



Guida al Piano Socio Sanitario

Per tutte le prestazioni previste
dal Piano socio sanitario
consulti:
www.wila.it

PER USUFRUIRE DI TUTTE LE PRESTAZIONI SOCIALI
ED ALCUNE PRESTAZIONI SANITARIE È NECESSARIO
ACCEDERE AD UNO DEGLI SPORTELLI
DI ASSISTENZA.

IN OGNI PROVINCIA
SONO PRESENTI NUMEROSI SPORTELLI
L'ELENCO È CONSULTABILE
SUL SITO WILA

Numero dedicato W.I.L.A.
0229527866

Per tutte le prestazioni previste
dal Piano sanitario consulti:
www.unisalute.it

**Numero Verde
dedicato W.I.L.A.
800-009659**

dall'estero: prefisso per l'Italia
+ 051.63.89.046

orari:

8,30 – 19,30 dal lunedì al venerdì

In applicazione delle nuove disposizioni del Decreto Legislativo 209/2005 art.185 "Informativa al contraente" si informa che:

- La legislazione applicata al contratto è quella italiana;
- **Reclami:** eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a:

UniSalute S.p.A. - Funzione Reclami Via Larga, 8 - 40138 Bologna
fax 051- 7096892 e-mail reclami@unisalute.it.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio tutela degli utenti, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, telefono 06.42.133.1. I reclami indirizzati all'IVASS contengono:

- a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- c) breve descrizione del motivo di lamentela;
- d) copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Le informazioni utili per la presentazione dei reclami sono riportate anche sul sito internet della Compagnia: www.unisalute.it. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione delle responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà **di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.**

Guida al Piano Socio Sanitario

Fondo W.I.L.A.

(Welfare Integrativo Lombardo dell'Artigianato)

Questo manuale è stato predisposto in modo da costituire un agile strumento esplicativo; in nessun caso può sostituire il Regolamento del Fondo ed il nomenclatore delle Prestazioni, di cui si evidenziano esclusivamente le caratteristiche principali e che restano, pertanto, gli unici strumenti validi per un completo ed esauriente riferimento.

Le prestazioni del piano sono garantite da:



SOMMARIO

PIANO SOCIALE

1.	GLOSSARIO	14
2.	PRESENTAZIONE	15
3.	LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA	15
4.	COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SOCIALE	15
5.	AGGIORNAMENTO DATI	16
6.	REGOLARITÀ CONTRIBUTIVA	16
7.	LE PRESTAZIONI DEL PIANO SOCIALE	17
7.1	Borse di studio per i figli dei dipendenti	18
7.1.1	Rette per asili nido	19
7.2	Borse di studio per i dipendenti	20
7.2.1	Conferma in qualifica in apprendistato	21
8.	ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI	22
8.1	Estensione territoriale	22
8.2	Limiti di età	22
8.3	Lavoratori esclusi dal piano sociale	22

PIANO SANITARIO

2.	PRESENTAZIONE	24
3.	COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO	24
3.1	SE L'ISCRITTO SCEGLIE UNA DELLE STRUTTURE CONVENZIONATE DA UNISALUTE PER IL FONDO W.I.L.A.	24
3.2	SE L'ISCRITTO SCEGLIE UNA DELLE STRUTTURE NON CONVENZIONATE DA UNISALUTE PER IL FONDO W.I.L.A.	25
3.3	SE L'ISCRITTO SCEGLIE IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	26
4.	SERVIZI ONLINE E MOBILE	26
4.1	COME REGISTRARSI AL SITO WWW.UNISALUTE.IT PER ACCEDERE AI SERVIZI NELL'AREA SERVIZI CLIENTI?	27
4.2	COME PRENOTARE ONLINE LE PRESTAZIONI PRESSO LE STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE?	27
4.3	COME AGGIORNARE ONLINE I PROPRI DATI?	28
4.4	COME RICHIEDERE IL RIMBORSO DI UNA PRESTAZIONE?	28
4.5	COME CONSULTARE L'ESTRATTO CONTO E QUINDI LO STATO DELLE RICHIESTE DI RIMBORSO?	28
4.6	COME CONSULTARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO E LE STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE?	29
4.7	COME OTTENERE PARERI MEDICI?	29
4.8	COME FACCIO A SCARICARE L'APP UNISALUTE?	29
5.	LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA	30
6.	LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO	30
6.1	OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO	31
6.2	INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE	32
6.3	INDENNITÀ DI MATERNITÀ O PATERNITÀ	33
6.4	INDENNIZZO A SEGUITO DI MALATTIE O INFORTUNI CHE RICHIEDANO UN'ASTENSIONE DAL LAVORO SUPERIORE AI 180 GIORNI	34
6.5	TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO	35

6.6	ODONTOIATRIA – TERAPIE CONSERVATIVE/OTTURAZIONE	35
6.7	CURE DENTARIE DA INFORTUNIO	36
6.8	ODONTOIATRIA – TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE PER TUTTE LE PRESTAZIONI ODONTORiatriche E ORTODONTICHE	37
6.9	STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA	37
6.9.1	STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE.....	37
6.9.2	STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEA	47
6.10	SERVIZI DI CONSULENZA	52
6.11	INDENNIZZO A FORFAIT PER LE SPESE MEDICHE, SANITARIE E DI ASSISTENZA SOSTENUTE PER I FIGLI DISABILI	52
6.12	INDENNIZZO A FORFAIT PER LE SPESE MEDICHE, SANITARIE E DI ASSISTENZA SOSTENUTE PER IL GENITORE RICOVERATO IN RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE (RSA)	53
6.13	CAMPAGNA STRAORDINARIA 2017: PACCHETTO MATERNITÀ (COPERTURA OPERANTE ESCLUSIVAMENTE PER LE CONIUGI/ CONVIVENTI MORE UXORIO DEGLI ISCRITTI)	54
7.	Casi di non operatività del piano	55
8.	Alcuni chiarimenti importanti	58
8.1	ESTENSIONE TERRITORIALE	58
8.2	LIMITI DI ETÀ	58
8.3	GESTIONE DEI DOCUMENTI DI SPESA (FATTURE E RICEVUTE)	58

PIANO SOCIALE

GLOSSARIO

A

Anno

Periodo di tempo pari a 365 giorni, o a 366 giorni in caso di anno bisestile. Anno solare 1° gennaio - 31 dicembre.

Apprendistato

Rapporto di lavoro subordinato in base al quale un imprenditore assume nella propria azienda un giovane lavoratore, allo scopo di fornirgli l'addestramento tecnico necessario ad acquisire una specializzazione anche seguendo specifici percorsi di formazione.

C

Contributo

Importo dovuto dall'azienda a WILA in base al CCRL.

D

Data Evento

Il momento, la circostanza in cui matura il diritto di richiesta di prestazione.

I

Indennità

Importo erogato da WILA all'iscritto in caso di riconosciuto diritto alla prestazione.

M

Monoparentale

Famiglia caratterizzata dalla presenza di un solo genitore.

R

Regolarità contributiva

Puntualità e continuità dei versamenti a WILA, da parte delle imprese, al fine di accedere alle indennità previste dalle prestazioni sociali come stabilito dal regolamento.

2. PRESENTAZIONE

Con la “Guida al Piano sociale Fondo W.I.L.A.” intendiamo offrire un utile supporto per la comprensione e l'utilizzo della copertura sociale.

Consigliamo al dipendente di seguire quanto indicato nella Guida ogni volta che deve utilizzare il Piano sociale.

3. LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA

Al Fondo aderiscono, in base all'Accordo sulla Contrattazione Collettiva Regionale di Lavoro del 2 aprile 2012, le imprese che applicano i seguenti Contratti Collettivi Regionali di Lavoro (CCRL):

- CCRL dell'Area Legno e Lapidei
- CCRL dell'Area Acconciatura, Estetica e Centri benessere
- CCRL dell'Area Chimica - Ceramica
- CCRL dell'Area Alimentari e della Panificazione
- CCRL dell'Area della Comunicazione
- CCRL dell'Area Tessile Moda
- CCRL dell'Area Metalmeccanica

È prevista l'iscrizione al Fondo delle seguenti tipologie di lavoratori:

- lavoratori a tempo indeterminato
- apprendisti
- lavoratori a tempo determinato con contratto pari o superiore a 12 mesi
- lavoratori dipendenti delle associazioni datoriali e delle organizzazioni sindacali costituenti il Fondo e delle loro strutture operative e di servizio
- aziende artigiane o piccole medie imprese che non rientrassero nel precedente elenco, se lo ritenessero opportuno, possono comunque iscrivere i loro dipendenti.

4. COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SOCIALE

Per la presentazione delle prestazioni sociali il Fondo W.I.L.A. ha attivato su tutto il territorio lombardo una rete di sportelli presso le sedi delle Organizzazioni Artigiane e Sindacali.

L'elenco aggiornato degli sportelli è facilmente consultabile su www.wila.it.

Le richieste di prestazioni sociali **devono essere presentate** dal lavoratore allo sportello territoriale, consegnando personalmente un documento di identità e la documentazione prevista per ogni tipologia di prestazione (indicata su www.wila.it nell'area Prestazioni Sociali).

Lo sportello prende in carico la domanda se:

- a) il dipendente risulta iscritto a WILA;
- b) c'è la regolarità contributiva del versamento aziendale per il dipendente sulla base della data evento della domanda;
- c) sono stati allegati tutti i documenti previsti.

Al momento dell'accettazione della domanda viene rilasciata al lavoratore una ricevuta di consegna.

Il Fondo W.I.L.A. erogherà l'indennità, in seguito al caricamento ed accettazione della domanda, direttamente sul conto corrente bancario del dipendente di cui avrà fornito il codice IBAN, entro 60 giorni dalla data della ricevuta.

L'iscritto non dovrà sostenere alcuna spesa per la presentazione allo sportello delle richieste di prestazioni in quanto il servizio è gratuito.

5. AGGIORNAMENTO DATI

L'iscritto per aggiornare i propri dati anagrafici e bancari può inviare una comunicazione al seguente indirizzo: info@wila.it

6. LA REGOLARITÀ CONTRIBUTIVA

Considerato che alla presentazione della domanda viene verificata la regolarità contributiva dell'azienda, di seguito spieghiamo quanto segue:

la regolarità contributiva è accertata per ciascun mese, per via amministrativa, sei mesi dopo il mese di presenza del lavoratore in azienda, mese per il quale è stato versato il contributo.

La regolarità contributiva pertanto risulta se il sesto mese precedente la data evento della domanda è stato regolarmente versato.

Esempio: Data evento **ottobre** - mese per il quale ci deve essere la regolarità contributiva **aprile dello stesso anno**.

7. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SOCIALE

Il Piano sociale è suddiviso in due sezioni ed operante per le seguenti prestazioni:

- 1) Borse di studio per i figli dei dipendenti
- 2) Rette asili nido, pubblici e privati, legalmente riconosciuti
- 3) Borse di studio per i dipendenti
- 4) Premio per la conferma in qualifica in apprendistato

In via ordinaria per gli eventi che maturano nel corso del mese di dicembre, le domande possono essere presentate entro il 31 gennaio dell'anno successivo.

