

FAQ Sanedil

INDICE

GESTIONE PRESTAZIONI E RIMBORSI	PAG. 2
CONDIZIONI ASSICURATIVE	PAG. 4
PROCEDURE DI REGISTRAZIONE AREA RISERVATA	PAG. 5
PRESTAZIONI IN AUTOGESTIONE.....	PAG. 5

GESTIONE PRESTAZIONI E RIMBORSI

1. D. Come deve essere calcolato il contributo Sanedil nel caso in cui un lavoratore con qualifica di operaio sia alle dipendenze, con orario part time, di due datori di lavoro che applicano il CCNL edile?

R. Sulla base di quanto previsto dall'art. 11 del Regolamento delle prestazioni, per gli operai, anche in part time, il versamento deve essere effettuato comunque su un minimo di 120 ore. Pertanto entrambi i datori di lavoro sono tenuti al versamento della contribuzione nel rispetto del limite minimo delle 120 ore. A titolo esemplificativo, per un operaio che lavori in part time, con riduzione di orario al 50% (20 ore settimanali) presso il datore di lavoro A e, sempre con riduzione di orario al 50% (20 ore settimanali), presso il datore di lavoro B, ciascun datore di lavoro A e B, per propria competenza, dovrà versare la contribuzione Sanedil calcolata sul minimo delle 120 ore mensili.

2. D. Come deve essere conteggiato il periodo aggiuntivo di tre mesi di copertura sanitaria in caso di disoccupazione?

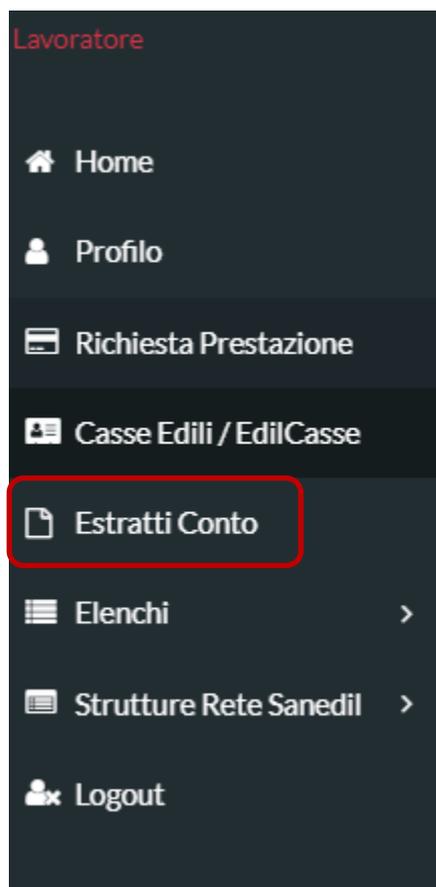
R. Il periodo aggiuntivo di tre mesi di copertura assicurativa per disoccupazione deve essere aggiunto successivamente al mese in cui è avvenuto la cessazione del rapporto di lavoro (es. lavoratore cessato nel mese di settembre 2023 avrà diritto alle prestazioni per i successivi mesi di ottobre, novembre e dicembre 2023).

3. D. Prima di richiedere una prestazione in convenzionamento diretto alla Cassa Edile/EdilCassa, l'iscritto può prenotare l'appuntamento con la struttura sanitaria?

R. Sì, ma è necessario che l'iscritto comunichi on-line alla Cassa (tramite invio di richiesta di prestazione in rete) il giorno e l'orario dell'appuntamento già concordato con la struttura sanitaria, che comunque non può essere precedente alle 72 ore (salvo casi di comprovata e particolare urgenza) rispetto alla richiesta presentata alla Cassa Edile/EdilCassa.

4. D. La comunicazione dei dati delle spese sanitarie utile per l'elaborazione delle dichiarazioni dei redditi precompilate (730 e Unico) è spedita all'iscritto richiedente oppure alla Cassa Edile/EdilCassa?

R. L'iscritto, previa registrazione nell'Area Riservata, potrà scaricare autonomamente l'informativa tramite l'apposito tasto presente nella sua area (come da immagine riportata).



5. D. La garanzia del Fondo Sanedil può operare anche all'estero?

R. Sì, Il Piano Sanitario ha validità in tutto il mondo con le medesime modalità con cui è operante in Italia. Qualora un iscritto abbia necessità in territorio estero di usufruire di una prestazione garantita dal Fondo in convenzionamento diretto è necessario che la Cassa Edile/Edilcassa, contattata dall'iscritto, accerti la presenza di una struttura convenzionata in quel territorio contattando la centrale operativa di Unisalute; in assenza di una struttura convenzionata l'Addetto della Cassa inviterà l'iscritto a recarsi presso una struttura privata non convenzionata, che potrà poi successivamente presentare la richiesta di rimborso alle stesse condizioni previste per la rete.

