

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 de l'art. 185 du Décret législatif italien 209/2005, «Note d'information au contractant», la Société informe que:

- le droit applicable au contrat est le droit italien;
- toute éventuelle réclamation concernant 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 au Service de protection des utilisateurs de l'IVASS (Institut pour la Surveillance des Assurances), Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, téléphone +39 06 42 133 1.

Les plaintes adressées à l'IVASS doivent inclure:

- a) prénom, nom et domicile du demandeur, ainsi qu'un éventuel numéro de téléphone;
- b) identification du sujet ou des sujets dont les actes font l'objet de la plainte;
- 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 permettant de décrire de façon détaillée 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 litiges relatifs à la quantification des services et à l'attribution des responsabilités, il convient de préciser que l'autorité judiciaire a une compétence exclusive, ainsi que le droit de recourir aux systèmes de conciliation lorsqu'ils existent.

*Les prestations du plan
sont assurées par:*

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

GUIDE

au Plan de santé

Ce manuel a été conçu en tant qu'outil explicatif facile à utiliser; il ne peut en aucun cas remplacer le contrat, dont il ne fait que souligner les principales caractéristiques. Par conséquent, le contrat reste le seul outil valable pour une référence complète et exhaustive.

GARANTIES POUR LA PÉRIODE
01/06/2021 - 30/09/2022

BASE

SOMMAIRE



P. 6 BIENVENUE



P. 6 LES PERSONNES POUR LESQUELLES LA COUVERTURE S'APPLIQUE



P. 7 LES PRESTATIONS DU PLAN DE SANTÉ

- P. 8 HOSPITALISATION, POUR INTERVENTION CHIRURGICALE IMPORTANTE SELON LA LISTE JOINTE, DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ À LA SUITE D'UNE MALADIE OU D'UN ACCIDENT
 - Transport sanitaire
 - Greffes
 - Nouveau-nés
 - Indemnité de substitution avec pré- et post-hospitalisation
 - La limite annuelle des dépenses pour le secteur hospitalisation
- P. 11 HAUTE SPÉCIALISATION
- P. 14 CONSULTATIONS SPÉCIALISÉES
- P. 14 TICKETS MODÉRATEURS POUR CONTRÔLES DIAGNOSTIQUES ET SERVICE D'URGENCE
- P. 15 SOINS DE KINÉSITHÉRAPIE ET DE RÉÉDUCATION
 - 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. 16 PRÉSTATIONS ODONTOLOGIQUES SPÉCIALES
- P. 16 IMPLANTOLOGIE
 - Pose de trois implants ou plus
 - Pose de deux implants
 - Pose d'un implant
- P.17 AVULSION JUSQU'À UN MAXIMUM DE 4 DENTS
- P.18 ORTHODONTIE

- P.18 INTERVENTIONS CHIRURGICALES ODONTOLOGIQUES HORS HOSPITALISATION
- P. 19 SOINS ODONTOLOGIQUES CONSERVATEURS
- P. 19 PRÉSTATIONS DIAGNOSTIQUES SPÉCIALES
- P. 20 PROTHÈSES ORTHOPÉDIQUES ET AUDITIVES
- P. 20 LUNETTES / LENTILLES
- P. 20 INCAPACITÉ GRAVE À CAUSE D'UNE INVALIDITÉ PERMANENTE DUE À UN ACCIDENT DE TRAVAIL OU MALADIES GRAVES
- P.21 SERVICE MONITOR SALUTE
Consultations spécialisées et examens diagnostiques pour maladies chroniques
- P.22 MATERNITÉ / GROSSESSE
- P.22 SECTION COVID-19
Indemnité journalière d'hospitalisation en cas de test positif à la Covid-19 (Coronavirus)
Indemnité journalière post-hospitalisation à la suite de soins intensifs à cause de la Covid-19 (Coronavirus)
- P.23 PRESTATIONS AVEC TARIFS PRÉFÉRENTIELS UNISALUTE



P. 24 CAS DE NON-APPLICABILITÉ DU PLAN



P. 25 QUELQUES PRÉCISIONS IMPORTANTES

- P. 25 EXTENSION TERRITORIALE
- P. 25 LIMITES D'ÂGE
- P. 25 GESTION DES NOTES DE FRAIS (FACTURES ET REÇUS)



P. 26 LISTE DES INTERVENTIONS CHIRURGICALES

GUIDE

au Plan de santé



BIENVENUE

Le “**Guide au Plan de santé**” est un support utile pour la compréhension et l’utilisation de la couverture de santé. Nous vous recommandons de suivre ces conseils chaque fois que vous devez utiliser le Plan de santé.



LES PERSONNES POUR LESQUELLES LA COUVERTURE S'APPLIQUE

Le Plan de santé est destiné aux travailleurs salariés affiliés au Fonds Sanedil, auxquels s’applique l’une des conventions collectives nationales de travail (CCNT) visées à l’article 1 des statuts du Fonds, ou qui sont salariés des entreprises affiliées aux Casse Edili/EdilCasse constituées par les fondateurs du même Fonds, ainsi qu’aux membres de leur famille fiscalement à charge, c’est-à-dire le conjoint fiscalement à charge selon le régime familial et les enfants fiscalement à charge.