PRIMA SEZIONE

La presente sezione è dedicata esclusivamente ai figli del dipendente iscritto al Fondo W.I.L.A.

- BORSE DI STUDIO
- RETTE ASILI NIDO

SECONDA SEZIONE

La presente sezione è dedicata esclusivamente ai dipendenti iscritti al Fondo W.I.L.A.

- BORSE DI STUDIO
- PREMIO PER CONFERMA IN QUALIFICA IN APPRENDISTATO

PRIMA SEZIONE

La presente sezione è dedicata esclusivamente ai figli dei dipendenti iscritti al Fondo W.I.L.A.

7.1 BORSE DI STUDIO PER I FIGLI DEI DIPENDENTI

Erogazione a titolo forfettario, di una borsa di studio a favore del dipendente i quali figli abbiano raggiunto una delle seguenti condizioni:

- Diploma di istruzione secondaria superiore
- Iscrizione, in corso, al secondo anno di università

Data per il controllo della regolarità contributiva: per il diploma è la data di conseguimento del titolo di studio; per l'iscrizione al secondo anno di università è la data di pagamento del MAV.

Termine di presentazione della domanda:

Diploma

Entro il 31 dicembre di ogni anno

Università

Entro il 31 dicembre di ogni anno

Entro il 28 febbraio dell'anno successivo per i pagamenti effettuati nei mesi da settembre a dicembre

Regolarità contributiva:

ESEMPIO PER DIPLOMA

Data presentazione richiesta: settembre

Data evento: luglio

Mese di regolarità contributiva: gennaio dello stesso anno

ESEMPIO PER 2° ANNO DI UNIVERSITÀ

Data presentazione richiesta: novembre

Data evento: ottobre

Mese di regolarità contributiva: aprile dello stesso anno

Documentazione necessaria:

- copia documento di identità del dipendente
- dichiarazione sostitutiva dello stato di famiglia e del codice IBAN
- in caso di diploma: copia del diploma/attestato sostitutivo rilasciato dalla scuola o dichiarazione sostitutiva del titolo di studio;
- in caso di università: copia del MAV o ricevuta di pagamento della prima rata di iscrizione al secondo anno di università

Indennità erogata non soggetta ad alcuna ritenuta fiscale
€ 500,00 per i diplomi di maturità
€ 400,00 per iscrizione al secondo anno di università

7.1.1 RETTE ASILI NIDO

Indennità erogata per l'anno scolastico, a titolo forfettario, a favore del dipendente che utilizza per il proprio figlio asilo nido pubblico o privato, legalmente riconosciuto.

Data per il controllo della regolarità contributiva: data di pagamento di una retta mensile

Termine di presentazione della domanda: dalla maturazione dell'evento (quietanza di pagamento di una retta mensile dell'asilo nido) ed entro il 31 dicembre di ogni anno.

Regolarità contributiva:

ESEMPIO

Data presentazione richiesta: ottobre

Data evento: giugno

Mese di regolarità contributiva: dicembre dell'anno precedente

Documentazione necessaria:

- quietanza di pagamento di una retta mensile dell'asilo nido
- copia documento di identità del dipendente
- dichiarazione sostitutiva dello stato di famiglia e del codice IBAN

Indennità erogata non soggetta ad alcuna ritenuta fiscale
€ 700,00 per famiglie monoparentali
(presenza di un solo genitore o un solo reddito)
€ 500,00 per le altre famiglie

SECONDA SEZIONE

La presente sezione è dedicata esclusivamente ai dipendenti iscritti al Fondo W.I.L.A.

7.2 BORSE DI STUDIO PER I DIPENDENTI

Indennità erogata a titolo forfettario, a favore del dipendente che abbia raggiunto uno dei seguenti diplomi:

- diploma conseguito al termine di un corso triennale
- diploma di scuola di istruzione secondaria
- corsi o diploma di laurea, triennale o magistrale

Data per il controllo della regolarità contributiva: data di conseguimento del titolo di studio

Termine di presentazione della domanda: dalla maturazione dell'evento (data conseguimento del titolo di studio) ed entro il 31 dicembre di ogni anno

Regolarità contributiva:

ESEMPIO

Data presentazione richiesta: novembre

Data evento: luglio

Mese di regolarità contributiva: gennaio dello stesso anno

Documentazione necessaria:

- copia documento di identità del dipendente
- dichiarazione codice IBAN
- copia del diploma / attestato sostitutivo rilasciato dalla scuola o dichiarazione sostitutiva del titolo di studio

Indennità erogata
€ 400,00 lordi per corsi triennali
€ 500,00 lordi per i diplomi di maturità
€ 600,00 lordi per corsi/diploma di laurea

7.2.1 PREMIO PER CONFERMA IN QUALIFICA IN APPRENDISTATO

Indennità erogata, a titolo forfettario, a favore del dipendente apprendista che consegue nel corrente anno la qualifica di operaio/impiiegato.

Data per il controllo della regolarità contributiva: data di conseguimento della qualifica

Termine di presentazione della domanda: dalla maturazione dell'evento (data conseguimento qualifica) ed entro il 31 dicembre di ogni anno

Regolarità contributiva:

ESEMPIO

Data presentazione richiesta: dicembre

Data evento: settembre

Mese di regolarità contributiva: marzo dello stesso anno

Documentazione necessaria:

- copia documento di identità del dipendente
- dichiarazione codice IBAN
- cedolino paga riferito al mese di conseguimento della qualifica
- copia lettera di assunzione con qualifica di apprendista o modello UNILAV riferito all'assunzione
- documento attestante il raggiungimento della qualifica (es. lettera di conferma del rapporto di lavoro a tempo indeterminato)
- in caso di non conferma del rapporto di lavoro allegare copia modello UNILAV e copia lettera di licenziamento

Indennità erogata
€ 400,00 lordi

8. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI

8.1 ESTENSIONE TERRITORIALE

Gli sportelli dove presentare le richieste di prestazioni sono presenti solo in regione Lombardia.

8.2 LIMITI DI ETÀ

Il Piano sociale ha validità fino al raggiungimento del 67° anno di età del dipendente.

8.3 LAVORATORI ESCLUSI DAL PIANO SOCIALE

Sono esclusi dal versamento al Fondo le seguenti tipologie di lavoratori:

- Lavoratori e lavoratrici a chiamata che, nel mese di riferimento per i versamenti, non prestino la loro opera e per i quali non sia prevista l'indennità di disponibilità;
- Lavoratori e lavoratrici a domicilio esclusivamente in relazione ai mesi per i quali non vi siano commesse;
- Lavoratori e lavoratrici a termine con contratti instaurati per durate inferiori a 12 mesi. I rinnovi non sono cumulabili (esempio contratto determinato 6 mesi + 8 mesi)
- Lavoratori e lavoratrici in aspettativa non retribuita
- Lavoratori e lavoratrici inquadrati nel CCRL delle Pulizie, dell'Edilizia e dell'Autotrasporto

PIANO SANITARIO

2. PRESENTAZIONE

La “Guida al Piano sanitario Fondo W.I.L.A.” è un utile supporto per l’utilizzo della copertura sanitaria.

Consigliamo all’Iscritto di seguire quanto indicato nella Guida ogni volta che deve utilizzare il Piano sanitario.

I servizi online offerti da UniSalute

Su www.unisalute.it, l’Iscritto ha a disposizione un’area riservata con pratiche funzioni online che rendono ancora più veloce e semplice utilizzare il Piano sanitario.

I servizi online sono attivi 24 ore su 24 tutti i giorni dell’anno e sono disponibili anche in versione mobile per smartphone e tablet! Per saperne di più l’Iscritto deve consultare il capitolo 4 della presente Guida.

3. COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

3.1 SE L’ISCRITTO SCEGLIE UNA DELLE STRUTTURE CONVENZIONATE DA UNISALUTE PER IL FONDO W.I.L.A.

Per le coperture che lo prevedono, UniSalute ha convenzionato per il Fondo W.I.L.A. un network di strutture sanitarie private che garantiscono elevati standard in termini di professionalità medica, tecnologia sanitaria, comfort e ospitalità.

L’elenco delle strutture sanitarie convenzionate, è disponibile su www.unisalute.it nell’Area servizi clienti o telefonando alla Centrale Operativa. E’ sempre aggiornato e facilmente consultabile.

Utilizzando le strutture convenzionate, l’Iscritto usufruisce di tanti vantaggi:

- non deve sostenere alcuna spesa (ad eccezione di quanto previsto dalle singole coperture) perché il pagamento delle prestazioni avviene direttamente tra il Fondo W.I.L.A., Unisalute e la struttura convenzionata;
- riduce al minimo i tempi di attesa tra la richiesta e la prestazione.



Prenotazione veloce

Prenota online o su app e usufruisci del servizio di **prenotazione veloce!**

Al momento della prestazione, che deve essere **preventivamente autorizzata dal Fondo W.I.L.A. attraverso UniSalute**, l'Iscritto dovrà presentare alla struttura convenzionata un documento di identità e, quando richiesta, la prescrizione del Medico curante con l'indicazione della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

Il Fondo W.I.L.A., attraverso Unisalute, pagherà le spese per le prestazioni sanitarie autorizzate direttamente alla struttura convenzionata. L'Iscritto dovrà sostenere delle spese all'interno della struttura convenzionata solo nei casi in cui parte di una prestazione non sia compresa dalle prestazioni del Piano sanitario.

Importante

Prima di una prestazione in una struttura convenzionata, l'Iscritto deve verificare se il Medico scelto è convenzionato da UniSalute per il Fondo W.I.L.A. L'Iscritto deve utilizzare la **funzione di Prenotazione sul sito www.unisalute.it** nell'Area clienti, è comodo e veloce!

3.2 SE L'ISCRITTO SCEGLIE UNA DELLE STRUTTURE NON CONVENZIONATE DA UNISALUTE PER IL FONDO W.I.L.A.

Per le coperture che lo prevedono, il Piano sanitario offre anche la possibilità all'Iscritto di utilizzare strutture sanitarie private non convenzionate. Il rimborso delle spese sostenute avverrà secondo quanto previsto per le singole prestazioni.

Per chiedere il rimborso delle spese **l'Iscritto può accedere al sito www.unisalute.it all'interno dell'Area clienti: può inviare i documenti direttamente dal sito.**



Richiesta rimborso online

Chiedi online il rimborso delle spese: invia i documenti in formato elettronico (upload) e risparmi tempo!

Se l'Iscritto non può accedere a internet deve inviare copia della documentazione a **Fondo W.I.L.A. presso UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - c/o CMP BO - Via Zanardi, 30 - 40131 Bologna BO.**

Di seguito indichiamo la documentazione generalmente richiesta per il rimborso delle spese sanitarie sostenute, salvo quanto previsto dalle singole coperture del Piano sanitario:

- il **modulo di richiesta rimborso** debitamente compilato e sottoscritto;
- **documentazione** indicata in dettaglio alle singole coperture;
- copia della **documentazione di spesa** (distinte e ricevute) in cui risulti il quietanzamento.

