

Spettabili
Casse Edili/Edilcasse

e, p.c.

**CNCE - Commissione
nazionale paritetica per le
Casse Edili**

e

Parti Istitutive

Loro Sedi

Roma, 30 gennaio 2023

Prot. 0028023

Oggetto: Estensione garanzie Unisalute ed in Autogestione

In relazione all'anno assicurativo 1° ottobre 2022 – 30 settembre 2023, si comunica che gli Organi del Fondo, con apposita delibera, hanno accolto integralmente le proposte di modifica ai Piani sanitari gestiti per il tramite della Compagnia Unisalute, che interessano il lavoratore iscritto e il relativo nucleo familiare fiscalmente a carico così come già definito.

Di seguito, per una prima ed immediata conoscenza, si fornisce il dettaglio di tutte le novità contrattualizzate a fronte delle interlocuzioni intercorse tra il Fondo e la Compagnia Unisalute.

1) PIANO SANITARIO UNICO

Tutti gli assicurati (lavoratori iscritti e relativo nucleo familiare) possono beneficiare delle condizioni economiche applicate dal Piano Plus. Pertanto, per l'anno assicurativo in corso, le prestazioni riconosciute dalla Compagnia assicurativa Unisalute faranno riferimento ad un unico piano sanitario, ferma restando l'applicazione delle regole e condizioni economiche precedenti nel caso di richieste di rimborso con giustificativi di spesa riportanti una data antecedente al 1° ottobre 2022.

2) INSERIMENTO DELL'EROGATORE "FUORI RETE" IN TUTTO L'AMBITO ODONTOIATRICO IN AGGIUNTA ALL'IMPLANTOLOGIA

- ✓ **Prevenzione odontoiatrica:** con massimale di €35 per fattura, ferma la possibilità di effettuare la prestazione 1 volta l'anno.
- ✓ **Avulsione:** esclusivamente se è legata alle prestazioni di implantologia. Verranno pagate un massimo di 4 avulsioni l'anno per nucleo, senza scoperti o franchigie, con sottomassimale di €100 per avulsione. Le avulsioni previste rientreranno comunque sotto il massimale previsto per l'implantologia.
- ✓ **Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero:** senza scoperti o franchigie con un sottomassimale di €1.600 per anno/nucleo.
- ✓ **Cure odontoiatriche conservative:** con applicazione di uno scoperto del 40% per fattura e l'applicazione di un sottomassimale di €160 per anno/nucleo.
- ✓ **Ortodonzia:** con applicazione di uno scoperto del 50% per fattura e l'applicazione di un sottomassimale di €960 per anno/nucleo.

3) INSERIMENTO DELL'EROGATORE "FUORI RETE" IN AMBITO NON ODONTOIATRICO (CON L'ESCLUSIONE DELLE GARANZIE "MONITOR SALUTE" E "GRAVE INABILITÀ DETERMINATA DA INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO SUL LAVORO O GRAVI PATOLOGIE")

Per tutte le prestazioni non previste dall'area odontoiatrica, **esclusivamente nel caso di assenza di strutture convenzionate nel raggio di 15km dal luogo di domicilio dell'iscritto**, è prevista la possibilità di effettuare le prestazioni anche in strutture non convenzionate con le stesse condizioni (massimali, scoperti, franchigie, ecc.) previste ad oggi per l'erogazione in rete.

4) AUMENTO MASSIMALI PER LE SEGUENTI PRESTAZIONI

- ✓ **Alta specializzazione:** se risulta assicurato il solo lavoratore titolare il massimale passa da €5.000 a €7.000, in caso di titolare con nucleo familiare da €7.500 a €10.500 per anno.
- ✓ **Visite specialistiche:** se risulta assicurato il solo lavoratore titolare il massimale passa da €750 a €1.050, in caso di titolare con nucleo da €1.125 a €1.575 per anno.
- ✓ **Lenti:** se risulta assicurato il solo lavoratore titolare il massimale passa da €110 a €155, in caso di titolare con nucleo da €165 a €230 per anno.
- ✓ **Trattamenti fisioterapici:** se risulta assicurato il solo lavoratore titolare il massimale passa da €250 a €350, in caso di titolare con nucleo da €375 a €525 per anno.
- ✓ **Prestazioni diagnostiche particolari:**
 - a) **Prevenzione cardiovascolare,** aumento della spesa massima autorizzata per il pacchetto: da €150 a €210 per anno.
 - b) **Prevenzione delle patologie oncologiche genitali femminili e mammarie,** aumento della spesa massima autorizzata per il pacchetto: da €120 a €170 per anno.
 - c) **Prevenzione delle patologie oncologiche prostatiche,** aumento della spesa massima autorizzata per il pacchetto: da €120 a €170 per anno.