LES PRESTATIONS DU PLAN DE SANTÉ

BASE

Le **Plan de santé** fonctionne en cas de maladies et d'accidents survenus au cours de l'applicabilité du Plan de Santé pour les prestations suivantes:

- **HOSPITALISATION DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ POUR UNE INTERVENTION CHIRURGICALE IMPORTANTE;**
- **PRESTATIONS HAUTEMENT SPÉCIALISÉES;**
- **CONSULTATIONS SPÉCIALISÉES;**
- **TICKET MODÉRATEUR POUR CONTRÔLES DIAGNOSTIQUES ET SERVICE D'URGENCE;**
- **SOINS DE KINSÉSITHÉRAPIE ET DE RÉÉDUCATION;**
- **PRESTATIONS ODONTOLOGIQUES SPÉCIALES;**
- **IMPLANTOLOGIE;**
- **ORTHODONTIE;**
- **INTERVENTIONS CHIRURGICALES ODONTOLOGIQUES HORS HOSPITALISATION;**
- **SOINS ODONTOLOGIQUES CONSERVATEURS;**
- **PRESTATIONS DIAGNOSTIQUES SPÉCIALES;**
- **PROTHÈSES ORTHOPÉDIQUES ET AUDITIVES;**
- **LUNETTES / LENTILLES;**
- **INCAPACITÉ GRAVE À CAUSE D'UNE INVALIDITÉ PERMANENTE DUE À UN ACCIDENT DU TRAVAIL OU MALADIES GRAVES;**
- **MONITOR SALUTE;**
- **MATERNITÉ / GROSSESSE**

SECTION COVID-19:

LE PLAN DE SANTÉ EST ACCESSIBLE EN CAS D'HOSPITALISATION À LA SUITE D'UNE INFECTION PAR LA COVID-19 DIAGNOSTIQUÉE:

- **INDEMNITÉ JOURNALIÈRE D'HOSPITALISATION EN CAS DE POSITIVITÉ À LA COVID-19 (CORONAVIRUS);**
- **INDEMNITÉ JOURNALIÈRE POST-HOSPITALISATION À LA SUITE DE SOINS INTENSIFS À CAUSE DE LA COVID-19 (CORONAVIRUS).**



HOSPITALISATION, POUR INTERVENTION CHIRURGICALE IMPORTANTE SELON LA LISTE JOINTE, DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ À LA SUITE D'UNE MALADIE OU D'UN ACCIDENT

Garantie valable uniquement pour l'Adhérent

L'hospitalisation est définie comme un séjour dans un établissement de santé comprenant une nuitée, la seule intervention du service d'urgence ne constitue pas hospitalisation. Dans le cas où l'Adhérent serait hospitalisé pour une intervention chirurgicale, c'est-à-dire l'une de celles figurant dans la Liste des interventions chirurgicales ci-dessous, il peut bénéficier des prestations suivantes:

PRÉ-HOSPITALISATION

Examens, contrôles diagnostiques et consultations spécialisées effectués dans les **50 jours** qui précèdent le début de l'hospitalisation, à condition qu'ils aient été rendus nécessaires par la maladie ou l'accident qui a entraîné l'hospitalisation. Cette couverture est assurée exclusivement sous forme de remboursement avec une sous-limite de dépenses annuelles de **1.000,00 €** partagée avec le point Post-hospitalisation.

INTERVENTION CHIRURGICALE

Honoraires du chirurgien, de l'aide, de l'assistant, de l'anesthésiste et de tout autre sujet participant à l'intervention (tels qu'ils figurent dans le compte-rendu opératoire); frais de salle d'opération et matériel opératoire y compris les endoprothèses.

ASSISTANCE MÉDICALE, MÉDICAMENTS, SOINS

Services médicaux et infirmiers, consultations médicales spécialisées, médicaments, examens, contrôles diagnostiques et traitements de kinésithérapie et de rééducation pendant la **période d'hospitalisation**.

FRAIS D'HOSPITALISATION

Les dépenses volontaires ne sont pas incluses dans la couverture.

En cas d'hospitalisation dans un établissement de santé non conventionné avec Uni-Salute pour le Fonds Sanedil, les frais engagés sont remboursés jusqu'à **300,00 €** par jour.

ACCOMPAGNATEUR

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

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

SOINS INFIRMIERS PRIVÉS INDIVIDUELS

Soins infirmiers privés individuels dans la limite de **60,00 €** par jour pour un maximum de **30 jours** par hospitalisation. Cette couverture est assurée exclusivement sous forme de remboursement.

POST-HOSPITALISATION

Examens et contrôles diagnostiques, médicaments, services médicaux, chirurgicaux et infirmiers (ces dernières dans le cas où la demande aurait été certifiée au moment de la sortie de l'établissement de santé), soins de kinésithérapie et de rééducation et cures thermales (les frais d'hôtel sont exclus en tout état de cause), effectués dans les **50 jours** suivant la fin de l'hospitalisation, à condition qu'ils soient rendus nécessaires par la maladie ou par l'accident qui a entraîné l'hospitalisation. La couverture comprend les médicaments prescrits par le médecin traitant à la sortie de

l'établissement de santé. Une sous-limite de dépenses annuelles de **1.000,00 €** partagée avec le point Pré-hospitalisation est prévue.

a1) Prestations dans des établissements de santé privés et publics conventionnés par UniSalute pour le Fonds Sanedil et qui sont effectuées par des médecins conventionnés.

Dans ce cas, les dépenses liées aux services fournis sont payées directement par le Fonds Sanedil, par l'intermédiaire d'UniSalute, aux établissements de santé conventionnés sans appliquer de montant non indemnisable, à l'exception de ce qui suit:

- point «Hospitalisation dans un établissement de santé pour une intervention chirurgicale importante à la suite d'une maladie ou d'un accident»:

- lettre «Pré-hospitalisation»;
- lettre «Soins infirmiers privés individuels»;

- point «Transport sanitaire»;

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

- point «Nouveau-nés»;

qui sont versées à l'établissement de santé conventionné dans les limites prévues au point indiqué.

a2) Prestations dans des établissements de santé privés et publics conventionnés par UniSalute pour le Fonds Sanedil et qui sont effectuées par des médecins non conventionnés.

Dans le cas où, dans un établissement conventionné, 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 qu'en cas d'hospitalisation dans des établissements non conventionnés (point b).

b) Prestations dans des établissements de santé privés et publics non conventionnés.