Per una corretta valutazione della richiesta di rimborso il Fondo W.I.L.A., attraverso UniSalute, avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali.

Il Fondo W.I.L.A., attraverso UniSalute, potrebbe richiedere eventuali controlli medici anche attraverso il rilascio di una specifica autorizzazione per superare il vincolo del segreto professionale cui sono sottoposti i Medici che hanno effettuato visite e cure.

3.3 SE L'ISCRITTO SCEGLIE IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Per le coperture che lo prevedono, se l'Isritto utilizza il Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) o strutture private accreditate dal S.S.N., può chiedere il rimborso dei ticket su www.unisalute.it all'interno dell'Area clienti. E' facile e veloce!



Valutazione rimborso in 20 giorni

Chiedi online il rimborso ticket: segui la breve procedura guidata e **invia i documenti in formato elettronico. Risparmi tempo e ricevi la valutazione della tua richiesta entro 20 giorni!**

In alternativa l'Isritto deve inviare a **Fondo W.I.L.A. presso UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - c/o CMP BO - Via Zanardi, 30 - 40131 Bologna BO**, la documentazione necessaria.

4. SERVIZI ONLINE E MOBILE

Tanti comodi servizi a disposizione dell'Isritto 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno. Sul sito www.unisalute.it all'interno dell'Area clienti l'Isritto può:

- **prenotare** le prestazioni effettuabili **in strutture sanitarie e personale convenzionato da UniSalute per il Fondo W.I.L.A. e ricevere velocemente la conferma dell'appuntamento;**
- **verificare e aggiornare** i suoi **dati** e le sue **coordinate bancarie;**
- **chiedere i rimborsi delle prestazioni e inviare la documentazione direttamente dal sito (upload);**
- visualizzare l'**estratto conto** con lo stato di lavorazione delle richieste di rimborso;
- consultare le **prestazioni** del proprio **Piano sanitario;**
- consultare l'elenco delle **strutture sanitarie convenzionate;**
- ottenere **pareri medici.**

4.1 COME REGISTRARSI AL SITO WWW.UNISALUTE.IT PER ACCEDERE AI SERVIZI NELL'AREA SERVIZI CLIENTI?

E' semplicissimo. Basta accedere all'apposita funzione dedicata alla Registrazione Clienti sul sito UniSalute.

Come registrarsi al sito e conoscere la propria Username e Password?

Nella home page del sito www.unisalute.it l'Iscritto deve accedere alla funzione "Registrati" e compilare la maschera con i dati richiesti.

Ricordiamo all'Iscritto che per garantire i massimi livelli di sicurezza e di protezione delle informazioni, username e password devono essere diverse tra loro e la password deve essere almeno di 8 caratteri.

Inoltre la password va rinnovata ogni 6 mesi e un messaggio automatico indicherà quando sarà necessario fare la variazione.

Come recuperare Username e Password se le dimentico?

Basta cliccare sul bottone "Non ricordi password?" sulla home page e inserire i dati richiesti. Procederemo a inviare all'Iscritto all'indirizzo e-mail indicato le credenziali di accesso al sito.

4.2 COME PRENOTARE ONLINE LE PRESTAZIONI PRESSO LE STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE?

Attraverso il sito l'Iscritto può prenotare presso le strutture convenzionate le prestazioni previste dal suo Piano sanitario non connesse ad un ricovero.

L'Iscritto deve entrare nell'area clienti e accedere alla **funzione "Prenotazione"**. In base alle sue esigenze può:

- prenotare direttamente la prestazione compilando l'apposito form;
- visualizzare tutti i dettagli relativi alla sua prenotazione;
- disdire o cambiare una prenotazione.



Prenotazione veloce

Prenota online e usufruisci del servizio di **prenotazione veloce!**

4.3 COME AGGIORNARE ONLINE I PROPRI DATI?

L'Iscritto deve entrare nell'Area Clienti e **accedere all'area "Aggiorna dati"**. In base alle sue esigenze può:

- aggiornare l'indirizzo e i dati bancari (codice IBAN);
- comunicare il suo numero di cellulare e il suo indirizzo e-mail per ricevere comodamente sul cellulare o sulla sua e-mail, utili messaggi.



Sistema di messaggistica via e-mail e via SMS

Ricevi **conferma dell'appuntamento** fissato presso la struttura sanitaria convenzionata con indicazione di luogo, data e ora dell'appuntamento; **comunicazione dell'autorizzazione** ad effettuare la prestazione; notifica di ricezione della documentazione per il rimborso; **richiesta del codice IBAN**, se mancante; conferma dell'avvenuto **rimborso**.

4.4 COME RICHIEDERE IL RIMBORSO DI UNA PRESTAZIONE?

L'Iscritto deve entrare nell'area Clienti e accedere alla sezione "Rimborsi" e selezionare la funzione di interesse.



Richiesta rimborso online

Chiedi online il rimborso delle prestazioni: **invia i documenti in formato elettronico (upload) e risparmi tempo!**

Se l'Iscritto non può accedere a internet, deve utilizzare il modulo di rimborso e inviarlo insieme a copia di tutta la documentazione richiesta a **Fondo W.I.L.A. presso UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - c/o CMP BO - Via Zanardi, 30 - 40131 Bologna BO.**

4.5 COME CONSULTARE L'ESTRATTO CONTO E QUINDI LO STATO DELLE RICHIESTE DI RIMBORSO?

L'Iscritto deve entrare nell'Area clienti e **accedere alla sezione "Estratto conto"**.

L'estratto conto online è un rapido e comodo strumento di informazione sullo stato delle sue richieste di rimborso.

L'aggiornamento dei dati è quotidiano e può consultarlo in ogni momento per conoscere in tempo reale l'iter e l'esito di ogni sua richiesta di rimborso, visualizzare per quali richieste di rimborso deve inviare documentazione mancante, accelerando così la procedura di rimborso, oppure le motivazioni del mancato pagamento.

Per ogni documento vengono indicati, oltre ai dati identificativi del documento stesso, l'importo che abbiamo rimborsato e quello rimasto a suo carico. Tutte le pagine visualizzate sono stampabili.

4.6 COME CONSULTARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO E LE STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE?

L'Iscritto deve eseguire il Login al sito cliccando su Entra/Login e **accedere all'area "Prestazioni e strutture convenzionate"**.

L'Iscritto deve selezionare la funzione di suo interesse per visualizzare le prestazioni del proprio Piano Sanitario o l'elenco delle strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo W.I.L.A.

4.7 COME OTTENERE PARERI MEDICI?

Nell'Area Clienti l'Iscritto ha a disposizione la funzione "il Medico **risponde**", attraverso la quale può ottenere pareri medici online, direttamente sulla sua mail. Se ha dubbi che riguardano la sua salute e vuole un parere medico da uno specialista questo è il posto giusto per parlare di cure, per richiedere consigli e affrontare problemi e incertezze sul suo benessere.

L'Iscritto può entrare ed inviare le sue domande ai nostri Medici. Gli risponderanno via e-mail, nel più breve tempo possibile. Le risposte alle domande più interessanti e sui temi di maggiore interesse vengono pubblicate sul sito a disposizione dei clienti rispettando il più assoluto anonimato

4.8 COME FACCIO A SCARICARE L'APP UNISALUTE?

L'app UniSalute è **disponibile per smartphone e tablet** e può essere **scaricata gratuitamente da App Store e Play Store**. Accedi allo store e cerca "UniSalute" per avere sempre a portata di mano i nostri servizi.

AREA RISERVATA AI CLIENTI

Accedi con le stesse credenziali che utilizzi per entrare nell'Area clienti su www.unisalute.it e consulta ovunque ti trovi le tue funzioni riservate.

PREVENZIONE ONLINE

Utili test per la salute:

- test visivo;
- test audiometrico;
- qualità del sonno;
- prevenzione dentale: uno strumento “per grandi e piccoli” per una corretta igiene orale.

5. LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA

Al Fondo aderiscono le imprese della regione Lombardia di cui all’Accordo sulla Contrattazione Collettiva Regionale di Lavoro del 2 aprile 2012, a favore dei loro lavoratori dipendenti.

6. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

Il Piano sanitario è operante in caso di malattia e di infortunio avvenuto dopo la data di effetto del Piano stesso per le seguenti prestazioni:

PRIMA SEZIONE

La presente sezione è dedicata esclusivamente ai genitori del dipendente iscritto al Fondo W.I.L.A., a prescindere dalla convivenza con il dipendente.

- OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE

SECONDA SEZIONE

La presente sezione è dedicata esclusivamente ai titolari iscritti al Fondo W.I.L.A.

- INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE
- INDENNITÀ DI MATERNITÀ O DI PATERNITÀ
- INDENNIZZO A SEGUITO DI MALATTIE O INFORTUNI CHE RICHIEDANO UN’ASTENSIONE DAL LAVORO SUPERIORE AI 180 GIORNI
- TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO
- ODONTOIATRIA – TERAPIE CONSERVATIVE/OTTURAZIONE
- CURE DENTARIE DA INFORTUNIO
- ODONTOIATRIA – TARIFFE AGEVOLATE PER TUTTE LE PRESTAZIONI ODONTORIATRICHE E ORTODONTICHE
- STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA
- SERVIZI DI CONSULENZA

TERZA SEZIONE

- INDENNIZZO A FORFAIT PER LE SPESE MEDICHE, SANITARIE E DI ASSISTENZA SOSTENUTE PER I FIGLI DISABILI
- INDENNIZZO A FORFAIT PER LE SPESE MEDICHE, SANITARIE E DI ASSISTENZA SOSTENUTE PER IL GENITORE RICOVERATO IN RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE (RSA)
- CAMPAGNA STRORDINARIA 2017: PACCHETTO MATERNITÀ (GARANZIA OPERANTE ESCLUSIVAMENTE PER LE CONIUGI/CONVIVENTI MORE UXORIO DEI DIPENDENTI)

PRIMA SEZIONE

La presente sezione è dedicata esclusivamente ai genitori del dipendente iscritto al Fondo W.I.L.A., a prescindere dalla convivenza con il dipendente.

6.1 OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

In caso di ricovero in istituto di cura **non inferiore a 8 giorni**, il Fondo W.I.L.A. mette a disposizione **presso le strutture convenzionate** da UniSalute per il Fondo stesso, servizi di:

- ospedalizzazione domiciliare
- assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica per il recupero della funzionalità fisica del genitore dell'Isritto.

Il Fondo W.I.L.A. attraverso Unisalute mette a disposizione inoltre un programma medico/riabilitativo che prevede consulenza e organizzazione delle prestazioni, anche di tipo assistenziale, secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse.

La copertura è operante per un periodo di 120 giorni dalla data di dimissione ed è prestata esclusivamente nel caso in cui l'Isritto si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato da UniSalute per il Fondo W.I.L.A.

La copertura si intende operante purché il ricovero non sia escluso ai sensi del successivo capitolo "Casi di non operatività del Piano" operanti per la "Prima sezione".

**La disponibilità annua per la presente copertura
è di € 3.000,00 per persona.**

SECONDA SEZIONE

La presente sezione è dedicata esclusivamente ai titolari iscritti al Fondo W.I.L.A.