6. D. Entro quale termine l'iscritto può presentare una richiesta di rimborso/indennizzo?

R. Le domande di rimborso devono essere presentate entro il termine di due anni dalla data della fattura o del documento di spesa relativo alla prestazione fruita. Per i ricoveri il termine decorre dalla data delle dimissioni. Le fatture e i documenti di spesa trasmessi oltre i due anni non saranno rimborsati.

Si specifica che, per quanto riguarda la polizza UnipolSai limitatamente alle garanzie di rimborso correlato ad infortunio professionale/extraprofessionale, l'iscritto ha 24 mesi di tempo dall'infortunio per effettuare l'apertura del sinistro ed ulteriori 24 mesi per produrre i documenti di spesa da allegare alla richiesta di rimborso.

7. D. Gli iscritti possono richiedere il rimborso di una prestazione normalmente garantita in convenzionamento diretto erogata da una struttura sanitaria privata non convenzionata?

R. Dal 1° ottobre 2022, il Fondo Sanedil prevede la possibilità di richiedere il rimborso di una fattura emessa da una struttura sanitaria privata non convenzionata, relativa alle prestazioni garantite dal Fondo per mezzo di UniSalute, solo nei casi in cui entro una distanza stradale di 15 km non vi sia alcuna struttura convenzionata idonea ad erogare la specifica prestazione richiesta dall'iscritto (la cosiddetta "zona scoperta").

8. D. È necessaria una preventiva autorizzazione da parte di Unisalute per ottenere la condizione di “zona scoperta”?

R. Sì.

9. D. L’iscritto ha modo di verificare in totale autonomia la sussistenza del requisito della “zona scoperta”?

R. No, l’iscritto può ottenere in autonomia solamente un’informazione generica circa tutte le strutture odontoiatriche/non odontoiatriche convenzionate che insistono nella sua zona di residenza/domicilio, effettuando una ricerca tramite la funzione “trova la struttura convenzionata più vicina a te” disponibile nella sezione “Piani Sanitari” del sito www.fondosanedil.it. L’iscritto deve presentare una richiesta di prestazione in rete che dovrà essere processata e trasmessa dalla Cassa a Unisalute. In caso affermativo Unisalute fornirà alla Cassa un codice sinistro che quest’ultima provvederà a comunicare all’iscritto il quale si potrà recare presso la struttura sanitaria non convenzionata e richiedere successivamente il rimborso riportando sulla fattura il codice sinistro.

CONDIZIONI ASSICURATIVE

10. D. Le garanzie assicurative previste dai piani sanitari del Fondo sono riconosciute fino a quale età dell’iscritto?

R. Le garanzie assicurative ed i relativi obblighi contributivi trovano applicazione fino al compimento dell’81° anno d’età dell’iscritto, a condizione che lo stesso risulti occupato presso un’impresa edile.

11. D. L’annualità assicurativa di riferimento per il calcolo dei massimali coincide con l’anno cassa edile 1° ottobre - 30 settembre?

R. No. Dal 1° ottobre 2023 i massimali relativi alle prestazioni riconosciute da Unisalute ed in autogestione fanno riferimento al periodo 1° ottobre 2023 – 31 dicembre 2024. Dal 1° gennaio 2025 i massimali previsti faranno riferimento all’anno civile 1° gennaio 2025 – 31 dicembre 2025 e così a seguire per gli anni successivi. Per le garanzie riconosciute da UnipolSai dal 1° gennaio 2024 l’anno di riferimento per calcolare i massimali relativi al singolo sinistro coincide con l’anno civile 1° gennaio 2024 – 31 dicembre 2024 e così a seguire per gli anni successivi.

PROCEDURE DI REGISTRAZIONE AREA RISERVATA

12. D. Come deve comportarsi il lavoratore che non riesce ad accedere alla sua Area Riservata dopo la registrazione?

R. Il lavoratore deve inserire sempre come USERNAME il suo Codice Fiscale.

13. D. Cosa deve fare il lavoratore che ha inserito un indirizzo email errato in fase di registrazione e non riesce a ricevere l'email per la creazione dell'utenza?

R. Il lavoratore dovrà attendere 48h dalla richiesta effettuata per poi procedere ad effettuare una nuova registrazione con il corretto indirizzo email.

PRESTAZIONI IN AUTOGESTIONE

14. D. Nell'ambito dell'istruttoria di una prestazione in Autogestione, è necessaria la presenza della marca da bollo sui documenti di spesa?

R. Sì, fermo restando che la marca da bollo è obbligatoria su tutti i documenti di spesa emessi da professionisti abilitati, con importo pari o superiore a € 77,47 e, laddove non assolta virtualmente, deve essere apposta sul documento originale.