5) ELIMINAZIONE DELLE FRANCHIGIE PREVISTE PER I TICKET PER LE PRESTAZIONI DI:

- ✓ Alta specializzazione
- ✓ Visite specialistiche
- ✓ Accertamenti diagnostici e pronto soccorso
- ✓ Trattamenti fisioterapici

6) INTRODUZIONE DELLA PRESTAZIONE "PROTESI MOBILI DENTARIE" USUFRUIBILE DA TUTTI GLI ASSICURATI CON I SEGUENTI LIMITI:

- ✓ **Rete:** scoperto 25% per fattura
- ✓ **Fuori Rete (cfr. odontoiatria):** scoperto 40% per fattura
- ✓ **SSN:** rimborso integrale ticket
- ✓ **Massimale:** €500 per anno per nucleo con sottomassimale di €400 per prestazioni in Fuori Rete per anno per nucleo

In riferimento alle garanzie erogate in autogestione dal Fondo, si conferma per l'anno assicurativo in corso 1° ottobre 2022 - 30 settembre 2023 l'esclusiva applicazione dei massimali riconducibili al Piano sanitario Plus per tutti gli assicurati; quindi, anche in questo caso le prestazioni verranno riconosciute nel rispetto delle condizioni economiche previste da un unico piano sanitario.

Resta inteso che, per le richieste di rimborso con giustificativi di spesa fino al 30 settembre 2022, alle garanzie in autogestione verranno applicate le regole e le condizioni economiche riconducibili ai Piani Base e Plus, così come richiamate dalle specifiche Guide alle garanzie in uso fino a tale data.

Diversamente, per le richieste di rimborso con giustificativi di spesa con data a decorrere dal 1° ottobre 2022, alle garanzie in autogestione (montatura lenti, presidi e ausili, fisioterapia riabilitativa e visite specialistiche) verranno applicate le condizioni economiche dell'unico piano sanitario previsto, come di seguito rappresentate.

RIMBORSO SPESE MONTATURA LENTI BUDGET € 1.000.000 FINO AL 30 SETTEMBRE 2023 MASSIMALE CONDIVISO CON NUCLEO FAMILIARE FISCALMENTE A CARICO	
PIANO PLUS	
MASSIMALE ANNUO € 150	
Il massimale annuo potrà essere raggiunto sommando più richieste di rimborso	

RIMBORSO SPESE PER AUSILI/PRESIDI BUDGET € 1.000.000 FINO AL 30 SETTEMBRE 2023 MASSIMALE E SOTTOMASSIMALI CONDIVISI CON NUCLEO FAMILIARE FISCALMENTE A CARICO	
PIANO PLUS	
MASSIMALE ANNUO € 315	
GARANZIA	SOTTOMASSIMALE
✓ Stampelle, bastoni, tripodi, quadripodi e diversi deambulatori	€ 30
✓ Sedia a rotelle	€ 120
✓ Plantari ortopedici	€ 120
✓ Busto ortopedico	€ 80
✓ Corsetto ortopedico	€ 50
✓ Tutori/ortesi ortopedico	€ 65
✓ Contenitore addominale	€ 35
✓ Calzature ortopediche	€ 100
Il rimborso potrà essere riconosciuto nei limiti dei sottomassimali previsti per ciascuna garanzia e fino al raggiungimento del relativo massimale annuo	


RIMBORSO SPESE PER TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI BUDGET € 2.500.000 FINO AL 30 SETTEMBRE 2023 MASSIMALI PER IL SOLO ISCRITTO	
PIANO PLUS	
MASSIMALE ANNUO € 500	
Il massimale potrà essere raggiunto sommando più richieste	

RIMBORSO SPESE PER VISITE SPECIALISTICHE BUDGET € 2.500.000 FINO AL 30 SETTEMBRE 2023 MASSIMALI CONDIVISI CON NUCLEO FAMILIARE FISCALMENTE A CARICO
PIANO PLUS
MASSIMALE ANNUO € 200
Il massimale potrà essere raggiunto nei limiti di due visite complessive.

Si fa riserva di rendere disponibile sul portale informatico del Fondo le nuove guide e la modulistica aggiornata, nonché di fornire in tempi brevi apposite comunicazioni con i dettagli tecnici ed operativi per consentire agli addetti delle Casse una puntuale gestione delle pratiche sanitarie richieste, anche sulla base di tutte le novità sopra rappresentate.

Nel confermare la massima disponibilità per eventuali chiarimenti in merito, con l'occasione si porgono i migliori saluti.

Il Vice Presidente
Antonio Di Franco



Il Presidente
Augusto Vogliotti