6.2 INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE

Nel caso di **intervento chirurgico ambulatoriale**, il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai seguenti punti:

PRE-INTERVENTO	Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 60 giorni precedenti l'intervento chirurgico ambulatoriale, purché resi necessari dalla patologia che ha determinato l'intervento stesso. La presente copertura viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.
INTERVENTO CHIRURGICO	Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese eventuali endoprotesi applicabili durante l'intervento ambulatoriale.
ASSISTENZA MEDICA, MEDICINALI, CURE	Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze Medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici effettuati e/o somministrati durante l'intervento chirurgico ambulatoriale.
POST-INTERVENTO	Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, effettuati nei 60 giorni successivi all'intervento ambulatoriale, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato l'intervento stesso. Le prestazioni infermieristiche e i medicinali sono compresi in copertura solo se prescritti dal Medico curante nel referto operatorio.
TRASPORTO SANITARIO	Il Fondo W.I.L.A. attraverso Unisalute rimborsa le spese di trasporto dell'iscritto in ambulanza, all'Istituto di cura, e di rientro alla propria abitazione nel limite di spesa annuo di € 150,00 per persona.

La presente copertura è prestata esclusivamente nel caso in cui l'iscritto si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato da UniSalute per il Fondo W.I.L.A., e nel caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale.

- **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato da UniSalute il per Fondo W.I.L.A.**

Le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente dal Fondo W.I.L.A., attraverso Unisalute, alle strutture stesse senza l'applicazione di importi a carico dell'Isritto, ad eccezione delle coperture "Pre-intervento" e "Trasporto sanitario" che prevedono specifici limiti.

- **Nel caso in cui l'Isritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale**

Il Fondo W.I.L.A. attraverso Unisalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Isritto.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 300,00 per Isritto.

6.3 INDENNITÀ DI MATERNITÀ O PATERNITÀ

L'Isritto deve inoltrare la richiesta di indennizzo a fronte della presente copertura direttamente al Fondo esclusivamente tramite gli sportelli territoriali W.I.L.A.

Il Piano sanitario garantisce, sia alle madri lavoratrici sia ai padri lavoratori che decidono di avvalersi dell'astensione facoltativa dal lavoro per maternità/paternità, decorso il periodo di astensione obbligatoria dal lavoro, un'indennità giornaliera di **€ 20,00** per la durata massima di **90** giorni complessivi per anno associativo e per Isritto.

Il diritto alla presente indennità si intende esteso anche al caso di adozione di minori.

La presente copertura si intende operante a patto che l'Isritto risulti regolarmente iscritto al Fondo W.I.L.A. senza alcuna interruzione nella copertura sanitaria e avrà effetto, nei limiti quantitativi sopraindicati, a partire dal primo giorno di ingresso in copertura dell'Isritto interrompendosi automaticamente alla sua fuoriuscita.

La liquidazione della presente indennità verrà effettuata al termine di ogni mese di fruizione del congedo parentale o, su richiesta dell'isritto, in un'unica soluzione al rientro dalla maternità/paternità e su presentazione della seguente documentazione:

- lettera di dimissione in caso di parto naturale o parto cesareo in struttura ospedaliera oppure copia della cartella ostetrica in caso di parto a domicilio;
- certificato di avvenuta adozione e stato di famiglia;
- dichiarazione aziendale attestante il periodo di astensione dal lavoro per maternità paternità facoltativa indicante sia la data di inizio dell'aspettativa sia la data del rientro all'attività lavorativa. In alternativa alla dichiarazione aziendale, l'Isritto potrà inoltrare copia della busta paga e/o delle buste paga dalle quali si possa chiaramente evincere il numero di giorni di aspettativa fruiti nel mese oppure complessivamente goduti.

Qualora l'Isritto non fruisse dell'astensione facoltativa di 90 giorni in un'unica soluzione, e pertanto ne fruisse in modo frazionato nel tempo, la sopra indicata documentazione dovrà essere inoltrata per ogni singolo periodo di astensione facoltativa dal lavoro per maternità o paternità e quindi per ogni singola richiesta di indennizzo.

6.4 INDENNIZZO A SEGUITO DI MALATTIE O INFORTUNI CHE RICHIEDANO UN'ASTENSIONE DAL LAVORO SUPERIORE AI 180 GIORNI

L'Iscritto deve inoltrare la richiesta di indennizzo a fronte della presente copertura direttamente al Fondo esclusivamente tramite gli sportelli territoriali W.I.L.A.

Nel caso in cui l'Iscritto si assentasse dal lavoro a seguito di una malattia o di un infortunio che comportino un'astensione giustificata dal lavoro superiore a **180** giorni di calendario, il Fondo W.I.L.A. attraverso Unisalute garantisce un indennizzo giornaliero di **€ 20,00** a partire dal **181mo** giorno di assenza continuativa dal lavoro determinata dalla medesima malattia/infortunio e/o dal medesimo evento, per un massimo di **100** giorni annui per l'Iscritto.

La presente copertura si intende operante a patto che l'Iscritto risulti regolarmente iscritto al Fondo W.I.L.A. senza alcuna interruzione nella copertura sanitaria e avrà effetto, nei limiti quantitativi sopraindicati, a partire dal primo giorno di ingresso in copertura dell'Iscritto interrompendosi automaticamente alla sua fuoriuscita.

La liquidazione della presente indennità verrà effettuata in un'unica soluzione al rientro al lavoro o, su richiesta mensile dell'iscritto, al termine di ogni mese di fruizione dell'astensione dal lavoro e su presentazione della seguente documentazione:

- copia di tutti i certificati medici progressivi emessi dal medico e/o dall'INPS e/o dall'INAIL;
- copia della documentazione clinica completa, comprese eventuali cartelle cliniche, diagnosi, pareri e prescrizioni dei sanitari, radiografie e relativi referti, esami strumentali e diagnostici e relativi referti;
- in caso di infortunio, certificato di Pronto Soccorso con specifica indicazione del trauma e dell'evidenza obiettiva dello stesso.

La copertura non sarà operante nel caso in cui venga accertata una non autosufficienza consolidata o temporanea già in copertura al capitolo "Stati di non autosufficienza" oppure a seguito dei seguenti eventi e/o delle seguenti cause:

1. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
2. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
3. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Iscritto e le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'assicurato con dolo o colpa grave;
4. anoressia o bulimia;
5. patologie neuro-degenerative.

6.5 TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, a seguito di infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi, **in presenza di un certificato di Pronto Soccorso**, sempreché siano prescritte da Medico “di base” o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

Non rientrano in copertura prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro Medico.

- **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato da UniSalute per il Fondo W.I.L.A.**

Le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente dal Fondo W.I.L.A., per il tramite di Unisalute, alle strutture stesse, senza l'applicazione di importi a carico dell'Isritto. L'Isritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio Medico curante contenente la patologia come sopra riportato e copia del certificato di Pronto Soccorso.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate**

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del **75%** con il minimo non indennizzabile di **€ 70,00** per ogni fattura/persona. Per ottenere il rimborso, è necessario che l'Isritto allegghi alla fattura la copia della richiesta del Medico curante contenente la patologia come sopra riportato e copia del certificato di Pronto Soccorso.

- **Nel caso in cui l'Isritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale**

Il Fondo W.I.L.A. attraverso Unisalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Isritto. Per ottenere il rimborso, è necessario che l'Isritto allegghi alla fattura la copia della richiesta del Medico curante contenente la patologia come sopra riportato e copia del certificato di Pronto Soccorso.

**La disponibilità annua per la presente copertura
è di € 400,00 per Isritto**

6.6 ODONTOIATRIA – TERAPIE CONSERVATIVE/OTTURAZIONE

In deroga a quanto previsto al capitolo “Casi di non operatività del Piano” al punto 3, il Piano sanitario provvede al pagamento di **una otturazione all'anno**, indipendentemente dalla “classe di black”.

La copertura comprende anche l'rx endorale propedeutica all'otturazione.

La presente copertura è prestata esclusivamente nel caso in cui l'Iscritto si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato da UniSalute per il Fondo W.I.L.A. e in caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale.

- **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato da UniSalute per il Fondo W.I.L.A.**

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo W.I.L.A., per il tramite della Società, alle strutture stesse senza l'applicazione di importi a carico dell'Iscritto.

- **Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale**

Il Fondo W.I.L.A. attraverso Unisalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto.

**La disponibilità annua per la presente copertura
è di € 100,00 per Iscritto.**

6.7 CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

In deroga a quanto previsto al capitolo "Casi di non operatività del Piano" al punto 3, il Piano sanitario liquida all'Iscritto le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche, a seguito di infortunio con le modalità sottoindicate.

La documentazione sanitaria necessaria per ottenere la liquidazione delle prestazioni effettuate consiste in:

- radiografie e referti radiologici;
- referto di Pronto Soccorso con specifica indicazione del trauma e dell'evidenza obiettiva dello stesso, allegando eventuali consulenze specialistiche ed esami strumentali.

La presente copertura è prestata esclusivamente nel caso in cui l'Iscritto si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato da UniSalute per il Fondo W.I.L.A., e nel caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale.

- **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato da UniSalute per il Fondo W.I.L.A.**

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da Fondo W.I.L.A., per il tramite di Unisalute, alle strutture stesse senza l'applicazione di importi a carico dell'Iscritto.

- **Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale**

Il Fondo W.I.L.A., attraverso Unisalute, rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto. Per ottenere il rimborso, è necessario che l'Iscritto allegghi alla fattura la documentazione medica sopra indicata.

**La disponibilità annua per la presente copertura
è di € 500,00 per Iscritto.**

6.8 ODONTOIATRIA – TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE PER TUTTE LE PRESTAZIONI ODONTORIATRICHE E ORTODONTICHE

Il Piano sanitario prevede l'applicazione delle tariffe agevolate da fruire presso i centri odontoiatrici convenzionati **da UniSalute per il Fondo W.I.L.A.** nel caso in cui il limite di spesa annuo previsto al precedente punto "Odontoiatria - terapie conservative/otturazione" sia esaurito.

L'Iscritto potrà inoltre fruire dell'applicazione delle tariffe agevolate anche per tutte le prestazioni non garantite dal Piano sanitario quali, solo a titolo esemplificativo ma non esaustivo, protesi fisse o mobili, impianti odontoiatrici e prestazioni di ortodonzia.

L'Iscritto potrà richiedere alla Centrale Operativa la prenotazione della prestazione e l'invio alla struttura prescelta, tra quelle facenti parte della Rete, di un fax che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli iscritti con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

6.9 STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA

Il Fondo W.I.L.A. attraverso Unisalute prevede il rimborso delle spese sanitarie o l'erogazione di servizi di assistenza, per un valore corrispondente alla somma garantita all'Iscritto, quando questi si trovi in uno stato di dipendenza come indicato ai successivi punti "Definizione dello stato di dipendenza consolidata/permanente" e "Definizione dello stato di non autosufficienza temporanea".

La copertura si attiva sia nel caso di stato di dipendenza permanente sia nel caso di stato di dipendenza temporaneo.

