



GUIDA ALLE PRESTAZIONI IN AUTOGESTIONE

FONDO SANEDIL

Fondo Sanitario integrativo dedicato ai Lavoratori Edili

RIMBORSO SPESE MONTATURA LENTI

A decorrere dal 1° giugno 2021 il Fondo Sanedil provvede a rimborsare direttamente all'iscritto, nei limiti del massimale di seguito rappresentato e fino a esaurimento del budget stanziato, le spese sostenute per l'acquisto di montature di occhiali, che non siano riconducibili a finalità estetiche.

Eccezionalmente, per il periodo assicurativo 1° ottobre 2023 – 31 dicembre 2024, il massimale relativo alla garanzia montatura lenti previsto per l'annualità precedente è riparametrato su 15 mensilità.

L'iscritto per poter beneficiare della prestazione dovrà presentare all'addetto della Cassa l'apposito modulo compilato, allegando la fattura quietanzata/scontrino parlante che ne comprovi l'acquisto unitamente alle lenti correttive.

Sarà la Cassa, pertanto, previa verifica della regolarità contributiva aziendale, a fare da tramite per le richieste di rimborso, che verranno liquidate dal Fondo direttamente all'iscritto richiedente. Tale prestazione ha un massimale condiviso per nucleo familiare e ne possono beneficiare l'iscritto, il coniuge fiscalmente a carico risultante dallo stato di famiglia e i figli fiscalmente a carico.

**BUDGET € 1.000.000 FINO AL 31 DICEMBRE 2024
MASSIMALE CONDIVISO CON NUCLEO FAMILIARE
FISCALMENTE A CARICO**

PIANO PLUS

MASSIMALE ANNUO
€ 187,00

IL BUDGET E IL MASSIMALE ANNUO FANNO RIFERIMENTO A DOCUMENTI DI SPESA EMESSI DAL 1° OTTOBRE 2023 AL 31 DICEMBRE 2024

Il massimale annuo potrà essere raggiunto sommando più richieste di rimborso.

Attenzione

Per i documenti di spesa con data compresa nel periodo 1° giugno 2021 - 30 settembre 2023 i massimali applicati e le condizioni di accesso alla prestazione sono regolati dalla relativa Guida alla Garanzia, consultabile nella sezione Archivio documenti del sito www.fondosanedil.it.

La richiesta di rimborso deve essere presentata entro 24 mesi dalla data riportata nel documento di spesa.

RIMBORSO SPESE PER AUSILI/PRESIDI

A decorrere dal 1° giugno 2021, il Fondo Sanedil provvede a rimborsare direttamente all'iscritto, nei limiti del massimale e dei sottomassimali di seguito rappresentati, fino a esaurimento del budget stanziato, le spese sostenute per l'acquisto o il noleggio dei seguenti ausili e presidi sanitari:

- Sedia a rotelle
- Plantari ortopedici
- Stampelle, bastoni, tripodi, quadripodi e diversi deambulatori
- Busto ortopedico
- Corsetto ortopedico
- Tutori/ortesi ortopedici
- Contenitore addominale
- Calzature ortopediche

Eccezionalmente, per il periodo assicurativo 1° ottobre 2023 – 31 dicembre 2024, il massimale ed i sottomassimali relativi alla garanzia ausili/presidi previsti per l'annualità precedente sono riparametrati su 15 mensilità.

L'iscritto per poter beneficiare della prestazione dovrà presentare all'addetto della Cassa l'apposito modulo compilato, allegando la prescrizione medica dello specialista del ramo, con quesito diagnostico o patologia presunta o accertata che ha reso necessaria la prestazione e la fattura quietanzata/scontrino parlante emessa dal fornitore che ne comprovi l'acquisto, riportante una data successiva alla decorrenza indicata.