Si l'Adhérent est domicilié dans une province ne disposant pas d'établissements de santé conventionnés, à l'exception des dispositions relatives aux «Greffes» et aux «Nouveau-nés», les frais relatifs aux prestations effectuées sont remboursés à l'Adhérent dans la limite de **8.000,00 €** par intervention avec application d'un montant non couvert de **20 %** avec un minimum non éligible à l'indemnisation de **2.000,00 €** par intervention. Dans le calcul du montant non couvert, les éléments suivants ne sont pas pris en compte:

- point «Hospitalisation dans un établissement de santé pour une intervention chirurgicale importante à la suite d'une maladie ou d'un accident»:

- lettre «Frais d'hospitalisation»;
- lettre «Accompagnateur»;
- lettre «Soins infirmiers privés individuels»;

- point «Transport sanitaire»;

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

c) Prestations dans des établissements du Service National de Santé

En cas d'hospitalisation dans des établissements du Service National de Santé ou accrédités par celui-ci sous forme d'assistance directe, et donc avec la prise en charge intégrale des frais par le Service National de Santé, la couverture prévue au point «Indemnité de substitution» sera activée.

Si l'Adhérent, au cours de son hospitalisation, engage des frais pour un service hôtelier ou pour des tickets modérateurs, le Fonds remboursera intégralement le montant avancé par l'Adhérent dans les limites prévues aux différents points; en plus du montant total de l'indemnité de substitution. Si l'hospitalisation a lieu en régime d'activité libérale intra-muros et que le coût est à la charge de l'Adhérent, les frais engagés seront remboursés selon ce qui est indiqué aux lettres a) «Prestations dans des établissements de santé privés et publics conventionnés par UniSalute pour le Fonds Sanedil et effectuées par des médecins conventionnés» ou b) «Prestations dans des établissements de santé privés et publics non conventionnés».



TRANSPORT SANITAIRE

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



GREFFES

En cas de transplantation d'organes ou de parties d'organes, le Fonds prend en charge les frais prévus aux points «Hospitalisation dans un établissement de santé 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 au prélèvement de l'organe sur le donneur, y compris ceux pour le transport de l'organe.

Au cours de la pré-hospitalisation, les traitements médicamenteux visant à prévenir le rejet sont également prévus.

En cas de don du vivant, la couverture garantit les frais engagés pour les prestations effectuées au cours d'une hospitalisation en relation avec le donneur, à savoir:

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



NOUVEAU-NÉS

Le Fonds Sanedil, par l'intermédiaire d'UniSalute, prévoit la prise en charge des dépenses pour les interventions chirurgicales effectuées au cours des 3 premières années de vie du nouveau-né pour la correction de malformations* congénitales, y compris les consultations, les contrôles diagnostiques avant et après l'intervention, ainsi que la nourriture et le logement de l'accompagnateur dans l'établissement de santé ou dans une structure hôtelière pour la période de l'hospitalisation, jusqu'à une limite annuelle de **6.000,00 €** par nouveau-né.



INDEMNITÉ DE SUBSTITUTION AVEC PRÉ-ET POST-HOSPITALISATION

Si l'Adhérent ne demande aucun remboursement au Fonds, ni pour l'hospitalisation (selon la liste ci-jointe), ni pour toute autre prestation liée à celle-ci (à l'exception des frais éventuels supportés pendant l'hospitalisation pour service hôtelier ou tickets modérateurs), il 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 santé et la dernière sont considérées que comme une seule journée, quelle que soit l'heure d'admission et de sortie.

Dans ce cas, les frais relatifs aux couvertures de «pré-» et «post-hospitalisation»

sont couverts sans application des limites prévues au point «Hospitalisation dans un établissement de santé pour intervention chirurgicale importante, selon la liste jointe, à la suite d'une maladie ou d'un accident» et dans la limite d'un plafond annuel de dépenses de **1.000,00 €**.



LA LIMITE DE FRAIS ANNUELLE POUR LE SECTEUR HOSPITALISATION

Le Plan de santé prévoit une limite de frais annuelle de **55.000,00 €** par année d'adhésion et par Adhérent. Cela signifie que si ce chiffre est atteint au cours de l'année, il n'est plus possible de bénéficier de prestations ultérieures. La couverture reprendra l'année suivante pour les événements survenus au cours de la nouvelle période. Toutefois, les événements qui se sont produits l'année précédente ne pourront plus être remboursés.



HAUTE SPÉCIALISATION Garantie valable uniquement pour l'Adhérent

Indépendamment des dispositions du Chapitre «Cas de non-applicabilité du Plan» au point 18, le Fonds prend en charge les frais pour les prestations extrahospitalières suivantes:

Radiologie conventionnelle (sans produit de contraste)

- Examens radiologiques système ostéoarticulaire
- Mammographie (veuillez noter que pour ce service, seule une prescription médicale est requise, pas la pathologie)
- Mammographie bilatérale (veuillez noter que pour ce service, seule une prescription médicale est requise, pas la pathologie)
- Panoramique dentaire
- Radiographie de la colonne vertébrale
- Radiographie organe
- Radiographie intrabuccale
- Radiographie oesophage
- Radiographie oesophage examen direct
- Radiographie de l'intestin 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
- Pneumoencéphalographie
- Tout type d'examen avec produit de contraste en radiologie interventionnelle
- Radiographie oesophage avec contraste opaque / double contraste
- Radiographie intestin grêle en double contraste
- Radiographie de l'estomac en double contraste
- Radiographie de l'intestin grêle en double contraste avec examen sélectif
- Radiographie complète de l'appareil digestif, y compris de l'oesophage avec produit de contraste
- Sialographie avec produit de contraste
- Splénoportographie
- Urétrocystographie
- Urographie
- Vésiculodéférentographie
- Radiographie du canal de Wirsung

Imagerie diagnostique

Échographies

- Échographie mammaire
- Échographie pelvienne également, 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 par imagerie

Tomographie par ordinateur (ct)