6.9.1 STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE – PROTEZIONE COMPLETA

La presente copertura garantisce attraverso le strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo W.I.L.A. l'erogazione di prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali e, in caso di permanenza in RSA, il rimborso delle spese sostenute per un valore corrispondente al limite di spesa mensile garantito, sempre che sia comprovata tra le parti la sopravvenuta non autosufficienza dell'Iscritto.

6.9.1.1 CONDIZIONI DI ASSOCIABILITÀ

All'effetto del Piano sanitario, ai fini dell'operatività della copertura, le persone iscritte devono rientrare nelle seguenti condizioni di associabilità:

1. Non avere bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere quotidianamente uno o più delle attività di vita di seguito indicate:
 1. Lavarsi;
 2. Vestirsi e svestirsi;
 3. Andare al bagno e usarlo;
 4. Spostarsi;
 5. Continenza;
 6. Nutrirsi.
2. Non essere in diritto, aver richiesto o essere stato riconosciuto invalido civile nella misura di almeno il 40%.
3. Non essere affetto dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson e Parkinsonismi, dalla sclerosi a placche, dalla sclerosi laterale amiotrofica, da demenze su base vascolare acute e croniche o da diabete complicato da neuropatie e/o angiopatie o da ipertensione non controllata (intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di farmaci ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente) o controllabile solo con l'assunzione di almeno 3 farmaci.
4. Non essere affette da tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV, epatite cronica.

6.9.1.2 LIMITE DI SPESA MENSILE GARANTITO

Nel caso in cui l'Iscritto si trovi nelle condizioni indicate al successivo punto "Definizione dello stato di non autosufficienza", il limite di spesa mensile garantito per il complesso delle coperture sotto indicate, corrisponde a **€ 200,00** da corrispondersi per una durata massima di **3** anni.

6.9.1.3 DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Iscritto il cui stato clinico venga giudicato consolidato e che si trovi nell'impossibilità fisica totale e permanente di poter effettuare da solo parte degli atti elementari di vita quotidiana:

- lavarsi;
- vestirsi e svestirsi;
- andare al bagno e usarlo;
- spostarsi;
- continenza;
- nutrirsi.

Per ogni attività viene constatato il grado di autonomia dell'Iscritto nel suo compimento ed assegnato un punteggio secondo lo schema di seguito riportato.

L'insorgenza dello stato di non autosufficienza permanente viene riconosciuto quando la somma dei punteggi raggiunge almeno 40 punti (per la definizione del punteggio si veda il seguente "Schema per l'accertamento dell'insorgere di non autosufficienza").

**SCHEMA PER L'ACCERTAMENTO DELL'INSORGERE
DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA:**

ATTI ELEMENTARI DELLA VITA QUOTIDIANA	
LAVARSI	PUNTEGGIO
<p>1° grado L'Iscritto è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente Autonomo</p>	0
<p>2° grado L'Iscritto necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno</p>	5
<p>3° grado L'Iscritto necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno</p>	10
VESTIRSI E SVESTIRSI	PUNTEGGIO
<p>1° grado L'Iscritto è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo</p>	0
<p>2° grado L'Iscritto necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi la parte superiore o la parte inferiore del corpo e/o per applicare/togliere una protesi</p>	5
<p>3° grado L'Iscritto necessita, sia per la parte superiore del corpo, sia per la parte inferiore del corpo, di assistenza per vestirsi e/o svestirsi e/o applicare/togliere una protesi</p>	10

ANDARE AL BAGNO E USARLO	PUNTEGGIO
<p>1° grado L'Iscritto è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2) e (3):</p> <p>(1) andare in bagno (2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi (3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno</p>	0
<p>2° grado L'Iscritto necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3)</p>	5
<p>3° grado L'Iscritto necessita di assistenza per tutti i sopra indicati gruppi di attività (1), (2) e (3)</p>	10
SPOSTARSI	PUNTEGGIO
<p>1° grado l'Iscritto è in grado di muoversi autonomamente all'interno della residenza abituale anche con l'utilizzo di protesi</p>	0
<p>2° grado l'Iscritto è in grado di muoversi all'interno della residenza abituale solo con l'utilizzo di ausili, come per esempio sedia a rotelle o deambulatore</p>	5
<p>3° grado l'Iscritto è in grado di muoversi all'interno della residenza abituale solo con l'assistenza di terzi</p>	10
CONTINENZA	PUNTEGGIO
<p>1° grado L'Iscritto è completamente continente</p>	0
<p>2° grado L'Iscritto presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno</p>	5
<p>3° grado L'Iscritto è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come catetere o colostomia</p>	10

NUTRIRSI	PUNTEGGIO
1° grado L'Iscritto è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti	0
2° grado L'Iscritto necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie: – sminuzzare/tagliare cibo – sbucciare la frutta – aprire un contenitore/una scatola – versare bevande nel bicchiere	5
3° grado L'Iscritto non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale	10

6.9.1.4 PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO (PAI) E PRESTAZIONI SANITARIE MEDICO ASSISTENZIALI FORNITE DA STRUTTURE CONVENZIONATE/RIMBORSO SPESE IN CASO DI PERMANENZA IN RSA

L'amministratore di sostegno, il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Iscritto o l'Iscritto stesso, qualora quest'ultimo si trovi in uno stato di non autosufficienza come definito dal Piano sanitario, dovrà telefonare (entro 2 settimane da quando si ritiene siano maturati i requisiti per la non autosufficienza) al numero verde 800-009659 (o dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 0516389048) e fornire le informazioni richieste per poter fruire, nell'ambito del limite di spesa mensile garantito previsto e previa valutazione del Fondo attraverso Unisalute, delle prestazioni e consulenze, di natura sanitaria e non, di cui ai punti seguenti, secondo le modalità ivi descritte.

Il Fondo W.I.L.A. attraverso UniSalute, intervistando telefonicamente l'Iscritto, l'amministratore di sostegno, il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Iscritto, valuterà la richiesta pervenuta ed effettuerà una prima valutazione del caso. In questa fase, qualora il Fondo W.I.L.A. attraverso UniSalute valuti che vi siano i presupposti, potranno essere fornite dal Case Manager informazioni sui servizi socio-sanitari erogati dalle strutture socio assistenziali e indicazioni sugli uffici deputati ad offrire assistenza a fronte di condizioni di non autosufficienza. Il Case manager provvede inoltre ad inviare all'Iscritto una guida orientativa per le agevolazioni socio/gestionali.

A seguito del contatto telefonico l'Iscritto, l'amministratore di sostegno o il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Iscritto, dovrà produrre idonea documentazione. Sulla base delle informazioni acquisite telefonicamente e della valutazione della documentazione sanitaria pervenuta, il Fondo W.I.L.A. attraverso UniSalute si riserva la facoltà di organizzare una visita domiciliare allo scopo di confermare o meno lo stato di non autosufficienza, alla presenza anche del proprio Medico e del Case Manager.

1) Nel caso in cui il Fondo W.I.L.A. attraverso Unisalute riconosca lo stato di non autosufficienza consolidato, all'Iscritto verrà fornito un numero verde specifico attivo 24 ore su 24; Il Case Manager eseguirà una valutazione multidimensionale allo scopo di redigere il PAI, integrato con l'indicazione dei servizi assistenziali forniti dagli Enti pubblici (Regioni, Comuni, ASL) e consegnerà all'Iscritto una guida orientativa, contenente informazioni rispetto al comune di residenza, risposte a quesiti e a necessità espresse dall'Iscritto o dai familiari.

Qualora l'Iscritto necessitasse di una o più prestazioni tra quelle sotto elencate il Fondo, attraverso UniSalute, entro il limite di spesa mensile garantito, provvederà a prenotare, autorizzare e liquidare le prestazioni che verranno effettuate sia al domicilio dell'Iscritto che nelle strutture stesse.

All'Iscritto verrà fornita una lettera con l'indicazione delle prestazioni che sono state concordate. In tale documento sarà indicato in modo analitico l'elenco delle prestazioni che resteranno a carico del Fondo, quelle che verranno erogate con tariffe agevolate il cui costo rimarrà a carico dell'Iscritto e quelle eventualmente rifiutate dall'Iscritto. Questo documento dovrà essere firmato dall'Iscritto, dall'amministratore di sostegno o tutore legale o dal familiare preposto alla cura dell'Iscritto, per accettazione del PAI.

Di seguito le prestazioni erogabili a seguito del processo sopra descritto:

- Assistenza fornita da infermiere – Operatore Socio Sanitario – Assistente familiare;
- Badante;
- Trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- Visite specialistiche;
- Accertamenti diagnostici;
- Trasporto in Ambulanza;
- Prestazioni erogate in regime di ricovero.

Il Fondo W.I.L.A. attraverso UniSalute procederà con la prenotazione e autorizzazione delle suddette prestazioni, esclusivamente in strutture convenzionate da Unisalute per il Fondo, non prevedendo il rimborso di alcuna spesa sostenuta, ad eccezione di quanto previsto al successivo punto 4).

Il Fondo W.I.L.A. attraverso Unisalute provvederà a monitorare costantemente l'andamento del PAI, intervenendo eventualmente a sua modifica, in base ai riscontri ricevuti dall'Iscritto stesso e/o dalle strutture convenzionate da Unisalute per il Fondo utilizzate per l'erogazione delle sopra elencate prestazioni.

Qualora a seguito dell'esaurimento del limite di spesa mensile garantito, una prestazione rimanga a parziale o a totale carico dell'Iscritto, è possibile usufruire tramite condivisione con il Case Manager e la Centrale Operativa, della prenotazione delle prestazioni sanitarie/ assistenziali e l'invio alle strutture, prescelte tra quelle convenzionate da Unisalute per il Fondo W.I.L.A., di un fax che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli Iscritti con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

2) Nel caso in cui il Fondo W.I.L.A. riconosca uno stato di non autosufficienza non ancora consolidato e suscettibile di miglioramento. il Case Manager eseguirà una valutazione multidimensionale allo scopo di redigere il PAI, integrato con l'indicazione dei servizi assistenziali, se attivati, forniti dagli Enti pubblici (Regioni, Comuni, ASL) e consegnerà all'Iscritto una guida orientativa, contenente informazioni rispetto al comune di residenza, risposte a quesiti e a necessità espresse dall'Iscritto o dai familiari. Qualora l'Iscritto necessitasse di una o più prestazioni tra quelle elencate al punto 1), il Fondo W.I.L.A., attraverso Unisalute, provvederà a prenotare tali prestazioni, il cui costo resterà a carico dell'Iscritto, e invierà alla struttura prescelta tra quelle convenzionate da Unisalute per il Fondo W.I.L.A., un fax che permetterà allo stesso di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli Iscritti con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

Il Fondo W.I.L.A., attraverso Unisalute, provvederà a monitorare costantemente l'andamento del PAI, intervenendo eventualmente a sua modifica, in base ai riscontri ricevuti dall'Iscritto stesso e/o dalle convenzionate da Unisalute per il Fondo W.I.L.A. utilizzate per l'erogazione delle prestazioni previste al precedente punto 1).

