

S O S T E N E R T I È I L N O S T R O O B I E T T I V O

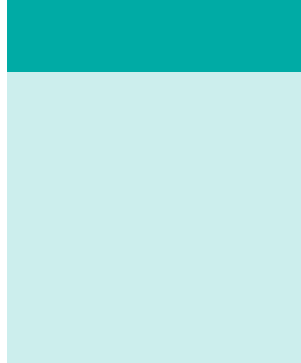
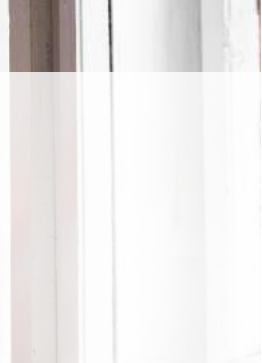


GUIDA AL PIANO SOCIO SANITARIO

2023

1





GUIDA AL PIANO SOCIO SANITARIO

2023





Per tutte le prestazioni previste dal Piano socio sanitario consulti:



www.wila.it

PER USUFRUIRE DI TUTTE LE PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE 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** (TASTO 2 - prenotazioni/rimborsi)



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)

Questa guida è stata predisposta 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:



GLOSSARIO	8
1. PRESENTAZIONE	10
2. LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA	10
3. COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SOCIO SANITARIO	10
4. AGGIORNAMENTO DATI	11
5. REGOLARITÀ CONTRIBUTIVA	11
6. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SOCIO SANITARIO	12
6.1. AUSILI E PRO'	12
6.2. RETTE PER ASILI NIDO	13
7. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI	14
7.1. ESTENSIONE TERRITORIALE	14
7.2. LIMITI DI ETÀ	14
7.3. LAVORATORI ESCLUSI DAL PIANO SOCIALE	14

PIANO SANITARIO

1. PRESENTAZIONE	15
2. COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO	15
2.1. SE L'ISCRITTO SCEGLIE UNA DELLE STRUTTURE CONVENZIONATE DA UNISALUTE PER IL FONDO W.I.L.A.	15
2.2. SE L'ISCRITTO SCEGLIE UNA DELLE STRUTTURE NON CONVENZIONATE DA UNISALUTE PER IL FONDO W.I.L.A.	16
2.3. SE L'ISCRITTO SCEGLIE IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	16
3. SERVIZI ONLINE E MOBILE	17
3.1. COME REGISTRARSI AL SITO WWW.UNISALUTE.IT PER ACCEDERE AI SERVIZI NELL'AREA SERVIZI CLIENTI?	17
3.2. COME PRENOTARE ONLINE LE PRESTAZIONI PRESSO LE STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE?	18
3.3. COME AGGIORNARE ONLINE I PROPRI DATI?	18
3.4. COME RICHIEDERE IL RIMBORSO DI UNA PRESTAZIONE?	19
3.5. COME CONSULTARE L'ESTRATTO CONTO E QUINDI LO STATO DELLE RICHIESTE DI RIMBORSO?	19
3.6. COME CONSULTARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO E LE STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE?	19
3.7. COME OTTENERE PARERI MEDICI?	20
3.8. COME FACCIO A SCARICARE L'APP UNISALUTE?	20
4. LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA	20
5. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO	21
5.1. INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE	22
5.2. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO E/O GRAVE EVENTO MORBOSO	23
5.3. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI DA MALATTIA	24
5.4. PROTOCOLLO DI CURE ORTODONTICHE	25
5.5. INTERVENTI CHIRURGICI EXTRA RICOVERO	26
5.6. CURE DENTARIE DA INFORTUNIO	27
5.7. TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE PER LE PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE E ORTODONTICHE	27
5.8. STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE	28
5.8.1. OGGETTO DELLA GARANZIA	28
5.8.2. CONDIZIONI DI ASSOCIABILITÀ	28

5.8.3. LIMITI DI SPESA	28
5.8.4. DEFINIZIONE STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA	29
5.8.5. PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO (PAI)	31
5.9. STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEA	33
5.9.1. OGGETTO DELLA GARANZIA.	33
5.9.2. CONDIZIONI DI ASSOCIABILITA'	33
5.9.3. LIMITI DI SPESA	33
5.9.4. DEFINIZIONE STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA	33
5.10. INDENNITÀ DI MATERNITÀ O PATERNITÀ	34
5.11. INDENNIZZO A SEGUITO DI MALATTIE O INFORTUNI CHE RICHIEDANO UN'ASSENSIONE DAL LAVORO SUPERIORE AI 180 GIORNI	35
5.12. INDENNIZZO A FORFAIT PER LE SPESE MEDICHE, SANITARIE E DI ASSISTENZA SOSTENUTE PER I GENITORI E/O SUOCERI RICOVERATI IN RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE (RSA)	36
5.13. INDENNIZZO A FORFAIT PER LE SPESE MEDICHE, SANITARIE E DI ASSISTENZA SOSTENUTE PER I CONIUGI/CONVIVENTI DISABILI	37
5.14. INDENNIZZO A FORFAIT PER LE SPESE MEDICHE, SANITARIE E DI ASSISTENZA SOSTENUTE PER I FIGLI DISABILI	38
5.15. OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE A SEGUITO DI RICOVERO PER MALATTIA/INFORTUNIO PER I GENITORI E/O SUOCERI	39
5.16. TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE PER TUTTE LE PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE E ORTODONTICHE PER I GENITORI E SUOCERI	39
5.17. ASSISTENZA DOMICILIARE AI GENITORI E/O SUOCERI DEL DIPENDENTE, ANCHE NON CONVIVENTE, A SEGUITO DI RICONOSCIMENTO DELL'ACCOMPAGNAMENTO DA PARTE DELL'INPS	40
5.18. PACCHETTO MATERNITÀ (COPERTURA OPERANTE ESCLUSIVAMENTE PER LE CONIUGI/ CONVIVENTI MORE UXORIO DEGLI ISCRITTI)	41
5.19. TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE PER TUTTE LE PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE E ORTODONTICHE PER IL CONIUGE/CONVIVENTE	41
5.20. OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE A SEGUITO DI RICOVERO PER MALATTIA E INFORTUNIO PER I FIGLI DI ETÀ INFERIORE AI 18 ANNI DELL'ISCRITTO	42
5.21. TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE PER TUTTE LE PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE E ORTODONTICHE PER I FIGLI MINORENNI	42
5.22. PROTOCOLLO DI CURE ORTODONTICHE PER I FIGLI DI ETÀ INFERIORE AI 18 ANNI	43
5.23. RIMBORSO SPESE SANITARIE A SEGUITO DI DIAGNOSI DI AUTISMO O DISTURBI DI APPRENDIMENTO (DSA) PER IL FIGLIO DI ETÀ INFERIORE AI 18 ANNI	44
5.24. SERVIZI DI CONSULENZA	45
6. CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO	46
7. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI	47
7.1. ESTENSIONE TERRITORIALE	47
7.2. LIMITI DI ETÀ	47
7.3. GESTIONE DEI DOCUMENTI DI SPESA (FATTURE E RICEVUTE)	47
8. NON AUTOSUFFICIENZA	48
8.1. RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE	48
8.1.1. MODALITA' DI RIMBORSO/RICHIESTA EROGAZIONE SERVIZI	49
8.1.2. EROGAZIONE DIRETTA DELLE PRESTAZIONI	50
8.1.3. RICHIESTA RIMBORSO PER PERMANENZA RSA	50
8.1.4. ACCERTAMENTO DEL PERDURANTE STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA	50
8.2. RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEA	51
8.2.1. MODALITA' DI RIMBORSO/RICHIESTA EROGAZIONE SERVIZI	52
8.2.2. ACCERTAMENTO DEL PERDURANTE STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA	52
ALLEGATO	53

GLOSSARIO

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.