- Angio-CT
- Angio-CT régions exo ou intracrâniennes
- CT spirale multicouches (64 couches)
- CT avec et sans produit de contraste

Imagerie par résonance magnétique (IRM)

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

Pet scan

- Tomographie par émission de positons (TEP) pour appareil organe

Scintigraphie (médecine nucléaire in vivo)

- Scintigraphie de tout appareil ou organe (y compris la scintigraphie myocardique)
- Médecine nucléaire in vivo
- Tomoscintigraphie myocardique

- Scintigraphie complète du corps avec cellules autologues marquées

Diagnostics instrumentaux

- Campimétrie
- Électrocardiogramme (ecg) dynamique avec dispositifs analogiques (holter)
- Electroencéphalogramme
- Electroencéphalogramme (eeg) avec privation de sommeil
- Electroencéphalogramme (eeg) dynamique 24 heures
- Électromyogramme (emg)
- Électrorétinogramme
- Monitoring continu (24 heures) de la pression artérielle
- pH-métrie gastro-oesophagienne
- Potentiels évoqués
- Spirométrie
- Tomographie cornéenne

Biopsies

- Toutes

Endoscopies diagnostiques et opératoires

- Cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique diagnostique (CPRE)
- Cystoscopie diagnostique
- OEsophagogastroduodéoscopie
- Pancoloscopie diagnostique
- Rectoscopie diagnostique
- Recto-sigmoïdoscopie diagnostique
- Trachéobronchoscopie diagnostique

Divers

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

Traitements

- Chimiothérapie
- Radiothérapie
- Dialyse

Pour activer la couverture, il faudra fournir une ordonnance médicale contenant la demande de diagnostic ou la pathologie qui a rendu la prestation nécessaire.

En cas de recours à des établissements de santé conventionnés et à du personnel conventionné par UniSalute pour le Fonds Sanedil, les coûts des services fournis à l'Adhérent sont payés directement par le Fonds Sanedil, par l'intermédiaire d'UniSalute, aux établissements mêmes, en laissant un montant de 45,00 € à la charge de l'Adhérent pour chaque contrôle diagnostique ou cycle de traitement, qui devra être versé par l'Adhérent à l'établissement conventionné au moment du service. De plus, l'Adhérent devra présenter à l'établissement une ordonnance de son médecin traitant contenant la pathologie ou la demande de diagnostic.

Le recours à des établissements de santé non conventionnés ou à du personnel de santé non conventionné est autorisé uniquement si l'Adhérent est domicilié ou résident dans une province dépourvue de structures de santé conventionnées. En cas de recours à un établissement de santé non conventionné, les frais engagés seront remboursés avec l'application d'un minimum non indemnisable de 45,00 € pour chaque contrôle diagnostique ou cycle de trai-

tement. Afin d'obtenir le remboursement du Fonds, il est nécessaire que l'Adhérent joigne à la facture une copie de la demande du médecin traitant contenant la pathologie ou la demande de diagnostic.

Si l'Adhérent n'a pas recours au Service National de Santé, le Fonds remboursera les tickets modérateurs à la charge de l'Adhérent avec l'application d'un montant minimum non indemnisable égal de **20,00 €** par service / cycle de traitement.

La disponibilité annuelle pour cette couverture est de **3.000,00 €** par Adhérent. Pour les services «Endoscopies diagnostiques et opératoires», une sous-limite annuelle de **300,00 €** par Adhérent est prévue.



CONSULTATIONS SPÉCIALISÉES

Garantie valable pour l'Adhérent et les membres de sa famille

Le Fonds Sanedil, par l'intermédiaire d'UniSalute, prévoit le paiement des frais de consultations spécialisées résultant d'une maladie ou d'un accident, à l'exception des examens dentaires et orthodontiques. Seul un premier examen psychiatrique visant à déterminer la présence d'une éventuelle pathologie est compris dans la couverture.

Pour activer la couverture, il faudra fournir une prescription médicale contenant la demande de diagnostic ou la pathologie qui a rendu nécessaire la prestation.

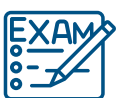
Les documents de frais (factures et reçus) doivent indiquer la spécialité du médecin, qui, aux fins du remboursement, devra être liée à la pathologie déclarée.

En cas de recours à des établissements de santé conventionnés et à du personnel conventionné par UniSalute pour le Fonds Sanedil, les coûts des services fournis à l'Adhérent sont payés directement par le Fonds Sanedil aux établissements mêmes avec l'application d'un minimum non indemnisable de **35,00 €** pour chaque consultation spécialisée.

Le recours à des établissements de santé non conventionnés ou à du personnel de santé non conventionné est autorisé uniquement si l'Adhérent est domicilié ou résident dans une province dépourvue de structures de santé conventionnées. Dans le cas où l'Adhérent fait appel à des établissements de santé conventionnés ou à du personnel non conventionné, les frais engagés seront remboursés avec l'application d'un minimum non indemnisable de **35,00 €** pour chaque consultation spécialisée.

Si l'Adhérent n'a pas recours au Service National de Santé, le Fonds remboursera les tickets modérateurs à la charge de l'Adhérent avec l'application d'un montant minimum non indemnisable de **20,00 €** pour chaque consultation spécialisée.

La disponibilité annuelle pour cette couverture est de **450,00 €** par famille.



TICKETS MODÉRATEURS POUR CONTRÔLES DIAGNOSTIQUES ET SERVICE D'URGENCE

Garantie valable uniquement pour l'Adhérent

Le Fonds prévoit le remboursement des tickets modérateurs à la charge de l'Adhérent à la suite d'une maladie ou d'un accident effectué au sein du Service National de Santé et avec l'application d'un minimum non indemnisable de **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 cette couverture est de **300,00 €** par Adhérent.



SOINS DE KINÉSITHÉRAPIE ET DE RÉÉDUCATION Garantie valable uniquement pour l'Adhérent

La disponibilité annuelle pour tous les services indiqués 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» est de **150,00 €** par Adhérent.

