modalità rimborsuale è prevista nel **solo** caso in cui **il richiedente** sia domiciliato/residente in **una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate**.

**7** Il richiedente è tenuto a dichiarare nell'apposito modulo l'eventuale esistenza di **altre polizze a copertura del medesimo rischio assicurato**. In tal caso, infatti, **gli stessi rischi** coperti da due o più assicurazioni, anche se riconducibili al Fondo Sanedil (UniSalute e UnipolSai), **verranno gestite**, nel rispetto dei limiti rimborsuali contrattualmente previsti, **da entrambe le compagnie**. **Al richiedente**, che ha **già ottenuto** per il medesimo rischio assicurato **il rimborso da altra compagnia**, verrà **liquidato esclusivamente l'importo rimasto a suo carico** nel rispetto delle franchigie, dei massimali e al netto di quanto già rimborsato, il cui ammontare dovrà essere documentato e certificato.

**8** La **copertura assicurativa** trova applicazione anche per i **60 giorni**, nel caso di **piano sanitario Base**, o **90 giorni**, nel caso di **piano sanitario Plus**, successivi allo stato di disoccupazione dell'iscritto titolare. Tali periodi sono conteggiati dalla cessazione del rapporto di lavoro su base mensile e non per singole giornate.





# 1.



## **COME DENUNCIARE UN SINISTRO E RICHIEDERE IL RIMBORSO PER LE CURE O UN'INDENNITÀ A SEGUITO DI INFORTUNIO**

L'iscritto deve inviare all'indirizzo di posta elettronica [prestazioni@fondosanedil.it](mailto:prestazioni@fondosanedil.it) o tramite raccomandata r.r. da recapitare alla Casella Postale 7249 c/o Ufficio Postale Roma Nomentano, 00162, Roma, il modulo di denuncia infortuni.



# 2.



## PUNTI DI ATTENZIONE NEL PROCESSO DI DENUNCIA

**1**

Le richieste potranno essere inoltrate solo per i sinistri occorsi dopo il **1° ottobre 2020**.

**2**

È molto importante che il **modulo** sia compilato in maniera corretta e completa e sottoscritto dal richiedente. Al suddetto **modulo dovranno essere allegati:**

- **DOCUMENTAZIONE MEDICA** già disponibile, così come individuata nella **Guida alle garanzie per infortuni**.

**3**

I sinistri dovranno **essere denunciati entro 24 mesi dal loro accadimento**.

**4**

L'**iscritto** è tenuto a inviare al **Fondo Sanedil** l'eventuale documentazione aggiuntiva su sinistri già aperti.

# 2.



**5** Per le prestazioni di **riabilitazione neuromotoria** da svolgersi in **Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico e Ospedale di rilievo nazionale e di alta specializzazione per la riabilitazione neuromotoria** ai sensi della legge n. 833/78 art. 42 e successive modifiche e integrazioni, l'iscritto dovrà rivolgersi esclusivamente alle **strutture indicate\***.

**6** L'iscritto è tenuto a dichiarare nel modulo l'eventuale esistenza di altre polizze a copertura del medesimo rischio assicurato. In tal caso, infatti, **gli stessi rischi** coperti da due o più assicurazioni, anche se riconducibili al Fondo Sanedil (UniSalute e UnipoSai), **verranno gestite**, nel rispetto dei limiti rimborsuali contrattualmente previsti, **da entrambe le compagnie**.  
Al **richiedente**, che ha **già ottenuto** per il medesimo rischio assicurato il **rimborso da altra compagnia**, **verrà liquidato esclusivamente l'importo rimasto a suo carico** nel rispetto delle franchigie, dei massimali e al netto di quanto già rimborsato, il cui ammontare dovrà essere documentato e certificato.

\*Elenco delle strutture disponibile alla seguente pagina: [www.fondosanedil.it/istruzioni-operative-dipendenti-enti/](http://www.fondosanedil.it/istruzioni-operative-dipendenti-enti/)

# 2.



**7** L'iscritto ha diritto a un **periodo aggiuntivo di copertura assicurativa** a seguito di **disoccupazione**, per **60 giorni** nel caso di **piano sanitario Base** o **90 giorni** nel caso di **piano sanitario Plus**. Tali periodi sono conteggiati dalla cessazione del rapporto di lavoro su base mensile e non per singole giornate.

## INFORMAZIONI E CONTATTI

L'iscritto potrà ottenere informazioni sullo stato del sinistro denunciato scrivendo all'indirizzo di posta elettronica [prestazioni@fondosanelil.it](mailto:prestazioni@fondosanelil.it) e indicando nell'oggetto della e-mail il numero del sinistro di riferimento.

A completamento dell'istruttoria la Compagnia provvederà a liquidare l'importo spettante direttamente sul conto corrente del richiedente, tramite bonifico bancario.



**Seguici su Facebook**

**@FondoSanedil**