Accertamento diagnostico Prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo

Amministratore di sostegno Persona nominata dal Giudice Tutelare per svolgere atti sia in sostituzione che congiuntamente alla persona non autosufficiente; questa figura è stata istituita per tutelare e aiutare le persone con gravi stati di disabilità o non autosufficienza quindi la persona assistita mantiene la sua capacità di agire e di decidere.

Assistenza L'aiuto in denaro o in natura, fornito all'iscritto che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un evento fortuito.

Assistenza Infermieristica Attività relativa all'assistenza sanitaria atta a mantenere o recuperare lo stato di salute, operata da infermiere professionista

Attività elementari di vita quotidiana

- Lavarsi
- Vestirsi e svestirsi
- Andare al bagno e usarlo
- Spostarsi
- Continenza
- Nutrirsi

Atti ordinari della vita

Spostarsi: capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio.

Lavarsi: capacità di soddisfare un livello di igiene corporea conforme alle norme abituali: cioè di lavare la parte alta e bassa del corpo

Vestirsi: capacità di mettere o togliere i propri vestiti o qualsiasi protesi ortopedica portata abitualmente

Nutrirsi: capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile ovvero di essere in grado di portare gli alimenti alla bocca e di inghiottire

Case Manager (CM) Infermiere responsabile dell'accertamento dei problemi dei pazienti e delle loro famiglie, identifica i problemi esistenti o potenziali, valutando le condizioni fisiche, psicosociali ed emotive della persona e sviluppa poi il PAI che risponde alle necessità identificate.

Centrale Operativa/Struttura organizzativa È la struttura di UniSalute costituita da operatori, medici, paramedici e tecnici che eroga, con costi a carico della Società, le prestazioni previste dalla polizza. La Centrale Operativa con linea telefonica "verde" provvede a:

- organizzare e prenotare, su richiesta dell'Assicurato, l'accesso diretto alle Strutture Sanitarie Convenzionate;
- fornire informazioni sulle garanzie assicurative, sui convenzionamenti delle Strutture Sanitarie Convenzionate, sulla loro ubicazione e sui servizi sanitari da esse erogate.

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

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

Documentazione sanitaria

Cartella clinica e/o tutta la certificazione medica, costituita da diagnosi, pareri e prescrizioni dei sanitari, da radiografie, da esami strumentali e diagnostici e della documentazione di spesa (comprese le notule e ricevute dei farmaci).

Difetto fisico Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

Franchigia La somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'iscritto.

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

Infortunio L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Intervento chirurgico ambulatoriale Prestazione chirurgica che per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza in osservazione nel post-intervento.

Malattia Qualunque alterazione clinicamente diagnosticabile dello stato di salute, che non sia malformazione o difetto fisico, e non sia Dipendente da infortunio.

Malformazione Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

Massimale L'importo stabilito negli specifici articoli di polizza che rappresenta la spesa massima che la Società si impegna a prestare nei confronti delle persone assicurate per le relative garanzie e/o prestazioni previste.

Massimale mensile L'importo stabilito negli specifici articoli di polizza che rappresenta la somma mensile massima che la Società si impegna a prestare nei confronti dell'Assicurato per le relative garanzie e/o prestazioni previste.

Medicina non ufficiale Insieme di tecniche terapeutiche non riconosciute dalla Medicina Ufficiale o Accademica.

Monoparentale Famiglia caratterizzata dalla presenza di un solo genitore.

Piano assistenziale Individualizzato (PAI)

È lo strumento operativo di eccellenza per l'area infermieristica; ha lo scopo di valutare la persona dal punto di vista clinico, assistenziale, sociale ed economico per elaborare un piano di assistenza che soddisfi tutte le necessità riscontrate. Il PAI permetterà l'attivazione delle prestazioni medico/assistenziali che sono state valutate necessarie all'Assicurato non autosufficiente.

Piano terapeutico (definizione relativa a prestazioni odontoiatriche/ortodontiche) Documento sottoscritto dall'Assicurato contenente l'insieme delle prestazioni che il dentista convenzionato e lo stesso concordano di effettuare. Tale documento deve essere comunicato alla Società per rendere possibile la successiva "presa in carico". Eventuali successive variazioni al piano terapeutico concordato dovranno essere sottoposte ad una nuova presa in carico da parte della Società.

Polizza Il documento che prova l'assicurazione.

Premio La somma dovuta dal Contraente alla Società. I mezzi di pagamento consentiti dalla Società sono quelli previsti dalla normativa vigente.

Presa in carico (definizione relativa a prestazioni odontoiatriche/ortodontiche) Comunicazione della Società al Centro Odontoiatrico convenzionato in ordine alle prestazioni contenute nel piano terapeutico che la Società stessa si impegna a pagare, in toto o in parte, direttamente allo stesso. La liquidazione degli oneri contenuta nella presa in carico è subordinata al rispetto di quanto riportato nella stessa circa condizioni, avvertenze, limiti ed eventuali altre indicazioni riportate nel presente contratto.

Questionario di riconoscimento di uno stato di non autosufficienza Documento contenente le informazioni sullo stato di non autosufficienza dell'Assicurato, compilato e sottoscritto dal medesimo o rappresentante legale e dal medico curante.

Questionario di riconoscimento di uno stato di non autosufficienza Documento contenente le informazioni sullo stato di non autosufficienza dell'Assicurato, compilato e sottoscritto dal medico curante e dall'Assicurato stesso o dal suo tutore legale o dall'amministratore di sostegno o dal familiare preposto alla cura dell'Assicurato.

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.

Ricovero di lunga convalescenza (definizione relativa a "Stati di non autosufficienza")

La degenza in istituto di cura specializzata nell'assistenza agli anziani.

RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali) Strutture non ospedaliere, ma comunque a carattere sanitario, che ospitano per un periodo variabile, da poche settimane al tempo indeterminato, le persone non autosufficienti che non possono essere assistite al domicilio fornendo un livello medio di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa e con un alto livello di assistenza tutelare e alberghiera.

Scheda anamnestica (definizione relativa a prestazioni odontoiatriche/ortodontiche)

Documento redatto dal dentista, in collaborazione con l'Assicurato, che descrive lo stato dell'apparato masticatorio dell'iscritto, con particolare riferimento alle patologie che possono influire sulla sua salute.