En cas de recours à des établissements de santé conventionnés et à du personnel conventionné par UniSalute pour le Fonds Sanedil, les coûts des services fournis à l'Adhérent sont payés directement par le Fonds Sanedil aux établissements mêmes avec l'application d'un minimum non indemnisable de **35,00 €** pour chaque cycle de traitement.

Le recours à des établissements de santé ou à du personnel de santé non conventionnés n'est autorisé que si l'Adhérent est domicilié ou réside dans une province dépourvue d'établissements de santé conventionnés. Dans le cas où l'Adhérent fait appel à des établissements de santé ou à du personnel non conventionnés, les frais engagés seront remboursés avec l'application d'un montant minimum non indemnisable de **35,00 €** pour chaque cycle de traitement.

Si l'Adhérent utilise le Service National de Santé, le Fonds remboursera les tickets modérateurs à la charge de l'Adhérent avec l'**application d'un montant minimum non indemnisable de 20,00 € pour chaque cycle de traitement.**



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

Indépendamment des dispositions du Chapitre «Cas de non-applicabilité du Plan» au point 18, le Fonds prend en charge les frais liés aux soins de kinésithérapie, suite à 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 traitant ou par un spécialiste dont la spécialisation est inhérente 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 les notes de frais.

La couverture ne s'étend pas aux prestations effectuées dans les salles de sport, clubs de gym et de sport, les instituts de beauté, les hôtels de santé, les hôtels médicaux, les centres de bien-être, y compris s'ils sont annexés à un centre médical.



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

Indépendamment des dispositions du Chapitre «Cas de non-applicabilité du Plan» au point 18, le Fonds prend en charge les 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

traitant ou par un spécialiste dont la spécialisation est inhérente 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.

La couverture ne s'étend pas aux prestations effectuées dans les salles de sport, clubs de gym et de sport, les instituts de beauté, les hôtels de santé, les hôtels médicaux, les centres de bien-être, y compris s'ils sont annexés à un centre médical.

Liste des pathologies pour lesquelles une couverture est prévue:

- Maladies cardiovasculaires temporairement invalidantes
- Maladies neurologiques temporairement invalidantes
- Prothésisation des membres temporairement invalidants
- Fractures pathologiques de grade élevé temporairement invalidantes



PRÉSTATIONS ODONTOLOGIQUES SPÉCIALES

Garantie valable pour l'Adhérent et les membres de sa famille

Indépendamment des dispositions du Chapitre «Cas de non-applicabilité du Plan» au point 3, le Fonds prend en charge le «forfait» de prestations odontologiques spéciales utilisables **une fois par an pour toute la famille** dans les établissements de santé conventionnés par UniSalute pour le Fonds Sanedil après réservation. Les services qui composent le «forfait», indiqués ci-dessous, ont été conçus pour surveiller l'existence éventuelle d'états pathologiques, qui ne seraient pas encore déclarés et sont particulièrement appropriés aux sujets qui auraient développé des cas d'antécédents familiaux.

Élimination du tartre avec un éventuel contrôle par ultrasons ou, comme solution alternative, si nécessaire, par un autre type de traitement pour l'hygiène buccale.

Si, en raison de l'état clinique particulier et/ou pathologie de l'Adhérent, le médecin constate, en accord avec le Fonds, qu'il est nécessaire d'effectuer une deuxième séance de détartrage au cours de la même année d'adhésion, le Fonds prend également en charge cette seconde prestation, selon les modalités indiquées ci-dessous, de la même manière que pour la prestation précédente. En cas de recours à des établissements de santé conventionnés par UniSalute pour le Fonds Sanedil, la deuxième séance doit être communiquée à l'avance à UniSalute.

D'autres services, tels que, par exemple, la fluoruration, le polissage des racines, le polissage des sillons, etc., seront à la charge de l'Adhérent si nécessaire.

En cas de recours à des établissements de santé et à du personnel conventionné par UniSalute pour le Fonds Sanedil, les coûts des services fournis à l'Adhérent sont payés directement par le Fonds Sanedil aux établissements eux-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

Garantie valable pour l'Adhérent et son conjoint fiscalement à charge selon la situation familiale

Indépendamment des dispositions du Chapitre «Cas de non-applicabilité du Plan» au point 3, le Fonds prend en charge les frais pour les prestations ci-dessous.

La disponibilité annuelle partagée entre l'Adhérent et le conjoint fiscalement à charge pour les prestations d'implantologie est de **1.680,00 €**.

En cas de recours à des établissements de santé conventionnés et à du personnel conventionné par UniSalute pour le Fonds Sanedil, les coûts des services

fournis à l'Adhérent sont payés directement par le Fonds Sanedil aux établissements mêmes sans l'application d'un quelconque montant non indemnisable.

Si l'Adhérent n'a pas recours au Service National de Santé, le Fonds remboursera les tickets modérateurs à la charge de l'Adhérent sans l'application d'un quelconque montant non indemnisable.

Il est précisé que:

- les radiographies et les comptes rendus radiologiques avant et après la pose des implants devront être présentés à des fins de règlement.



POSE DE TROIS IMPLANTS OU PLUS

La couverture fonctionne en cas de pose de trois implants ou plus dans le cadre du même plan de soins.

Cela comprend la pose de l'implant, l'élément définitif, l'élément provisoire et le pivot/moignons concernant 3 implants ou plus.

- › Si le coût total des services inclus dans le plan de soins dépasse la limite de frais à disposition susmentionnée, le montant excédentaire devra être payé directement par l'Adhérent à la structure conventionnée.



POSE DE DEUX IMPLANTS

Une sous-limite de dépense annuelle de **1.050,00 €** est prévue pour la pose de deux implants inclus dans le même plan de soins.

Cela comprend la pose de l'implant, l'élément définitif, l'élément provisoire et le pivot/moignons concernant les 2 implants.