15. D. Se nella stessa fattura di acquisto sono presenti due montature, si devono inserire due distinte richieste di rimborso in autogestione?

R. Se le due montature sono relative allo stesso beneficiario può essere presentata un'unica richiesta; qualora invece i beneficiari siano differenti, anche le relative richieste di rimborso devono presentate distintamente.

16. D. Per le richieste di rimborso montatura in autogestione è obbligatorio fornire la variazione del visus comprovata da medico oculista/optometrista?

R. Dal 1° ottobre 2022 non è più necessario allegare l'attestazione di cambio visus; per ottenere il rimborso è sufficiente che l'acquisto della montatura sia correlato all'acquisto delle lenti o loro adattamento (anche a costo 0 ma con voce presente in fattura). Rimane obbligatorio allegare la comprovata variazione del visus per tutte le fatture con data antecedente al 01/10/2022.

17. D. Se nel documento di spesa sono presenti diversi ausili/ presidi si devono effettuare tante richieste per singolo ausilio/presidio acquistato?

R. Sì, è necessario presentare una richiesta per ogni categoria di ausilio/presidio, in quanto ogni sottocategoria gode di un sotto massimale differente.

18. D. Se il lavoratore presenta nella stessa data una richiesta di rimborso in autogestione per visita specialistica relativa all'anno edile 2023 e una relativa all'anno edile 2024, gli verranno rimborsate entrambe?

R. No, la guida alle garanzie prevede che il rimborso, se già usufruito con riferimento a una diversa annualità assicurativa, non possa essere nuovamente richiesto. Pertanto nel caso specifico si darà la priorità alla visita relativa all'anno edile 2024.

19. D. Quale tipo di prestazione sanitaria si può portare a rimborso attraverso la garanzia in autogestione per visite specialistiche?

R. Come riportato nella Guida informativa il rimborso della spesa sostenuta è riconosciuto esclusivamente per VISITE SPECIALISTICHE (quindi non per gli esami strumentali e/o esami del sangue) effettuate da medico specialista e non da personale sanitario (podologo, ortottista, fisioterapista). Per la richiesta di rimborso degli esami del sangue è possibile chiedere il rimborso del "Ticket per accertamenti diagnostici e Pronto Soccorso"

allegando copia della fattura o della ricevuta fiscale e copia della prescrizione medica o impegnativa con indicazione di patologia presunta o accertata. La copia dell'impegnativa, in caso di necessità, è recuperabile dal Fascicolo Sanitario Elettronico <https://www.fascicolosanitario.regione.lombardia.it/>

20. D. Se il lavoratore è stato assunto il 01/09/2023 ha diritto a chiedere il rimborso in autogestione per visite specialistiche?

R. No, per una corretta gestione della garanzia visite specialistiche relativa al periodo 1° ottobre 2023 - 31 dicembre 2024, riconosciuta in modalità autogestita, è necessario che il lavoratore risulti iscritto al Fondo, anche in maniera non continuativa, nelle 3 annualità assicurative precedenti alla data del 1° ottobre 2023. Resta inteso che il riconoscimento della garanzia è subordinato anche alla verifica della mancata fruizione, nel triennio di riferimento, di prestazioni previste dai piani sanitari del Fondo Sanedil da parte del lavoratore iscritto e/o del suo nucleo familiare.

21. D. Se il lavoratore presenta più fatture riconducibili allo stesso ciclo di trattamenti fisioterapici deve effettuare una richiesta in autogestione per ogni fattura?

R. No, tutte le fatture appartenenti allo stesso anno assicurativo vanno inserite nella stessa richiesta, utilizzando il tasto "Aggiungi" nella sezione "Nuova Prestazione", creando una riga per ogni fattura da liquidare. In questo modo sarà possibile liquidare l'intero importo in un'unica soluzione.

22. D. Quali trattamenti fisioterapici in autogestione sono rimborsabili?

R. Tutti i trattamenti fisioterapici effettuati da personale medico o paramedico abilitato alla terapia della riabilitazione il cui titolo sia riportato nel documento di spesa. Per quanto riguarda la Massofisioterapia ad esempio, sono rimborsabili tutti i trattamenti effettuati da Massofisioterapisti che abbiano conseguito il diploma entro il 17/03/1999 oppure, se successivo, che siano iscritti agli elenchi speciali entro il 30/06/2020.

23. D. Quanto tempo può intercorrere tra la data della prescrizione e la data del trattamento fisioterapico (data della fattura) riconosciuto in autogestione?

R. Il trattamento fisioterapico deve essere eseguito entro e non oltre i 12 mesi dalla data della prescrizione, emessa da un medico specialista o dal medico curante.