Servizio Sanitario Nazionale - SSN. Identifica il complesso delle funzioni, delle attività e dei servizi assistenziali gestiti e erogati dallo Stato italiano. Istituito con la legge n° 833 del 1978, con decorrenza dal 1° luglio 1980, è basato sull'universalità dell'assistenza sanitaria e sull'equità di accesso alle prestazioni. L'art. 32 della Costituzione italiana garantisce il diritto alla salute dei cittadini senza distinzioni.

Sinistro Il verificarsi della prestazione di carattere sanitario per la quale è prestata l'assicurazione, che comporta un'attività gestionale per WILA, tramite UniSalute. È l'evento che fa scattare l'operatività delle garanzie di polizza.

Struttura sanitaria convenzionata Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico e relativi medici chirurghi con cui UniSalute ha definito un accordo per il pagamento diretto; di queste Strutture si avvale WILA per le prestazioni del tuo Piano sanitario.

Strutture sanitarie non convenzionate L'insieme delle Strutture e degli Specialisti non convenzionati con UniSalute. Nel tuo Piano sanitario sono previste solo quelle relative a:

- Pacchetto Maternità per il coniuge/convivente more uxorio/unito civilmente,
- Assistenza domiciliare per i genitori/suoceri
- Protocollo di cure ortodontiche per il dipendente iscritto e i propri figli minorenni
- Trattamenti fisioterapici riabilitativi da infortunio o di grave evento morboso
- Trattamenti fisioterapici riabilitativi da malattia
- Cure dentarie da infortunio

Società UniSalute S.p.A. Compagnia di Assicurazioni.

Stato di non autosufficienza consolidato Situazione irreversibile e permanente, relativa alla salute dell'Assicurato, di norma suscettibile solo di ulteriore aggravamento.

Somma garantita L'importo stabilito negli specifici articoli di polizza che rappresenta la somma mensile massima che la Società si impegna a prestare nei confronti dell'Assicurato per le relative garanzie e/o prestazioni previste.

Ticket sanitario Il costo di una prestazione sanitaria sostenuto come compartecipazione alla spesa pubblica, in genere di contenuta entità, per attività effettuate in regime di Servizio Sanitario Nazionale.

Tutore legale Con la procedura di interdizione il soggetto viene privato della capacità giuridica che viene attribuita a un'altra persona, denominata il Tutore, nominato dal Tribunale. L'interdizione è la misura giudiziale prevista nell'interesse del soggetto totalmente incapace di intendere e di volere a causa di un'abituale infermità di mente e ha lo scopo di tutelare il soggetto disabile. Il tutore ha comunque la necessità dell'autorizzazione del Tribunale per gli atti di straordinaria amministrazione.

PIANO SOCIO SANITARIO

1. PRESENTAZIONE

Con la "Guida al Piano socio sanitario 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 sociosanitario.

2. 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.

3. COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SOCIO SANITARIO

Per la presentazione delle prestazioni sociosanitarie 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 sociosanitarie **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 richiesta viene rilasciata al lavoratore una ricevuta di consegna.

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

I lavoratori possono caricare la richiesta di Rete Asilo Nido - RAN autonomamente sul sito WILA e scegliere lo sportello OO.SS. a cui inviarla.



L'iscritto non sostiene alcuna spesa per la presentazione allo sportello delle richieste di prestazioni poiché' il servizio e' gratuito.

4. AGGIORNAMENTO DATI

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

5. LA REGOLARITÀ CONTRIBUTIVA

Considerato che alla presentazione della richiesta è 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 richiesta è stato regolarmente versato.

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



W



PIANO SOCIO SANITARIO

6. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SOCIO SANITARIO

Il Piano sociosanitario è operante per le seguenti prestazioni:

- 1) **Ausili e Protesi**
- 2) **Rette asilino, pubbliche e private, legalmente riconosciute**



6.1 AUSILI E PROTESI

Per i dipendenti e i loro familiari (figli, coniugi/conviventi, genitori/suoceri) è previsto il rimborso delle spese sostenute per l'acquisto o il noleggio di ausili e protesi (stampelle, plantari, scarpe ortopediche, tutori, apparecchi acustici, ecc. - elenco esaustivo sul sito www.wila.it).

Documenti

- dichiarazione sostitutiva del grado di parentela (per i familiari) / dichiarazione codice iban (per gli iscritti)
- prescrizione dell'ausilio/protesi del medico specialista
- fattura (prodotti con marcatura CE)



Rimborso erogato

€ 250,00 a persona per prescrizione

(massimo 2 prescrizioni per un massimale annuo di € 500,00 per nucleo familiare)



PIANO SOCIO SANITARIO

6.2 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.

Richiesta On line

Il dipendente entra nel sito WILA e trova i seguenti passaggi: Area dipendenti – Inserimento Retta asilo nido (RAN) – Registrati, ed inserisce i suoi dati completando la registrazione. Al termine della registrazione riceverà una email di conferma per accedere alla pagina di inserimento della richiesta. Durante l'inserimento dei dati selezionerà lo sportello di una delle organizzazioni sindacali dei lavoratori (OO.SS.) a cui inviare la richiesta ed i relativi documenti. L'operatore dello sportello visualizzerà nella propria area riservata le richieste arrivate e dovrà verificare i dati ed i documenti allegati e confermare la richiesta. Automaticamente verrà inviata al dipendente una email con la ricevuta della prestazione richiesta.

Data Evento (per il controllo della copertura): data di pagamento di una retta mensile

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

Documentazione necessaria:

- quietanza di pagamento della/e retta/e mensile dell'asilo nido
- copia documento di identità del dipendente
- dichiarazione sostitutiva attestante il grado di parentela e il codice IBAN

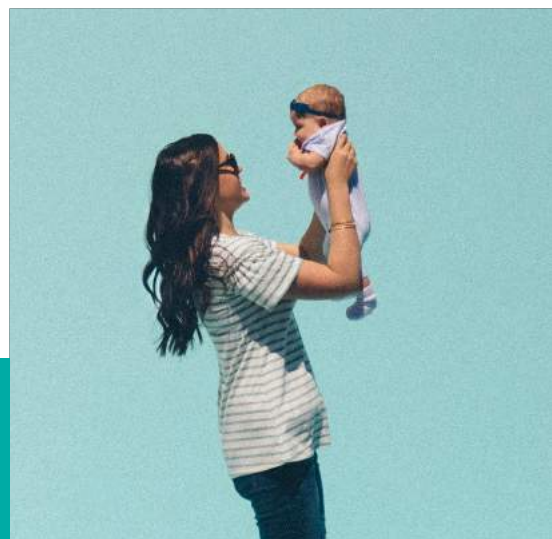


INDENNITÀ EROGATA NON SOGGETTA AD ALCUNA RITENUTA FISCALE

€ 700,00 per famiglie monoparentali (presenza di un solo genitore)

€ 500,00 per le altre famiglie

W





7. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI

7.1 ESTENSIONE TERRITORIALE

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

7.2 LIMITI DI ETÀ

Il Piano socio sanitario ha validità fino al raggiungimento del 75° anno di età del dipendente.