Si le coût total des services inclus dans le plan de soins dépasse la limite de frais à disposition susmentionnée, le montant excédentaire devra être payé directement par l'Adhérent à la structure conventionnée.

- › Si, au cours de la même année de couverture, après avoir activé la couverture prévue au point «Pose d'un implant», la pose d'un second implant est nécessaire, ce dernier sera pris en charge dans le cadre de la sous-limite de **1.050,00 €** prévue dans cette couverture, déduction faite des montants déjà autorisés ou payés.



POSE D'UN IMPLANT

En cas de pose d'un implant prévu par le plan de soins, une sous-limite de dépense annuelle de **525,00 €** est prévue.

Cela comprend la pose de l'implant, l'élément définitif, l'élément provisoire et le pivot/moignons concernant l'implant.

- › Si le coût total des services inclus dans le plan de soins dépasse la limite de frais susmentionnée, le montant excédentaire devra être payé directement par l'Adhérent à la structure conventionnée.

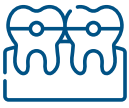


AVULSION JUSQU'À UN MAXIMUM DE 4 DENTS Garantie valable pour l'Adhérent et les membres de sa famille

La couverture est assurée jusqu'à un maximum de 4 dents par an.

En cas de recours à des établissements conventionnés, il est précisé que:

- › Si le coût total des services inclus dans le plan de soins dépasse la limite de frais susmentionnée, le coût relatif devra être payé directement par l'Adhérent à la structure conventionnée.



ORTHODONTIE

Garantie valable pour les enfants mineurs fiscalement à charge

Indépendamment des dispositions du Chapitre «Cas de non-applicabilité du Plan» au point 3, le Fonds prend en charge les frais pour les prestations ci-dessous.

En cas de recours à des établissements de santé conventionnés et à du personnel conventionné par UniSalute pour le Fonds Sanedil, les coûts des services fournis à l'Adhérent sont payés directement par le Fonds aux établissements eux-mêmes, avec l'application d'un montant non couvert de **40 %** qui devra être versé par l'Adhérent à l'établissement conventionné avec la Société au moment de l'émission de la facture.

Si l'Adhérent n'a pas recours au Service National de Santé, le Fonds remboursera les tickets modérateurs à la charge de l'Adhérent sans l'application d'un quelconque montant non indemnisable.

La disponibilité annuelle pour cette couverture est de **1.200,00 €** par famille.

INTERVENTIONS CHIRURGICALES ODONTOLOGIQUES HORS HOSPITALISATION



Garantie valable uniquement pour l'Adhérent et les membres de sa famille

Indépendamment des dispositions du Chapitre «Cas de non-applicabilité du Plan» au point 3, le Fonds prend en charge les frais engagés pour les interventions chirurgicales résultant des pathologies suivantes, y compris les services d'implantologie dentaire, même s'ils sont consécutifs à des interventions chirurgicales ayant eu lieu hors couverture du Plan de santé, à condition qu'ils résultent 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 placé à l'intérieur du sinus maxillaire

Pour activer la couverture, il faudra fournir une ordonnance médicale contenant la demande de diagnostic ou la pathologie qui a rendu la prestation nécessaire.

La documentation sanitaire nécessaire pour obtenir le règlement des frais engagés est la suivante:

- radiographies et comptes rendus radiologiques pour retrait d'implant placé à l'intérieur du sinus maxillaire et abcès dentaire en présence d'instrument endodontique dans la lumière canalaire, délivrés par un Chirurgien spécialisé en Radiologie diagnostique;
- radiographies et comptes-rendus radiologiques délivrés par un Chirurgien spécialisé en Radiologie diagnostique et comptes-rendus histologiques délivrés

par un Chirurgien spécialisé en Anatomie Pathologique, pour les kystes folliculaires et kystes radiculaires, adamantinome, odontome.

La disponibilité annuelle pour cette couverture est de **2.000,00 €** par famille.

En cas de recours à des établissements de santé conventionnés et à du personnel conventionné par UniSalute pour le Fonds Sanedil, les coûts des services fournis à l'Adhérent sont payés directement par le Fonds aux établissements mêmes sans l'application d'un quelconque montant non indemnisable.

Si l'Adhérent n'a pas recours au Service National de Santé, le Fonds remboursera les tickets modérateurs à la charge de l'Adhérent sans l'application d'un quelconque montant non indemnisable.



SOINS ODONTOLOGIQUES CONSERVATEURS

Garantie valable pour l'Adhérent et les membres de sa famille

Indépendamment des dispositions du Chapitre «Cas de non-applicabilité du Plan» au point 3, le Fonds prend en charge les frais pour les soins odontologiques conservateurs.

En cas de recours à des établissements de santé conventionnés et à du personnel conventionné par UniSalute pour le Fonds Sanedil, les coûts des services fournis à l'Adhérent sont payés directement par le Fonds aux établissements mêmes avec l'application d'un montant non couvert de **40 %** qui devra être versé par l'Adhérent à l'établissement de santé conventionné au moment de l'émission de la facture.

Si l'Adhérent a recours au Service National de Santé, le Fonds remboursera intégralement les tickets modérateurs à la charge de l'Adhérent.

La disponibilité annuelle pour cette couverture est de **120,00 €** par famille.



PRÉSTATIONS DIAGNOSTIQUES SPÉCIALES

Garantie valable uniquement pour l'Adhérent

Le Fonds effectue le paiement des services mentionnés ci-dessous, effectués une fois par an dans les **établissements de santé conventionnés et par du personnel conventionné par UniSalute pour le Fonds Sanedil**.

Les prestations prévues, conçues pour surveiller l'existence éventuelle d'états pathologiques, même s'ils ne sont pas encore déclarés, doivent être particulièrement recommandées pour des sujets qui auraient développé des cas d'antécédents familiaux.