Il Fondo W.I.L.A., attraverso Unisalute, si riserva la facoltà di sottoporre l'Iscritto ad ulteriori visite mediche allo scopo di monitorare le condizioni cliniche dello stesso.

Nel caso in cui, successivamente, il consolidamento dello stato di salute dell'Iscritto comporti il riconoscimento dello stato di non autosufficienza, il Fondo W.I.L.A., attraverso Unisalute, rimborserà le prestazioni precedentemente concordate e prenotate per tramite del Fondo W.I.L.A., nei limiti dell'importo mensile garantito. Qualora invece le condizioni dell'Iscritto non rientrassero più nei parametri della non autosufficienza, tali prestazioni rimarranno a carico dell'Iscritto stesso.

3) Nel caso in cui il Fondo W.I.L.A. attraverso Unisalute non riconosca lo stato di non autosufficienza, la stessa provvederà a darne comunicazione scritta all'Iscritto. Laddove il punteggio assegnato dal Fondo W.I.L.A. attraverso Unisalute al termine dell'istruttoria risultasse essere di almeno 30 punti, all'Iscritto verrà fornito un numero verde specifico attivo 24 ore su 24; inoltre il Case Manager eseguirà una valutazione multidimensionale allo scopo di redigere il PAI, integrato con l'indicazione dei servizi assistenziali forniti dagli Enti pubblici (Regioni, Comuni, ASL) e consegnerà all'Iscritto una guida orientativa, contenente informazioni rispetto al comune di residenza, risposte a quesiti e a necessità espresse dall'Iscritto o dai familiari. Qualora l'Iscritto necessitasse di una o più prestazioni tra quelle elencate al punto 1), il Fondo W.I.L.A. attraverso Unisalute provvederà a prenotare tali prestazioni, il cui costo resterà a carico dell'Iscritto, e invierà alla struttura prescelta tra quelle convenzionate da Unisalute per il Fondo W.I.L.A., un fax che permetterà allo stesso di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli Iscritti con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

4) Qualora l'Iscritto sia "assistito" presso una RSA e pertanto non possa usufruire delle prestazioni previste al precedente punto 1), il Fondo W.I.L.A. attraverso Unisalute provvederà a rimborsargli, nei limiti del limite di spesa mensile garantito, esclusivamente la retta mensile.

6.9.1.5 RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE DA PARTE DELLA SOCIETÀ

Entro 14 giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza l'Isritto, il suo amministratore di sostegno, il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Isritto, dovranno:

- a) chiamare il numero verde gratuito 800-009659 (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 0516389048) e recepire le informazioni relative alla documentazione da produrre al Fondo W.I.L.A. attraverso UniSalute ai fini della valutazione medica finale e ai servizi socio/sanitari disponibili.
- b) produrre il fascicolo di richiesta di apertura del sinistro, da spedire a: Fondo W.I.L.A. presso UniSalute S.p.A. - servizi di liquidazione - via Larga, 8 - 40138 Bologna - a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno. Tale fascicolo deve contenere:
 - il modulo di attivazione della copertura compilato e firmato;
 - il modulo di informativa al cliente sull'uso dei suoi dati e i suoi diritti firmato in calce;
 - il certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che descrive lo stato di non autosufficienza dell'Isritto e la relativa data d'insorgenza. Nel certificato dovrà, inoltre, essere precisata l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni. I resoconti di eventuali ricoveri ed il risultato degli esami complementari effettuati. In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test MMS di Folstein);
 - il questionario dello stato di non autosufficienza compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la persona o le persone che si occupano effettivamente dell'Isritto;
 - Inoltre, qualora sia stata attivata una richiesta di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento – invalidità civile al SSN è utile inviare copia della domanda stessa, della documentazione acclusa e del relativo esito;
 - Qualora l'Isritto abbia sostenuto uno o più ricoveri, è necessario inviare al Fondo W.I.L.A. tutta la documentazione sanitaria in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche.

Il tardivo o omesso contatto con la Centrale Operativa potrebbe comportare l'impossibilità di erogare il miglior servizio nell'ambito della propria rete convenzionata.

Il Fondo W.I.L.A. attraverso UniSalute ha la facoltà di sottoporre il cliente ad una o più visite Medico legali.

Nel caso in cui l'Isritto sia riconosciuto in stato di non autosufficienza, ma la situazione non risulti consolidata, il Fondo W.I.L.A. attraverso UniSalute, insieme all'esito, comunicherà la rivedibilità specificandone la scadenza.

Il diritto dell'Isritto al riconoscimento di quanto previsto nella presente copertura, decorre dal momento in cui il Fondo W.I.L.A. attraverso UniSalute considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza permanente dell'Isritto.

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti al punto “Definizione dello stato di non autosufficienza”, se l’Iscritto è mantenuto al suo domicilio e se beneficia delle prestazioni di un servizio di cure o di ricovero a domicilio, dovrà essere prodotta idonea documentazione sanitaria.

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti al punto “Definizione dello stato di non autosufficienza”, se l’Iscritto è ricoverato in lunga degenza, dovrà essere presentato un certificato medico, redatto dal Medico ospedaliero, da cui si desuma la data d’ingresso e le patologie che hanno reso necessario il ricovero. Anche in questo caso dovrà essere prodotta idonea documentazione sanitaria.

Tutta la documentazione, comprensiva del questionario compilato dal Medico dell’Iscritto, dovrà essere inviata al Fondo W.I.L.A.

Quest’ultimo, analizzata la suddetta documentazione, valuterà se:

- richiedere ulteriori informazioni se gli elementi che descrivono la non autosufficienza dell’Iscritto sembrano insufficienti;
- ritenere accertato lo stato di non autosufficienza dell’Iscritto;
- riscontrare uno stato di non autosufficienza suscettibile di miglioramento, rimandando la valutazione alla stabilizzazione delle condizioni di salute;

Il Fondo W.I.L.A. attraverso UniSalute avrà sempre la possibilità di fare verificare lo stato di non autosufficienza dell’Iscritto da parte di un Medico di propria fiducia e di condizionare la prosecuzione della liquidazione delle prestazioni previste dalla presente copertura all’effettuazione degli esami o accertamenti ritenuti necessari.

Un fascicolo già valutato con esito negativo circa la sussistenza dello stato di non autosufficienza potrà essere nuovamente esaminato dal Fondo W.I.L.A. attraverso Unisalute quando il Piano sanitario sia ancora in vigore e:

- sia trascorso un periodo di almeno tre mesi dall’ultima valutazione;
- siano stati inviati nuovi documenti sanitari contenenti elementi nuovi che giustifichino l’aggravarsi dello stato di salute dell’Iscritto intervenuti dopo l’ultima richiesta di valutazione.

Il diritto dell’Iscritto al riconoscimento di quanto previsto dalla presente copertura, con le modalità di cui ai punti “Erogazione diretta delle prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali” e “Richiesta di rimborso spese a seguito di permanenza in RSA” decorre dal momento in cui il Fondo W.I.L.A. attraverso UniSalute considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello stato di non autosufficienza permanente dell’Iscritto.

6.9.1.6 MODALITÀ DI RIMBORSO / RICHIESTA DI EROGAZIONE DI SERVIZI

Il riconoscimento dello Stato di non autosufficienza secondo le condizioni del punto “Definizione dello stato di non autosufficienza” dà diritto all’Iscritto che si trovi in stato di non autosufficienza, oltre all’attivazione di un numero verde specifico attivo 24 ore su 24, anche a richiedere il rimborso spese sostenute in caso di permanenza in RSA o l’erogazione delle prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali per un valore corrispondente alla somma garantita - entro i limiti previsti al punto “Limite di spesa mensile garantito” nelle forme di seguito indicate e dettagliate nei successivi punti “Erogazione diretta delle prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali” e “Richiesta di rimborso spese a seguito di permanenza in RSA”:

- erogazione diretta delle prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali, per mezzo di strutture e/o personale convenzionato;
- rimborso della retta mensile in caso di permanenza in RSA.

6.9.1.7 EROGAZIONE DIRETTA DELLE PRESTAZIONI SANITARIE E/O SOCIO ASSISTENZIALI

In caso di erogazione delle prestazioni di cui al punto 1), avvalendosi quindi di strutture e/o di personale convenzionati da Unisalute per il Fondo W.I.L.A., lo stesso provvederà a liquidare direttamente a tali soggetti le competenze per le prestazioni assistenziali autorizzate. Si precisa che qualora l’Iscritto opti per il pagamento diretto della badante da parte del Fondo W.I.L.A., attraverso UniSalute, il contratto di assunzione della stessa dovrà comunque essere sottoscritto personalmente dall’Iscritto oppure, ove ciò non sia possibile, dal suo amministratore di sostegno o tutore legale o familiare preposto alla cura dell’Iscritto.

La struttura e/o il personale convenzionati non potranno comunque richiedere all’Iscritto né promuovere nei suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nella presente copertura, eccedenti la somma mensile garantita o non autorizzate dal Fondo W.I.L.A. attraverso UniSalute.

6.9.1.8 RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE A SEGUITO DI PERMANENZA IN RSA

In caso di richiesta di rimborso spese, il fascicolo - indirizzato a: Fondo W.I.L.A. presso UniSalute - Servizio Liquidazione - Via Larga,8 – 40138 Bologna - dovrà contenere la documentazione necessaria, ossia:

- il modulo di attivazione della copertura compilato e firmato; il modulo di informativa al cliente sull’uso dei suoi dati e i suoi diritti firmato in calce;
- il certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che descrive lo stato di non autosufficienza dell’Iscritto e la relativa data d’insorgenza. Nel certificato dovrà, inoltre, essere precisata l’origine incidentale o patologica dell’affezione o delle affezioni. I resoconti di eventuali ricoveri ed il risultato degli esami complementari effettuati. In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test MMS di Folstein);

- il questionario dello stato di non autosufficienza compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la persona o le persone che si occupano effettivamente dell'Isritto; Inoltre, qualora sia stata attivata una richiesta di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento – invalidità civile al SSN è utile inviare copia della domanda stessa, della documentazione acclusa e del relativo esito;
- Qualora l'Isritto abbia sostenuto uno o più ricoveri, è necessario inviare alla Società tutta la documentazione sanitaria in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche.

Il fascicolo dovrà inoltre contenere le fatture e/o ricevute relative alle rette di degenza in RSA.

Il pagamento di quanto spettante all'Isritto viene effettuato su presentazione al Fondo W.I.L.A. della documentazione di spesa (distinte e ricevute) debitamente quietanzata. Inoltre, l'Isritto, a fronte di specifica richiesta da parte del Fondo W.I.L.A. attraverso UniSalute, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.

Per i sinistri avvenuti all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, ricavato dalle quotazioni della Banca d'Italia.

6.9.1.9 ACCERTAMENTO DEL PERDURANTE STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

Il Fondo W.I.L.A. attraverso UniSalute si riserva la facoltà di procedere in ogni momento, eventualmente alla presenza del Medico curante dell'Isritto, a controlli presso l'Isritto e in particolare di farlo esaminare da un Medico di sua scelta. Potrà inoltre richiedere l'invio di ogni documento che ritenga necessario per valutare lo stato di salute dell'Isritto.