7.3 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 fanno cumulo per il conteggio dei 12 mesi (esempio: contratto a tempo determinato 6 mesi + 8 mesi = quota WILA non obbligatoria)
- Lavoratori e lavoratrici in aspettativa non retribuita
- Lavoratori e lavoratrici inquadrati nel CCRL delle Pulizie, dell'Edilizia e dell'Autotrasporto

PIANO SANITARIO

1. PRESENTAZIONE

La "Guida al Piano sanitario Fondo W.I.L.A." è un utile supporto per l'utilizzo della copertura sanitaria. Consigliamo al/alla Dipendente 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.

2. COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

2.1 SE L'ISCRITTO SCEGLIE UNA DELLE STRUTTURE CONVENZIONATE DA UNISALUTE PER IL FONDO

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!

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.



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

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 - Via Larga, 8 - 40138 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.

2.3 SE L'ISCRITTO SCEGLIE IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Per le coperture che lo prevedono, se l'Iscritto 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'Iscritto deve inviare a **Fondo W.I.L.A. presso UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - Via Larga, 8 - 40138 Bologna BO**, la documentazione necessaria.



PIANO SANITARIO

3. SERVIZI ONLINE E MOBILE

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

3.1 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?

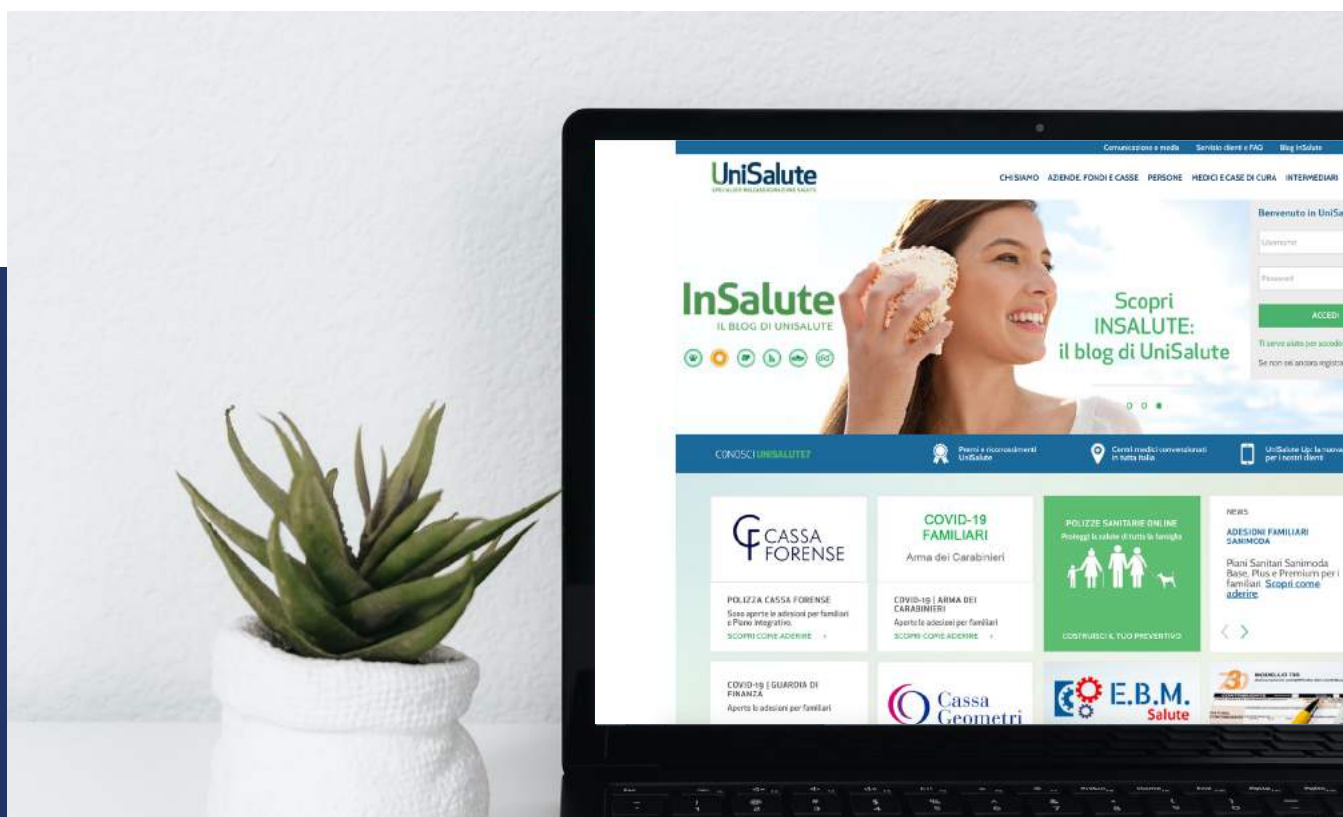
Nella home page del sito www.unisalute.it l'Iscritto deve accedere alla funzione "Registrati" e compilare la maschera con i dati richiesti.

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.





3.2 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!

3.3 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.

PIANO SANITARIO

3.4 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 - Via Larga, 8 - 40138 Bologna BO.**

3.5 COME CONSULTARE L'ESTRATTO CONTO EQUINDI 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.

3.6 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.

3.7 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.

3.8 COME FACCIAMO 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.

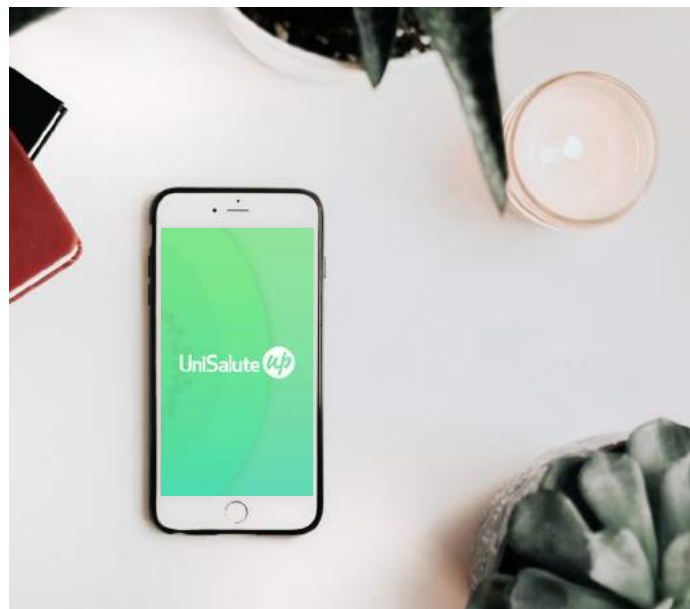
AREA RISERVATA AI CLIENTI

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.