Sarà la Cassa, pertanto, previa verifica della regolarità contributiva aziendale, a fare da tramite per le richieste di rimborso, che verranno liquidate dal Fondo direttamente all'iscritto richiedente. Il massimale e i sottomassimali sono condivisi per nucleo familiare e ne possono beneficiare l'iscritto, il coniuge fiscalmente a carico risultante dallo stato di famiglia e i figli minorenni fiscalmente a carico.

BUDGET € 1.000.000 FINO AL 31 DICEMBRE 2024	
MASSIMALE CONDIVISO CON NUCLEO FAMILIARE FISCALMENTE A CARICO	
PIANO PLUS	
	MASSIMALE ANNUO € 394,00
DECORRENZA 1° OTTOBRE 2023	<ul style="list-style-type: none"> • Stampelle, bastoni, tripodi, quadripodi e diversi deambulatori, sottomassimale € 37,00 • Sedia a rotelle, sottomassimale € 150,00 • Plantari ortopedici, sottomassimale € 150,00 • Busto ortopedico, sottomassimale € 100,00 • Corsetto ortopedico, sottomassimale € 62,00 • Tutori/ortesi ortopedico, sottomassimale € 81,00 • Contenitore addominale, sottomassimale € 44,00 • Calzature ortopediche, sottomassimale € 125,00
<p>IL BUDGET FA RIFERIMENTO A DOCUMENTI DI SPESA EMESSI DAL 1° OTTOBRE 2022 – IL MASSIMALE ANNUO E I SOTTOMASSIMALI FANNO RIFERIMENTO A DOCUMENTI DI SPESA EMESSI DAL 1° OTTOBRE 2023 AL 31 DICEMBRE 2024</p> <p>Il massimale annuo ed i relativi sottomassimali potranno essere raggiunti sommando più richieste di rimborso.</p> <p style="text-align: center;">Attenzione</p> <p>Per i documenti di spesa con data compresa nel periodo 1° giugno 2021 - 30 settembre 2023 i massimali applicati e le condizioni di accesso alla prestazione sono regolati dalla relativa Guida alla Garanzia, consultabile nella sezione Archivio documenti del sito www.fondosanedil.it.</p> <p>La richiesta di rimborso deve essere presentata entro 24 mesi dalla data riportata nel documento di spesa.</p>	

RIMBORSO SPESE PER TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI

A decorrere dal 1° ottobre 2022 il Fondo Sanedil provvede a rimborsare direttamente all'iscritto, nei limiti del massimale di seguito rappresentato e fino a esaurimento del budget stanziato, le spese sostenute per trattamenti fisioterapici riabilitativi nel caso di patologie diverse da quelle previste dal Piano Sanitario di UniSalute.

I trattamenti possono essere eseguiti in strutture e da professionisti privati oppure per il tramite del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Non è prevista l'applicazione di scoperto o franchigia. Tra la data della prescrizione medica e quella di emissione del documento di spesa non devono essere trascorsi più di 12 mesi.

Eccezionalmente, per il periodo assicurativo 1° ottobre 2023 – 31 dicembre 2024, il massimale relativo alla garanzia trattamenti fisioterapici riabilitativi previsto per l'annualità precedente è riparametrato su 15 mensilità.

L'iscritto per poter beneficiare della prestazione deve presentare all'addetto della Cassa l'apposito modulo compilato, allegando la prescrizione medica e la fattura quietanzata/scontrino parlante emessa da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione, il cui titolo deve essere riportato nel documento di spesa.

La Cassa, pertanto, previa verifica della regolarità contributiva aziendale, farà da tramite per le richieste di rimborso, che verrà liquidata dal Fondo direttamente all'iscritto richiedente. Tale prestazione è fruibile dai soli lavoratori iscritti e pertanto resta escluso il relativo nucleo familiare.

**BUDGET € 2.500.000 FINO AL 31 DICEMBRE 2024
MASSIMALE PER IL SOLO ISCRITTO**

PIANO PLUS

MASSIMALE ANNUO
€ 625,00

IL BUDGET FA RIFERIMENTO A DOCUMENTI DI SPESA EMESSI DAL 1° OTTOBRE 2022 - IL MASSIMALE ANNUO FA RIFERIMENTO A DOCUMENTI DI SPESA EMESSI DAL 1° OTTOBRE 2023 AL 31 DICEMBRE 2024

Il massimale annuo potrà essere raggiunto sommando più richieste di rimborso.