In caso di rifiuto da parte dell'Isritto di sottoporsi ad un controllo o d'inviare i documenti richiesti, il pagamento della somma mensile garantita potrà essere sospesa dalla data della richiesta del Fondo W.I.L.A. attraverso UniSalute.

6.9.2 STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEA

Il Fondo W.I.L.A. attraverso Unisalute garantisce il rimborso delle spese sanitarie o l'erogazione di servizi di assistenza per un valore corrispondente alla somma garantita mensilmente all'Isritto quando questi si trovi in uno stato di non autosufficienza.

6.9.2.1 CONDIZIONI DI ASSOCIABILITÀ

Ai fini dell'operatività della copertura, gli Isritti non devono rientrare in una delle seguenti condizioni di non associabilità:

1. Avere attualmente bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere uno o più degli atti ordinari della vita di seguito indicati:
 - a) spostarsi;
 - b) lavarsi;
 - c) vestirsi;
 - d) nutrirsi.

2. Essere in diritto, aver richiesto o essere stato riconosciuto invalido civile nella misura di almeno il 40%
3. Essere affetti dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson e Parkinsonismi, dalla sclerosi a placche, dalla sclerosi laterale amiotrofica, da demenze su base vascolare acute e croniche o da diabete complicato da neuropatie e/o angiopatie o da ipertensione non controllata (intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di farmaci ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente) o controllabile solo con l'assunzione di almeno 3 farmaci.
4. Essere affetti da tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV, epatite cronica.

6.9.2.2 LIMITE DI SPESA MENSILE GARANTITO

Nel caso in cui l'Isritto si trovi nelle condizioni indicate al successivo punto "Definizione dello stato di non autosufficienza", il limite di spesa mensile garantito per il complesso delle coperture sotto indicate, corrisponde a **€ 400,00** da corrispondersi per una durata massima di **6 mesi**.

6.9.2.3 DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Isritto il cui stato di salute non venga giudicato "consolidato" e che si trovi temporaneamente nell'impossibilità fisica di poter effettuare da solo almeno tre dei quattro atti ordinari della vita:

- soddisfare la propria igiene personale (La capacità di soddisfare un livello di igiene corporea conforme alle norme abituali: cioè di lavare la parte alta e bassa del corpo).
- nutrirsi (la capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile ovvero di essere in grado di portare gli alimenti alla bocca e di inghiottire).
- spostarsi (la capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio).
- vestirsi (la capacità di mettere o togliere i propri vestiti o qualsiasi protesi ortopedica portata abitualmente).

e necessiti temporaneamente ma in modo costante:

- o dell'assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio;
- di sorveglianza medica/infermieristica prestata in regime di ricovero.

Non verranno pertanto considerati in copertura gli eventi/sinistri tali da dare origine ad uno stato di non autosufficienza consolidata.

6.9.2.4 RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEA DA PARTE DELLA SOCIETÀ

Entro 14 giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza l'Isritto, o qualsiasi altra persona del suo ambito familiare, dovrà:

- a) chiamare il numero verde gratuito 800-009659 (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 0516389048) e recepire le informazioni relative alla documentazione da produrre al Fondo W.I.L.A. ai fini della valutazione medica finale;

b) produrre il fascicolo di richiesta di apertura del sinistro, da spedire a: Fondo W.I.L.A. presso UniSalute S.p.A. - servizi di liquidazione – Via Larga, 8 - 40138 Bologna - a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno.

Tale fascicolo deve contenere:

- il modulo di attivazione della copertura compilato e firmato;
- il modulo di informativa al cliente sull'uso dei suoi dati e i suoi diritti firmato in calce;
- certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza dell'Isritto, indicandone esordio e termine. Dovrà, inoltre, precisare l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni. I resoconti di eventuali ricoveri ed il risultato degli esami complementari effettuati. In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test MMS di Folstein);
- questionario dello stato di non autosufficienza compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la persona o le persone che si occupano effettivamente dell'Isritto;
- qualora sia stata attivata una richiesta di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento – invalidità civile al SSN è utile inviare copia della domanda stessa, della documentazione acclusa e del relativo esito;
- qualora l'Isritto abbia sostenuto uno o più ricoveri, è necessario inviare alla Società tutta la documentazione sanitaria in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche.

Il Fondo attraverso Unisalute ha la facoltà di sottoporre il cliente ad una o più visite Medico legali.

Se lo stato di non autosufficienza è riconosciuto consolidato si rimanda al precedente punto "Stati di non autosufficienza consolidata/permanente – protezione completa".

Se non si sarà in grado di stabilire se lo stato di non autosufficienza sia consolidato o temporaneo, il Fondo W.I.L.A. attraverso UniSalute, insieme all'esito comunicherà la rivedibilità specificandone la scadenza.

In risposta, il Fondo W.I.L.A. attraverso UniSalute invierà un questionario al Medico curante o ospedaliero tramite l'Isritto o un suo rappresentante.

Tale questionario dovrà essere compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la o le persone che si occupano effettivamente del malato. Il Medico dovrà inoltre fornire un rapporto che contenga i resoconti di ricovero ed il risultato degli esami complementari effettuati.

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti al punto "Definizione dello stato di non autosufficienza", se l'Isritto è mantenuto al suo domicilio e se beneficia delle prestazioni di un servizio di cure o di ricovero a domicilio, dovrà essere prodotta idonea documentazione sanitaria.

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti al punto “Definizione dello stato di non autosufficienza”, se l’Iscritto è ricoverato in lunga degenza, in un reparto di cure mediche o in un istituto specializzato, dovrà essere presentato un certificato medico, redatto dal Medico ospedaliero, da cui si desuma la data d’ingresso e le patologie che hanno reso necessario il ricovero. Anche in questo caso dovrà essere prodotta idonea documentazione sanitaria.

Tutta la documentazione, comprensiva del questionario compilato dal Medico dell’Iscritto, dovrà essere inviata al Fondo W.I.L.A.

Quest’ultimo, analizzata la suddetta documentazione, valuterà se:

- richiedere ulteriori informazioni se gli elementi che descrivono la non autosufficienza dell’Iscritto sembrano insufficienti;
- ritenere accertato lo stato di non autosufficienza temporaneo dell’Iscritto.

Il Fondo W.I.L.A. attraverso UniSalute avrà sempre la possibilità di fare verificare lo stato di non autosufficienza dell’Iscritto da parte di un Medico di propria fiducia e di condizionare la prosecuzione della liquidazione delle prestazioni previste dalla presente copertura all’effettuazione degli esami o accertamenti ritenuti necessari.

Il diritto dell’Iscritto al riconoscimento di quanto pattuito nella presente copertura con le modalità di cui ai successivi paragrafi, decorre dal momento in cui il Fondo W.I.L.A. attraverso UniSalute considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione dello Stato di non autosufficienza temporaneo dell’Iscritto.

6.9.2.5 MODALITÀ DI RIMBORSO / RICHIESTA DI EROGAZIONE DI SERVIZI DI ASSISTENZA

Il riconoscimento dello Stato di non autosufficienza da parte del Fondo W.I.L.A. attraverso UniSalute, secondo le condizioni del punto “Definizione dello stato di non autosufficienza”, dà diritto all’Iscritto che si trovi in Stato di non autosufficienza, a richiedere la corresponsione della somma garantita - entro i limiti previsti al punto “Somma mensile garantita” - nelle forme di seguito indicate e dettagliate:

- **erogazione diretta della prestazione di assistenza, per mezzo di strutture e/o personale sanitario convenzionato;**

Qualora l’Iscritto richieda l’attivazione del servizio di assistenza, anche domiciliare, avvalendosi quindi di strutture e/o di personale sanitario convenzionati da Unisalute per il Fondo W.I.L.A., lo stesso provvederà a liquidare direttamente a tali soggetti le competenze per le prestazioni assistenziali autorizzate.

La struttura e/o il personale sanitario convenzionati non potranno comunque richiedere all’Iscritto né promuovere nei suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non previste dalle coperture, eccedenti il limite di spesa mensile garantito o non autorizzate dal Fondo W.I.L.A. attraverso UniSalute.

- **rimborso delle spese sostenute per prestazioni relative ad assistenza.**

In caso di richiesta di rimborso spese, il fascicolo - indirizzato a: Fondo W.I.L.A. presso UniSalute - Servizio Liquidazione – Via Larga, 8 – 40138 Bologna - dovrà contenere la documentazione necessaria, ossia:

- il modulo di attivazione della copertura compilato e firmato;

- il modulo di informativa al cliente sull'uso dei suoi dati e i suoi diritti firmato in calce;
- certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza dell'Isritto e la relativa data d'insorgenza. Dovrà, inoltre, precisare l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni. I resoconti di eventuali ricoveri ed il risultato degli esami complementari effettuati. In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test MMS di Folstein).
- Questionario dello stato di non autosufficienza compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la persona o le persone che si occupano effettivamente dell'Isritto
- Inoltre, qualora sia stata attivata una richiesta di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento – invalidità civile al SSN è utile inviare copia della domanda stessa, della documentazione acclusa e del relativo esito.
- Qualora l'Isritto abbia sostenuto uno o più ricoveri, è necessario inviare al Fondo W.I.L.A. presso Unisalute tutta la documentazione sanitaria in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche.
- Dovrà inoltre contenere le fatture e/o ricevute relative alle prestazioni di assistenza sanitaria. Nel caso in cui l'Isritto sia assistito in modo continuativo da una badante, dovrà essere prodotta la documentazione idonea a comprovare l'esistenza del rapporto di lavoro.

Il pagamento di quanto spettante all'Isritto viene effettuato su presentazione al Fondo W.I.L.A. della documentazione di spesa (distinte e ricevute) debitamente quietanzata. Inoltre, l'Isritto, a fronte di specifica richiesta da parte del Fondo W.I.L.A., attraverso UniSalute, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.

Per i sinistri avvenuti all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, ricavato dalle quotazioni della Banca d'Italia.

L'erogazione della prestazione decorrerà dal momento in cui il Fondo W.I.L.A., attraverso UniSalute, considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza dell'Isritto.

6.9.2.6 ACCERTAMENTO DEL PERDURANTE STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

Il Fondo, attraverso Unisalute, si riserva la facoltà di procedere in ogni momento, eventualmente alla presenza del Medico curante dell'Isritto, a controlli presso l'Isritto e in particolare di farlo esaminare da un Medico di sua scelta. Potrà inoltre richiedere l'invio di ogni documento che ritenga necessaria per valutare lo stato di salute dell'Isritto.

In caso di rifiuto da parte dell'Isritto di sottoporsi ad un controllo o d'inviare i documenti richiesti, il pagamento della somma garantita potrà essere sospeso dalla data della richiesta del Fondo W.I.L.A. attraverso UniSalute.