4. 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. **L'assicurazione è altresì prestata, per alcune specifiche garanzie, a favore del coniuge fiscalmente a carico o convivente more uxorio o unito civilmente, figli minorenni e genitori e/o suoceri del dipendente iscritto.**

PIANO SANITARIO

5. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

L'assicurazione è operante in caso di malattia e in caso di infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto per le spese sostenute dall'Assicurato per:

GARANZIE OPERANTI SOLO PER IL DIPENDENTE ISCRITTO AL FONDO W.I.L.A.

- Intervento chirurgico ambulatoriale;
- Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio o di grave evento morboso;
- Trattamenti fisioterapici riabilitativi da malattia;
- Protocollo ortodontico;
- Interventi chirurgici odontoiatrici extra ricovero;
- Cure dentarie da infortunio;
- Tariffe agevolate Unisalute per le prestazioni odontoiatriche e per le prestazioni ortodontiche;
- Stati di non autosufficienza consolidata/permanente-protezione completa;
- Stati di non autosufficienza temporanea;
- Indennità di maternità o di paternità;
- Indennizzo a seguito di malattie o infortuni che richiedano un'astensione dal lavoro superiore ai 180 giorni;
- Indennizzo a forfait per le spese mediche, sanitarie e di assistenza sostenute per i genitori/suoceri ricoverati in residenza sanitaria assistenziale (RSA)
- Indennizzo a forfait per le spese mediche, sanitarie e di assistenza sostenute per i coniugi/conviventi disabili
- Indennizzo a forfait per le spese mediche, sanitarie e di assistenza sostenute per i figli disabili

GARANZIE OPERANTI PER I GENITORI DEL DIPENDENTE ISCRITTO AL FONDO W.I.L.A.

- Ospedalizzazione domiciliare a seguito di ricovero per malattia e/o infortunio per i genitori e/o i suoceri;
- Assistenza domiciliare ai genitori/suoceri, anche non conviventi, a seguito del riconoscimento dell'accompagnamento da parte dell'INPS

GARANZIE OPERANTI PER IL CONIUGE/CONVIVENTE MORE UXORIO O UNITO CIVILMENTE DEL DIPENDENTE ISCRITTO AL FONDO W.I.L.A.

- Pacchetto maternità

GARANZIE OPERANTI PER I FIGLI MINORENNI DEL DIPENDENTE ISCRITTO AL FONDO W.I.L.A.

- Protocollo ortodontico per i figli di età inferiore ai 18 anni;
- Ospedalizzazione domiciliare a seguito di ricovero per malattia e/o infortunio per i figli di età inferiore ai 18 anni;
- Spese sanitarie a seguito di diagnosi di Autismo o Disturbi specifici dell'apprendimento (DSA) per i figli di età inferiore ai 18 anni.

GARANZIE OPERANTI SOLO PER I DIPENDENTI ISCRITTI AL FONDO W.I.L.A.

5.1 INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE

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

A) PRE-INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE

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 garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.**

B) 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.

C) 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

D) POST INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche, infermieristiche, **effettuati nei 60 giorni successivi all'intervento ambulatoriale, purché resi necessari dalla patologia che ha determinato l'intervento stesso.**

Le prestazioni infermieristiche e i medicinali sono compresi in garanzia solo se prescritti dal medico curante nel referto operatorio.

E) TRASPORTO SANITARIO IN AMBULANZA A SEGUITO DI INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE

La Società rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza, **all'Istituto di cura, e di rientro alla propria abitazione con il massimo di € 150,00** per anno assicurativo e per persona.

MODALITÀ DI EROGAZIONE:

La presente garanzia è operante esclusivamente nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato da Unisalute per il Fondo W.I.L.A., e nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate.

1) PRESTAZIONI IN STRUTTURE SANITARIE PRIVATE O PUBBLICHE CONVENZIONATE DA UNISALUTE PER IL FONDO W.I.L.A. ED EFFETTUATE DA MEDICI CONVENZIONATI

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con Unisalute, le spese per le prestazioni erogate al/alla Dipendente vengono liquidate direttamente Il Fondo W.I.L.A. attraverso Unisalute alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, ad eccezione delle spese di cui alla **lettera e) "Trasporto sanitario" che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti al punto indicato.**

2) PRESTAZIONI NEL 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 € 500,00 PER PERSONA

PIANO SANITARIO

5.2 TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO O DI GRAVE EVENTO MORBOSO

Il Fondo W.I.L.A. attraverso Unisalute provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, a seguito di infortunio o di grave evento morboso, di cui sia certificata la correlazione medica, esclusivamente a fini riabilitativi, in presenza di un certificato di Pronto Soccorso o nel caso di grave evento morboso (vedi elenco allegato) da certificato del medico di base 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'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 Dipendente.
- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate da UniSalute per il Fondo W.I.L.A.**
Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del 75% con il minimo non indennizzabile di € 30,00 per ogni fattura/persona.
- **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 Dipendente.



LA DISPONIBILITÀ ANNUA PER LA PRESENTE COPERTURA È DI € 500,00 PER PERSONA



5.3 TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI DA MALATTIA

In deroga a quanto previsto al capitolo "Casi di non operatività del piano", il Fondo W.I.L.A. attraverso Unisalute provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici a seguito di malattia, per un massimo di n. 10 sedute l'anno, esclusivamente a fini riabilitativi, sempreché siano prescritti dal medico "di famiglia" o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o professionista sanitario abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

È prevista l'agopuntura effettuata anche a fini antalgici.

Sono escluse dalla garanzia prestazioni quali linfodrenaggio, pressoterapia, shiatsu. Non rientrano altresì in garanzia prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

La presente garanzia è operante esclusivamente nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con Unisalute e nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate.

- **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 al/alla Dipendente 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'Iscritto/a.
- **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/della dipendente iscritto/a.



**LA DISPONIBILITÀ ANNUA PER LA PRESENTE COPERTURA
È DI € 150,00* PER PERSONA**

**Da intendersi come sotto massimale dei "Trattamenti fisioterapici riabilitativi per infortunio o grave evento morboso"*

PIANO SANITARIO

5.4 PROTOCOLLO DI CURE ORTODONTICHE

In deroga a quanto previsto al capitolo "Casi di non operatività del piano", **il Fondo W.I.L.A. attraverso Unisalute provvede al pagamento, con scheda anamnestica, delle prestazioni ortodontiche, intese come apparecchi ortodontici sia fissi che mobili (è compresa l'ortodonzia invisibile e i bite).** Sono compresi in copertura la visita ortodontica e gli eventuali accertamenti odontoiatrici sia propedeutici alle prestazioni ortodontiche sia finalizzati al controllo e/o alla manutenzione degli apparecchi ortodontici.

- **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 al/alla Dipendente 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'Iscritto/a.

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

Le spese sostenute vengono rimborsate integralmente senza l'applicazione di importi a carico del/della Dipendente, allegando copie delle fatture e/o ricevute fiscali.