Attenzione

Per i documenti di spesa con data compresa nel periodo 1° ottobre 2022 - 30 settembre 2023 il massimale applicato e le condizioni di accesso alla prestazione sono regolati dalla relativa Guida alla Garanzia, consultabile nella sezione Archivio documenti del sito www.fondosanedil.it.

La richiesta di rimborso deve essere presentata entro 24 mesi dalla data riportata nel documento di spesa.

RIMBORSO SPESE PER VISITE SPECIALISTICHE

A decorrere dal 1° ottobre 2022 il Fondo Sanedil provvede a rimborsare direttamente all'iscritto, nei limiti del massimale di seguito rappresentato e fino a esaurimento del budget stanziato, le spese sostenute per visite specialistiche e nel limite annuo di due visite complessive.

Il rimborso della spesa sostenuta è riconosciuto a condizione che, **nelle annualità assicurative precedenti** al periodo assicurativo 1° ottobre 2023 - 31 dicembre 2024, il lavoratore risulti iscritto al Fondo, anche in maniera non continuativa e non abbia usufruito né lui né il proprio nucleo familiare di alcuna prestazione prevista dai piani sanitari del Fondo Sanedil.

Le visite specialistiche devono essere effettuate da personale medico specificatamente abilitato, il cui titolo risulti nel documento di spesa.

Eccezionalmente, per il periodo assicurativo 1° ottobre 2023 – 31 dicembre 2024, il massimale relativo alla garanzia visite specialistiche previsto per l'annualità precedente è riparametrato su 15 mensilità.

L'iscritto per poter beneficiare della prestazione deve presentare all'addetto della Cassa l'apposito modulo compilato, allegando la paramedico abilitato in terapia della riabilitazione, il cui titolo deve essere riportato nel documento di spesa. Non è necessario presentare alcuna prescrizione medica in quanto la visita specialistica può essere effettuata anche per finalità di controllo.

Sarà la Cassa, pertanto, previa verifica della regolarità contributiva aziendale e della mancata fruizione di prestazioni e/o rimborsi, a fare da tramite per le richieste di rimborso della garanzia in oggetto, che verrà liquidata dal Fondo direttamente all'iscritto richiedente.

Tale prestazione ha un massimale condiviso per nucleo familiare e ne possono beneficiare l'iscritto, il coniuge fiscalmente a carico risultante dallo stato di famiglia e i figli fiscalmente a carico.

**BUDGET € 2.500.000 FINO AL 31 DICEMBRE 2024
MASSIMALE CONDIVISO CON NUCLEO FAMILIARE
FISCALMENTE A CARICO**

PIANO PLUS

MASSIMALE ANNUO
€ 250,00

IL BUDGET FA RIFERIMENTO A DOCUMENTI DI SPESA EMESSI DAL 1° OTTOBRE 2022 - IL MASSIMALE ANNUO FA RIFERIMENTO A DOCUMENTI DI SPESA EMESSI DAL 1° OTTOBRE 2023 AL 31 DICEMBRE 2024

Il massimale annuo potrà essere raggiunto nei limiti di due visite complessive.

La garanzia visite specialistiche, se già usufruita con riferimento a una diversa annualità assicurativa, non può essere oggetto di rimborso.

Attenzione

Per i documenti di spesa con data compresa nel periodo 1° ottobre 2022 - 30 settembre 2023 il massimale applicato e le condizioni di accesso alla prestazione sono regolati dalla relativa Guida alla Garanzia, consultabile nella sezione Archivio documenti del sito www.fondosanedil.it.

La richiesta di rimborso deve essere presentata entro 24 mesi dalla data riportata nel documento di spesa.