Les services prévus doivent être effectués 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



PROTHÈSES ORTHOPÉDIQUES ET AUDITIVES

Garantie valable uniquement pour l'Adhérent

Le Fonds rembourse les frais pour l'achat de prothèses orthopédiques et auditives. Une ordonnance indiquant le motif est nécessaire.

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

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



LUNETTES / LENTILLES

Garantie valable pour l'Adhérent et les membres de sa famille

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

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

Pour l'activation, il est nécessaire de fournir le certificat du médecin ophtalmologiste du Service National de Santé ou ophtalmologiste privé attestant la variation de l'acuité visuelle ou en alternative le certificat de l'optométriste dont le titre est précisé dans le document.

La disponibilité annuelle pour cette couverture est de **€ 50,00** par famille.



INCAPACITÉ GRAVE À CAUSE D'UNE INVALIDITÉ PERMANENTE DUE À UN ACCIDENT DU TRAVAIL OU PATHOLOGIES GRAVES

Garantie valable uniquement pour l'Adhérent

Le Fonds rembourse les frais de santé et/ou la fourniture de services d'assistance pour les états d'incapacité grave causés par un accident (du travail) qui entraîne une incapacité permanente de plus de **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 (AVC);
- Sclérose en plaques;
- Paralyse;

- Greffe coeur, foie, poumon, rein, moelle osseuse ou pancréas;
- Mucoviscidose;
- Ischémie des artères vertébrales.

Veillez noter que la couverture n'est disponible que dans les cas suivants:

- **l'accident du travail doit être documenté par un certificat des urgences et doit être survenu pendant l'applicabilité du Plan de santé;**
- **les maladies graves énumérées doivent être apparues au cours de l'applicabilité du Plan de santé;**

Il convient de noter que, pour le calcul du pourcentage d'invalidité permanente, seules les conséquences directes de l'accident sont prises en considération, sans tenir compte du préjudice plus important résultant des états altérés coexistant.

La disponibilité annuelle pour cette couverture est de **4.200,00 €** par Adhèrent. Cette limite de dépenses est disponible pendant les trois premières années de ce Plan de santé.



SERVICE MONITOR SALUTE

Garantie valable uniquement pour l'Adhèrent

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

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

Après avoir rempli un questionnaire, le patient reçoit gratuitement un dispositif médical pour effectuer des mesures directement à domicile.

Les valeurs des patients sont surveillées en permanence par un centre opérationnel composé d'infirmiers spécialisés qui interviennent en cas d'alertes cliniques et exercent une fonction de coaching et de formation visant à soutenir l'autonomisation des patients.

L'avantage pour le patient est l'amélioration de la prise en charge de sa pathologie grâce à une plus grande implication dans son plan de soins et à une meilleure connaissance de son état de santé.



CONSULTATIONS SPÉCIALISÉES ET EXAMENS DIAGNOSTIQUES POUR MALADIES CHRONIQUES

Pour les Adhérents qui font partie du programme de suivi de la chronicité, le Fonds prévoit la prise en charge des frais pour les consultations spécialisées et pour les contrôles diagnostiques strictement liés aux maladies chroniques dont les Adhérents sont atteints, selon les modalités indiquées ci-dessous.

Pour activer la couverture, il faudra fournir une prescription médicale contenant la demande de diagnostic ou la pathologie qui a rendu nécessaire la prestation.

En cas de recours à des établissements de santé conventionnés et à du personnel conventionné par UniSalute pour le Fonds Sanedil, les coûts des services fournis à l'Adhèrent sont payés directement par le Fonds Sanedil aux établissements mêmes sans l'application de quelconque montant non indemnisable.

Si l'Adhèrent est domicilié dans une province dépourvue d'établissements de

santé conventionnés avec UniSalute, il peut s'adresser à des établissements de santé ou du personnel non conventionnés avec UniSalute; les frais engagés sont remboursés sans l'application d'aucun montant non couvert ni franchise.

Si l'Adhérent a recours au Service National de Santé, le Fonds remboursera intégralement les tickets modérateurs à la charge de l'Adhérent.

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



MATERNITÉ / GROSSESSE

Garantie valable uniquement pour l'Adhérent

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 de recours à des établissements de santé conventionnés et à du personnel conventionné par UniSalute pour le Fonds Sanedil, les coûts des services fournis à l'Adhérent sont payés directement par le Fonds Sanedil aux établissements mêmes sans l'application de quelconque montant non indemnisable.

Si l'Adhérent a recours au Service National de Santé, le Fonds remboursera intégralement les tickets modérateurs à la charge de l'Adhérent.



SECTION COVID-19

Garantie valable uniquement pour l'Adhérent



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

Le Fonds est tenu de verser pour chaque jour d'hospitalisation dans un établissement de santé à la suite d'un sinistre pendant la période d'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** indemnifiables au cours de la période d'adhésion pour chaque Adhérent.

Le jour d'entrée et le jour de sortie sont considérés comme un seul jour.



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

Après la sortie de l'hôpital et exclusivement dans le cas où, pendant l'hospitalisation, il a été nécessaire d'utiliser l'unité de soins intensifs avec intubation de l'Adhérent, une indemnité journalière de convalescence est prévue pour un montant total de **40,00 € pendant 30 jours**.

L'INDEMNITÉ JOURNALIÈRE ET L'INDEMNITÉ JOURNALIÈRE POST-HOSPITALISATION NE SONT PAS CUMULABLES.



PRESTATIONS AVEC TARIFS PRÉFÉRENTIELS UNISALUTE

Garantie valable pour tous les membres de la famille

Si un service n'est pas pris en charge parce qu'il n'est pas prévu par le Plan de Santé, ou parce que le plafond annuel de dépenses a été atteint ou parce qu'il est inférieur aux minima non indemnisables et reste à l'entière charge de l'Adhérent, il est toutefois possible de demander **au Centre Opérationnel** de réserver la prestation et d'envoyer un fax à l'établissement, choisi parmi ceux appartenant au réseau, qui permettra d'obtenir l'application de tarifs réservés aux Adhérents UniSalute, afin d'économiser par rapport aux tarifs normalement prévus.