- **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 DISPONIBILITA' ANNUA E' DI € 500,00 A PERSONA





5.5 INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO

In deroga a quanto previsto al capitolo "Casi di non operatività del piano", il **Fondo W.I.L.A.** attraverso **Unisalute** liquida le spese sostenute per gli **interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie comprese le prestazioni d'implantologia dentale** anche se successivi ad interventi chirurgici avvenuti fuori dalla copertura assicurativa purché anch'essi **conseguenti alle seguenti patologie:**

- adamantinoma
- ascesso dentario in presenza di strumento endodontico nel lume canalare
- cisti follicolari
- cisti radicolari
- odontoma
- rimozione di impianto dislocato all'interno del seno mascellare
- intervento di chirurgia endodontica di asportazione del terzo apicale della radice (apicectomia).

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

La **documentazione sanitaria necessaria** per ottenere la liquidazione delle spese sostenute consiste in:

- radiografie e referti radiologici per rimozione d'impianto dislocato nel seno mascellare, e ascesso dentario in presenza di strumento endodontico nel lume canalare, rilasciati da Medico Chirurgo specialista in Radiodiagnostica;
- radiografie, referti radiologici rilasciati da Medico Chirurgo specialista in Radiodiagnostica e referti istologici rilasciati da Medico Chirurgo specialista in Anatomia Patologica, per cisti follicolari e cisti radicolari, adamantinoma, odontoma.

La presente garanzia è operante esclusivamente nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato da UniSalute per il Fondo W.I.L.A. e nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate.

- **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/della Dipendente.
- **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/della Dipendente.



LA DISPONIBILITÀ ANNUA PER LA PRESENTE COPERTURA È DI € 3.000,00 PER PERSONA

PIANO SANITARIO

5.6 CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

In deroga a quanto previsto al capitolo "Casi di non operatività del piano", il **Fondo W.I.L.A. attraverso Unisalute** liquida al/alla Dipendente 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:

- referto di Pronto Soccorso con specifica indicazione del trauma e dell'evidenza obiettiva dello stesso, allegando eventuali consulenze specialistiche ed esami strumentali;
 - radiografie e referti radiologici;
 - scheda anamnestica;
 - copie fatture/tickets.
- **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 dell'iscritto.
 - **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate da UniSalute per il Fondo W.I.L.A.**
Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di una franchigia di € 100,00 per fattura.
 - **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 Dipendente nel limite dei massimali assicurati.



LA DISPONIBILITÀ ANNUA PER LA PRESENTE COPERTURA È DI € 1.000,00 PER PERSONA



5.7 ODONTOIATRIA - TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE PER TUTTE LE PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE 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.**

L'iscritto potrà 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.

5.8 STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE PROTEZIONE COMPLETA

5.8.1 OGGETTO DELLA GARANZIA

La presente copertura garantisce attraverso le strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo W.I.L.A., nel limite del massimale mensile di cui all'articolo 5.8.3, l'erogazione di prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali e, in caso di permanenza in RSA, il rimborso delle spese sostenute secondo quanto indicato nel successivo articolo 5.8.5 punto 4), sempre che sia comprovata tra le parti la sopravvenuta non autosufficienza dell'iscritto.

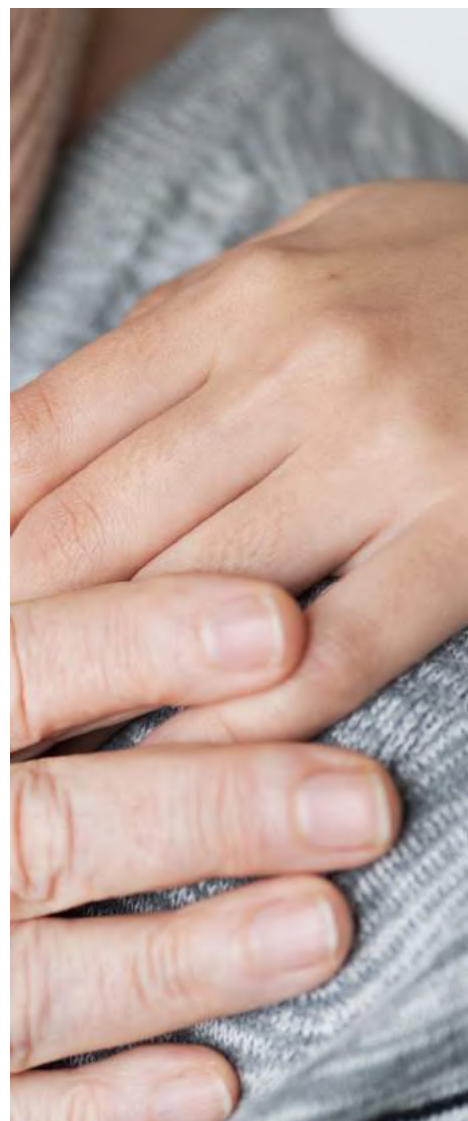
5.8.2 CONDIZIONI DI ASSOCIABILITÀ

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.

5.8.3 LIMITE DI SPESA MENSILE GARANTITO

Nel caso in cui il/la dipendente si trovi nelle condizioni indicate al successivo articolo 5.8.4 "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 3 anni.**



PIANO SANITARIO

5.8.4 DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza il Dipendente 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 del Dipendente 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
1° grado L'Iscritto è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente Autonomo	0
2° grado L'Iscritto necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno	5
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	10

VESTIRSI E SVESTIRSI	PUNTEGGIO
1° grado L'Iscritto è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo	0
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	5
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	10

ANDARE IN BAGNO E USARLO**PUNTEGGIO****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):

- (1) andare in bagno
- (2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi
- (3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno ————— 0

2° grado

L'iscritto necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3) ————— 5

3° grado

L'iscritto necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3) ————— 10

1° grado

L'iscritto è in grado di muoversi autonomamente all'interno della residenza abituale anche con l'utilizzo di protesi ————— 0

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 ————— 5

3° grado

L'iscritto è in grado di muoversi all'interno della residenza abituale solo con l'assistenza di terzi ————— 10

CONTINENZA**PUNTEGGIO****1° grado**

L'iscritto è completamente continente ————— 0

2° grado

L'iscritto presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno ————— 5

3° grado

L'iscritto è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come catetere o colostomia ————— 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

PIANO SANITARIO

5.8.5 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 Dipendente o il dipendente stesso, qualora quest'ultimo si trovi in uno stato di non autosufficienza come definito dal Piano sanitario (art. 5.8.4 "Definizione dello stato di non autosufficienza"), 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 il/la dipendente, l'amministratore di sostegno o il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Iscritto, dovrà produrre la documentazione specificata al capitolo 8.1 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,

al/la dipendente 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 il/la dipendente sia "assistito/a" 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.

PIANO SANITARIO

5.9 STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEA

5.9.1 OGGETTO DELLA GARANZIA

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'Iscritto quando questi si trovi in uno stato di non autosufficienza come indicato al successivo articolo 5.9.4 "Definizione dello stato di non autosufficienza".