6.10 SERVIZI DI CONSULENZA

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa telefonando al numero verde **800-009659** dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero

Occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + 0516389046.

a) Informazioni sanitarie telefoniche

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione sanitaria in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione ticket, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.);
- centri Medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo W.I.L.A..

c) Pareri Medici immediati

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Iscritto necessiti di una consulenza telefonica da parte di un Medico, la Centrale Operativa fornirà tramite i propri Medici le informazioni e i consigli richiesti.

TERZA SEZIONE

6.11 INDENNIZZO A FORFAIT PER LE SPESE MEDICHE, SANITARIE E DI ASSISTENZA SOSTENUTE PER I FIGLI DISABILI

L'Iscritto deve inoltrare la richiesta di indennizzo a fronte della presente copertura direttamente al Fondo esclusivamente tramite gli sportelli territoriali W.I.L.A.

La presente copertura prevede l'erogazione di un indennizzo annuo, a favore degli Iscritti che hanno un figlio disabile con una invalidità riconosciuta superiore al 45% (Legge 68 del 1999).

Tale indennizzo si intende erogato, a titolo di forfait, per le spese mediche, sanitarie e di assistenza eventualmente sostenute dai titolari per i figli con invalidità superiore al 45%.

L'Iscritto avrà la possibilità di richiedere l'indennizzo a partire dal 01 marzo 2017 a condizione che risulti regolarmente Iscritto al Fondo W.I.L.A.

Modalità di erogazione dell'indennizzo:

Il contributo è concesso nella misura di **€ 1.200,00** annuali per ogni figlio con una invalidità riconosciuta superiore al 45% in base alle vigenti leggi.

La copertura si intende operante a seguito dell'invio della seguente documentazione:

- copia del certificato INPS e/o dall'ASL attestante l'invalidità permanente del figlio superiore al 45%, per i minorenni sarà sufficiente la certificazione emessa dall'ASL di competenza, purché esaustiva;
- dichiarazione sostitutiva dello stato di famiglia e/o dichiarazione sostitutiva attestante il grado di parentela, completi di data e firma olografa dell'Iscritto, attestante il legame parentale tra il titolare ed il figlio disabile per il quale si chiede l'indennizzo forfettario.

La presente copertura si intende operante indipendentemente dagli eventuali contributi erogati dagli Enti preposti per la disabilità del figlio.

6.12 INDENNIZZO A FORFAIT PER LE SPESE MEDICHE, SANITARIE E DI ASSISTENZA SOSTENUTE PER IL GENITORE RICOVERATO IN RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE (RSA)

L'Iscritto deve inoltrare la richiesta di indennizzo a fronte della presente copertura direttamente al Fondo esclusivamente tramite gli sportelli territoriali W.I.L.A.

La presente copertura prevede l'erogazione di un indennizzo annuo, a favore degli Iscritti il cui genitore è ricoverato presso un centro di Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) pubblico o privato.

Tale indennizzo si intende erogato, a titolo di forfait, per le spese mediche, sanitarie e di assistenza eventualmente sostenute dai titolari per il genitore ricoverato presso un centro di Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) pubblico o privato in quanto non autosufficiente o non più in grado di rimanere al proprio domicilio per la compromissione, anche molto grave, delle loro condizioni di salute e di autonomia.

L'indennizzo verrà corrisposto qualora il ricovero in Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) abbia avuto una durata di almeno 12 mesi consecutivi.

L'Iscritto avrà la possibilità di richiedere l'indennizzo a partire dal 01 marzo 2017, a condizione che risulti regolarmente Iscritto al Fondo W.I.L.A.

Modalità di erogazione dell'indennizzo:

Il contributo è concesso nella misura di **€ 1.000,00** annuali ed è valido per un solo genitore, anche nel caso in cui entrambi i genitori fossero ricoverati presso un centro di Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) pubblico o privato.

Per attivare la presente copertura l'iscritto dovrà inoltrare seguente documentazione:

- copia della dichiarazione del centro pubblico o privato di Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) attestante:
 - ✓ la data di inizio del ricovero del genitore non autosufficiente o non più in grado di rimanere al proprio domicilio per la compromissione, anche molto grave, delle condizioni di salute e di autonomia;
 - ✓ se il genitore è ancora presso tale struttura di Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA);
 - ✓ che il genitore è stato ricoverato presso detta Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) per almeno 12 mesi consecutivi;
 - ✓ dichiarazione sostitutiva dell'estratto dell'atto di nascita e/o dichiarazione sostitutiva attestante il grado di parentela, completi di data e firma olografa del dipendente iscritto, attestante il legame parentale tra il titolare ed il genitore in Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA), per il quale si chiede l'indennizzo forfettario.

La presente copertura si intende operante indipendentemente dagli eventuali contributi erogati dagli Enti preposti per il ricovero del genitore in Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA).

6.13 CAMPAGNA STRAORDINARIA 2017: PACCHETTO MATERNITÀ (COPERTURA OPERANTE ESCLUSIVAMENTE PER LE CONIUGI/ CONVIVENTI MORE UXORIO DEGLI ISCRITTI)

La presente copertura è operante esclusivamente per l'anno 2017.

Il Piano sanitario prevede al pagamento delle seguenti spese per il controllo in gravidanza effettuate dalle coniugie oppure dalle conviventi more uxorio dei dipendenti/ titolari del presente piano sanitario:

- 4 visite di controllo ostetrico ginecologico;
- 3 ecografie;
- 2 prelievi di analisi clinico chimiche (ognuno dei quali anche composto da più prescrizioni mediche);
- 1 amniocentesi e/o 1 villocentesi: per le donne di età ≥ 35 anni tali prestazioni sono erogabili senza prescrizione mentre per le donne di età <35 anni sono riconosciute solo nel caso di malformazione famigliare in parenti di 1° grado o nel caso di patologie sospette.

La disponibilità per l'annualità 2017 per la presente copertura è di € 400,00 per coniuge/convivente.

- **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato da UniSalute per il Fondo W.I.L.A.**

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo W.I.L.A., per il tramite di Unisalute, alle strutture stesse, senza l'applicazione di importi a carico del coniuge/convivente. **Per l'attivazione della presente modalità di erogazione, è necessario contattare preventivamente il numero verde indicato a inizio guida.**

Per le modalità di erogazione delle prestazioni sotto riportate, l'Iscritto deve inoltrare la richiesta di indennizzo al Fondo esclusivamente tramite gli sportelli territoriali W.I.L.A.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate**

Le spese sostenute vengono rimborsate senza l'applicazione di importi a carico del coniuge/convivente.

- **Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale**

Il Fondo W.I.L.A. attraverso Unisalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico del coniuge/convivente.

7. Casi di non operatività del piano

Il Piano sanitario non comprende tutti gli eventi riconducibili al tipo di copertura prevista; nel nostro caso non tutte le spese sostenute per le prestazioni sanitarie garantite sono coperte dal Piano sanitario.

PRIMA SEZIONE

Il Piano sanitario non è operante per:

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici* o di malformazioni** preesistenti alla stipulazione del Piano sanitario;
2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
3. le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
4. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del Piano sanitario);
5. i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
6. gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
7. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
8. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;

9. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Iscritto;
10. le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'Iscritto con dolo o colpa grave;
11. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
12. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche, eventi atmosferici;
13. le prestazioni non riconosciute dalla Medicina ufficiale.

SECONDA SEZIONE

Il Piano sanitario non è operante per:

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici* o di malformazioni** preesistenti alla stipulazione del Piano sanitario.
2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
3. le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
4. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche;
5. i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
6. gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
7. i ricoveri causati dalla necessità dell'Iscritto di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Iscritto che non consentono più la guarigione con trattamenti Medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
8. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
9. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
10. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Iscritto;
11. le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'Iscritto con dolo o colpa grave;
12. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
13. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche, eventi atmosferici;
14. le prestazioni non riconosciute dalla Medicina ufficiale.
15. Le prestazioni non espressamente previste dal piano sanitario

- * Per difetto fisico si intende la deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.
- ** Per malformazione si intende la deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

Limitatamente alle prestazioni previste al punto “Stati di non autosufficienza” in aggiunta alle esclusioni sopraelencate, il Piano sanitario non è operante per le conseguenze:

1. di malattie mentali, disturbi psichici e del comportamento in genere, compresi i comportamenti nevrotici, psicosi, depressioni e loro conseguenze;
2. dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'Iscritto con dolo o colpa grave;
3. di alcolismo acuto o cronico. Abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
4. di guerra civile o straniera, di tumulti, di rissa, di atti di terrorismo nei quali l'Iscritto ha avuto parte attiva, con la precisazione che i casi di legittima difesa e di assistenza a persona in pericolo sono garantiti;
5. dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
6. di infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting, l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione a gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
7. del rifiuto di seguire le prescrizioni mediche: con ciò si intende che l'Iscritto di sua volontà non ha consultato i Medici o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute;
8. di prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del Piano sanitario);
9. di partecipazione attiva dell'Iscritto ad atti criminali;
10. di infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Iscritto;
11. delle prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale.
12. di movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici.

La Centrale Operativa è in ogni caso a disposizione degli Iscritti per chiarire eventuali dubbi che dovessero presentarsi in merito a situazioni di non immediata definibilità.

8. Alcuni chiarimenti importanti

8.1 ESTENSIONE TERRITORIALE

Il Piano sanitario ha validità in tutto il mondo con le medesime modalità con cui è operante in Italia.

8.2 LIMITI DI ETÀ

Il Piano sanitario può essere stipulato o rinnovato fino al raggiungimento del 80° anno di età dell'Isritto, cessando alla prima scadenza annuale del Piano stesso successiva al compimento dell'81° anno di età da parte dell'Isritto.

8.3 GESTIONE DEI DOCUMENTI DI SPESA (FATTURE E RICEVUTE)

A) Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo W.I.L.A.

La documentazione di spesa per prestazioni sanitarie effettuate in strutture sanitarie convenzionate viene consegnata direttamente dalla struttura all'Isritto.

B) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate

La documentazione di spesa ricevuta in copia viene conservata e allegata ai sinistri come previsto per legge. Qualora Fondo W.I.L.A. attraverso Unisalute dovesse richiedere all'Isritto la produzione degli originali, la documentazione di spesa in originale viene trasmessa dall'Isritto a Fondo W.I.L.A. (**presso UniSalute via Larga, 8– 40138 Bologna**) che, con cadenza mensile, la restituirà all'Isritto al termine della procedura rimborsuale. Nel caso di prestazioni non indennizzabili la documentazione di spesa, nel caso in cui sia stata inviata in originale, viene restituita all'Isritto dal Fondo W.I.L.A. attraverso Unisalute contestualmente alla relativa comunicazione. Per le prestazioni avvenute all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in euro, al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa.

La documentazione allegata alla richiesta di rimborso (fatture, ricevute, prescrizioni mediche, cartelle cliniche, ecc.....) deve essere inviata in copia. Il Fondo W.I.L.A. potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche, l'invio della documentazione in originale. Ricordiamo che nel caso di ricevimento di documenti falsi o contraffatti, il Fondo W.I.L.A. ne darà immediata comunicazione alle competenti autorità giudiziarie per le opportune verifiche e l'accertamento di eventuali responsabilità penali.

Attenzione

Le domande di rimborso devono essere inoltrate 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.