CAS DE NON-APPLICABILITÉ DU PLAN

Le Plan de santé ne couvre pas l'ensemble des événements attribuables au type de couverture fournie; dans notre cas, les dépenses engagées pour les services de santé garantis 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 visant à éliminer ou corriger des défauts physiques* ou des malformations** préexistants au moment de la stipulation du Plan de santé, à l'exception de ce qui est indiqué au point «Nouveau-nés»;
2. Le traitement des maladies mentales et des troubles psychiques en tout genre, y compris les comportements névrotiques;
3. Les prothèses dentaires, le traitement des maladies parodontales, les soins dentaires et les examens dentaires;
4. Les services médicaux à des fins esthétiques (à l'exception des interventions de chirurgie plastique reconstructive rendue nécessaire par un accident ou une intervention 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, en raison de leur nature technique, peuvent également être réalisés en ambulatoire;
6. Les contrôles pour infertilité et les pratiques médicales visant à la fécondation artificielle;
7. Les hospitalisations provoquées par la nécessité de l'Adhérent de bénéficier de l'assistance de tiers pour accomplir les gestes élémentaires de la vie quotidienne ainsi que les hospitalisations de longue durée;
8. Les hospitalisations de longue durée sont définies comme étant celles déterminées par un état physique de l'Adhérent qui ne permet pas la guérison à par des soins médicaux et qui rendent nécessaire le séjour dans un établissement de santé pour des interventions d'assistance ou de kinésithérapie de conservation;
9. Les interventions de remplacement de prothèses orthopédiques de toute nature;
10. le traitement des maladies résultant de l'abus d'alcool et de médicaments psychotropes, ainsi que de l'usage non thérapeutique de stupéfiants ou d'hallucinogènes;
11. Les accidents résultant de l'abus d'alcool et de médicaments psychotropes, ainsi que de l'usage non thérapeutique de stupéfiants ou d'hallucinogènes;
12. Les accidents résultant de la pratique de sports extrêmes et dangereux, tels que les sports aériens, les sports motorisés, les sports automobiles, l'escalade libre, le rafting et l'alpinisme extrême, ainsi que de la participation à des compétitions et à des entraînements connexes, officiels ou non;
13. Les accidents causés par des actions délibérées de l'Adhérent;
14. Les conséquences des tentatives de suicide, d'automutilations et des actes délictueux commis par l'Adhérent avec intention de nuire ou par négligence grave;
15. Les conséquences directes ou indirectes de transmutation nucléaire due à des radiations causées par l'accélération artificielle des particules atomiques et d'exposition à des rayonnements ionisants;
16. les conséquences des guerres, insurrections, tremblements de terre, éruptions volcaniques et événements atmosphériques;
17. Les prestations non reconnues par la médecine officielle ainsi que les traitements expérimentaux et les médicaments biologiques;
18. Toutes les thérapies médicales, y compris les injections intravitréennes;
19. Les conséquences directes ou indirectes des pandémies.

Limité aux services prévus aux points relatifs à la couverture dentaire, le Plan de santé n'est pas applicable pour:

- Les prothèses esthétiques;

- Les traitements dérivant de conséquences de maladies psychiatriques.

Limité aux services prévus 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 aux maladies mentales et aux troubles psychiques et du comportement en général, y compris les comportements névrotiques, les psychoses, les dépressions et leurs conséquences, sont exclus;
 - Accidents et maladies antérieurs à l'applicabilité du Plan de santé.
- * Un défaut physique est défini par 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.
- ** La malformation est définie comme l'altération de la structure morphologique normale d'un organisme ou de parties de ses organes à la suite d'états morbides congénitaux.



QUELQUES PRÉCISIONS IMPORTANTES



EXTENSION TERRITORIALE

Le Plan de santé est valable dans le monde entier de la même manière qu'en Italie.



LIMITES D'AGE

Le Plan de santé peut être souscrit ou renouvelé jusqu'au 70ème anniversaire de l'Adhérent. Il prend fin automatiquement à la première échéance annuelle suivant le 71e anniversaire de l'Adhérent.



GESTION DES NOTES DE FRAIS (FACTURES ET RECUS)

A) Prestations dans des établissements de santé conventionnés par UniSalute pour le Fonds Sanedil

La documentation relative aux frais engagés pour des services médicaux effectués dans des établissements de santé conventionnés est remise directement par la structure à l'Adhérent.

B) Prestations dans des établissements de santé non conventionnés

La copie de la documentation relative aux frais engagés est conservée et jointe aux demandes de remboursement, comme l'exige la loi. Si le Fonds demande à l'Adhérent de produire 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 peut, à sa seule discrétion, demander à tout moment que les documents originaux soient envoyés pour vérification. Nous rappelons qu'en cas de réception de documents contrefaits ou falsifiés, le Fonds 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 compter 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 attesté par une certification biopsie histologique ou cytologique. Il est évident que les opérations pour lesquelles un diagnostic de malignité a été établi histologiquement après la chirurgie 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

- Reconstruction de la chaîne ossiculaire

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 coeur 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'oesophage
- Interventions avec oesophagoplastie
- Intervention pour mégaoesophage
- 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 qui ne peuvent être traités pharmacologiquement
- 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

GYNÉCOLOGIE

- Lithiase urinaire

ORTHOPÉDIE 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

- Chirurgie bucco-maxillo-faciale pour les mutilations faciales résultant d'un accident et entraînant une réduction de la capacité fonctionnelle de plus de 25 %

GREFFES D'ORGANES

- Toutes



FONDS SANEDIL

Fonds de Santé pour les Travailleurs du Secteur du Bâtiment

Via G. A. Guattani 24, 00161 Roma

WWW.FONDOSANEDIL.IT