5.9.2 CONDIZIONI DI ASSOCIABILITÀ

All'effetto del Piano sanitario, ai fini dell'operatività della copertura, le persone iscritte non devono rientrare nelle seguenti condizioni di 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 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. Essere affette da tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV, epatite cronica.

5.9.3 LIMITE DI SPESA MENSILE GARANTITO

Nel caso in cui l'Iscritto si trovi nelle condizioni indicate al successivo articolo 5.9.4 "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 12 mesi**.

5.9.4 DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza il/la Dipendente 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.

5.10 INDENNITÀ DI MATERNITÀ O PATERNITÀ



Il dipendente 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 assicurativo e per Iscritto.

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

La presente copertura si intende operante a patto che la/il dipendente risulti regolarmente iscritta/o al Fondo W.I.L.A. e **avrà effetto**, nei limiti quantitativi sopraindicati, **a partire dal primo giorno di ingresso in copertura dell'Iscritta/o 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'iscritto, in un'unica soluzione** al rientro dalla maternità/paternità e su presentazione della seguente documentazione:

- a) 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;
- b) certificato di avvenuta adozione e stato di famiglia;
- c) dichiarazione aziendale attestante il periodo di astensione dal lavoro per maternità paternità facoltativa per il quale si richiede l'indennità.

In alternativa alla dichiarazione aziendale, l'iscritto potrà inoltrare alla Società:

- **copia della comunicazione dell'iscritto inviata all'INPS** indicante il periodo di astensione dal lavoro con gli esatti giorni da fruire; tale comunicazione dovrà essere accompagnata dalle copie delle buste paga relative al periodo di astensione dal lavoro facoltativa per maternità e/o paternità.

Qualora l'Iscritto 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 una **volta al mese** per ogni singolo periodo di astensione facoltativa dal lavoro per maternità o paternità e quindi per ogni singola richiesta di indennizzo.

L'indennizzo comprende i sabati, le domeniche/tutti i festivi, tutti i giorni non lavorati a condizione che il periodo di astensione dal lavoro facoltativa sia continuativo e che coincida con il periodo di astensione dal lavoro dichiarato dall'azienda oppure, in alternativa, risultante sia da copia della comunicazione all'INPS effettuata dall'Iscritto sia dalle buste paga.



PIANO SANITARIO

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

Nel caso in cui il/la dipendente si assentasse dal lavoro a seguito di una malattia o di un infortunio, **compresi i casi di bulimia e/o anoressia**, 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 da una malattia o di un infortunio, per un massimo di 100 giorni annui per dipendente.



Il/la dipendente 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 garanzia si intende operante a patto che il/la dipendente risulti regolarmente iscritta/o al FONDO W.I.L.A. e avrà effetto, nei limiti quantitativi sopraindicati, a partire dal primo giorno di ingresso in copertura dell'assicurata/o interrompendosi automaticamente alla sua fuoriuscita.

La liquidazione della presente indennità **verrà effettuata in una 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 (con patologia) progressivi emessi dal medico e/o dall'INPS e/o dall'INAIL;
- copia della lettera di dimissioni in caso di ricovero, Unisalute si riserva la facoltà di richiedere la cartella clinica nel caso in cui non sia chiaro il motivo di ricovero (vedi esclusioni elencate di seguito);
- 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'iscritto con dolo o colpa grave;
4. patologie neuro-degenerative.

5.12 INDENNIZZO A FORFAIT PER LE SPESE MEDICHE, SANITARIE E DI ASSISTENZA SOSTENUTE PER I GENITORI E/O SUOCERI RICOVERATI IN RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE (RSA)

La garanzia potrà essere erogata per UN MASSIMO DI DUE SOGGETTI SUI POTENZIALI AVENTI DIRITTO (ad esempio 2 genitori, 1 genitore e 1 un suocero, 2 suoceri).

La presente garanzia è operante esclusivamente per i genitori e/o i suoceri del dipendente iscritto al Fondo W.I.L.A., a prescindere dalla convivenza con il dipendente stesso.



Il dipendente 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 garanzia prevede l'erogazione di un indennizzo annuo, a favore dei dipendenti il cui genitore e/o suocero è ricoverato presso un centro di Residenza Sanitaria Assistenziale pubblico o privato. Tale indennizzo si intende erogato, **a titolo di forfait**, per le spese mediche, sanitarie e di assistenza eventualmente sostenute dal dipendente iscritto per il genitore e/o suocero ricoverato presso un centro di Residenza Sanitaria Assistenziale 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 RSA abbia avuto una durata di almeno 12 mesi consecutivi (anche se maturati in strutture RSA differenti, purché sia mantenuta la continuità del ricovero).

Per quanto concerne la definizione di RSA, vale quanto già previsto all'articolo "Glossario".

Il dipendente avrà la possibilità di richiedere l'indennizzo a partire dal **01 gennaio 2023** a condizione che risulti regolarmente iscritto al Fondo W.I.L.A.

Modalità di erogazione dell'indennizzo:

Il contributo è concesso nell'ammontare di **€1.400,00 annuali** ed è valido per i genitori e/o suoceri ricoverati presso un centro di Residenza Sanitaria Assistenziale pubblico o privato.

Per attivare la presente garanzia l'assicurato dovrà inoltrare la seguente documentazione:

copie della dichiarazione del centro pubblico o privato di Residenza Sanitaria Assistenziale attestante:

- la data di inizio del ricovero del genitore/suocero 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/suocero è ancora presso tale struttura di RSA;
- che il genitore/suocero è stato ricoverato presso detta RSA per almeno 12 mesi consecutivi;
- sulla dichiarazione dovrà essere espressamente indicato che si tratta di ricovero in regime di RSA;
- 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/suocero in RSA, per il quale si chiede l'indennizzo forfettario.

La presente garanzia si intende operante indipendentemente dagli eventuali contributi erogati dagli Enti preposti per il ricovero del genitore/suocero in RSA.

Per i genitori e/o suoceri dell'iscritto di cui alla presente garanzia non viene applicato nessun Limite di età.

5.13 INDENNIZZO A FORFAIT PER LE SPESE MEDICHE, SANITARIE E DI ASSISTENZA SOSTENUTE DAI DIPENDENTI ISCRITTI PER LA DISABILITA' DEI CONIUGI/CONVIVENTI MORE UXORIO O UNITI CIVILMENTE



Il dipendente 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 dei dipendenti iscritti che hanno il coniuge/convivente-more-uxorio/unito-civilmente disabile con una invalidità 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 coniugi/conviventi more uxorio o uniti civilmente con invalidità superiore al 45%.

Il/ladipendenteavràlapossibilitàdi richiederel'indennizzoapartiredal **01gennaio2023**acondizionecherisulti regolarmenteiscrittoal FondoW.I.L.A.

Modalità di erogazione dell'indennizzo:

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

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

- modulo di rimborso a sportello
- copia del certificato INPS e/o dall'ASL attestante l'invalidità permanente del coniuge/convivente superiore al 45%
- dichiarazione sostitutiva attestante il grado di parentela

In caso di certificato INPS scaduto da più di 5 anni (ma ritenuto valido dall'INPS) sarà necessario presentare una delle seguenti documentazioni aggiuntive:

- estratto conto del versamento INPS relativo al percepimento dell'accompagnamento;
- eventuale documentazione di esenzione ticket (nel caso in cui la % di invalidità consenta tale agevolazione);
- documentazione medica (visite, cure farmacologiche, spese mediche) inerenti la patologia della disabilità.

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

5.14 INDENNIZZO A FORFAIT PER LE SPESE MEDICHE, SANITARIE E DI ASSISTENZA SOSTENUTE PER I FIGLI DISABILI DEI DIPENDENTI ISCRITTI



Il dipendente 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 dei dipendenti 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%.

Il/la dipendente avrà la possibilità di richiedere l'indennizzo a partire dal **01 gennaio 2023** a condizione che risulti regolarmente iscritto al Fondo W.I.L.A.

Modalità di erogazione dell'indennizzo:

Il contributo è concesso nella misura di **€1.500,00** annuali **per ogni figlio** con una invalidità riconosciuta superiore al 45% in base alle vigenti leggi.

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

- modulo di rimborso a sportello
- 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; al raggiungimento della maggiore età sarà ancora considerata documentazione idonea purché in corso di validità;
- dichiarazione sostitutiva attestante il grado di parentela, completi di data e firma olografa del/della dipendente, attestante il legame parentale tra il titolare ed il figlio disabile per il quale si chiede l'indennizzo forfettario.

In caso di certificato INPS scaduto da più di 5 anni (ma ritenuto valido dall'INPS) sarà necessario presentare una delle seguenti documentazioni aggiuntive:

- estratto conto del versamento INPS relativo al percepimento dell'accompagnamento;
- eventuale documentazione di esenzione ticket (nel caso in cui la % di invalidità che consenta tale agevolazione);
- documentazione medica (visite, cure farmacologiche, spese mediche) inerenti la patologia della disabilità.

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



PIANO SANITARIO

GARANZIE OPERANTI PER I GENITORI E SUOCERI DEI DIPENDENTI ISCRITTI AL FONDO W.I.L.A.

5.15 OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE A SEGUITO DI RICOVERO PER MALATTIA E INFORTUNIO PER I GENITORI E/O SUOCERI



L'iscritto dovrà comunicare, attraverso apposita documentazione, il proprio nucleo familiare direttamente al Fondo esclusivamente tramite gli sportelli territoriali.

La garanzia potrà essere erogata per UN MASSIMO DI DUE SOGGETTI SUI POTENZIALI AVENTI DIRITTO (ad esempio 2 genitori, 1 genitore e 1 suocero, 2 suoceri).

La presente garanzia è operante esclusivamente per i genitori e/o i suoceri dei dipendenti iscritti al Fondo W.I.L.A., a prescindere dalla convivenza con il/la dipendente stesso.

In caso di ricovero in istituto di cura **non inferiore a 2 notti**, il Fondo W.I.L.A. mette a disposizione **presso le strutture sanitarie convenzionate da Unisalute** per il Fondo stesso, servizi di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica per il recupero della funzionalità fisica del genitore dell'iscritto e di 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, **per un periodo di 60 giorni dalla data di dimissione.**

La copertura si intende operante purché:

- il ricovero non sia escluso ai sensi del successivo capitolo "Casi di non operatività del Piano"
- Il/La dipendente dovrà risultare regolarmente iscritto/a al Fondo W.I.L.A. all'atto della richiesta di attivazione della garanzia

Per i genitori e/o suoceri degli iscritti di cui alla presente garanzia non viene applicato nessun limite di età.



La disponibilità annua per la presente copertura è di € 3.000,00 per genitori/suoceri.

5.16 ODONTOIATRIA - TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE PER TUTTE LE PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE E ORTODONTICHE



L'iscritto dovrà comunicare, attraverso apposita documentazione, il proprio nucleo familiare direttamente al Fondo esclusivamente tramite gli sportelli territoriali.

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.**

Il familiare iscritto potrà 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.

Il familiare 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.

5.17 ASSISTENZA DOMICILIARE AI GENITORI E/O SUOCERI, ANCHE NON CONVIVENTI, A SEGUITO DI RICONOSCIMENTO DELL'ACCOMPAGNAMENTO DA PARTE DELL'INPS

La garanzia potrà essere erogata per UN MASSIMO DI DUE SOGGETTI SUI POTENZIALI AVENTI DIRITTO (ad esempio 2 genitori, 1 genitore e 1 un suocero, 2 suoceri).

La presente garanzia è operante esclusivamente per i genitori e/o i suoceri dei dipendenti iscritti al Fondo W.I.L.A., a prescindere dalla convivenza con il Dipendente stesso.

 **Il dipendente 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 garanzia si intende operante qualora ai **genitori e/o suoceri del/della dipendente iscritto/a al Fondo, anche non convivente**, sia stato riconosciuto dall'Inps l'indennità di accompagnamento per:

- Invalidità;
- grave malattia;
- qualora risultino essere ciechi o sordi totali.

In questo caso, dovrà essere presentata la certificazione rilasciata dall'INPS, qualora detta certificazione sia stata emessa negli anni precedenti, sarà necessario allegare anche la copia della ricevuta dell'assegno per l'accompagnamento.

Il piano sanitario **prevede, fino a concorrenza del massimale, l'erogazione delle seguenti prestazioni di ospedalizzazione domiciliare:**

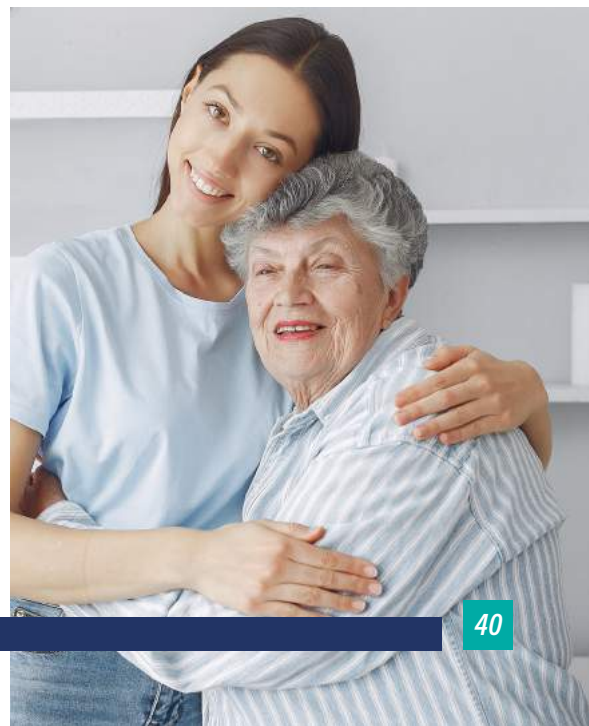
- assistenza medica;
- assistenza riabilitativa;
- assistenza infermieristica/socio-sanitaria;
- rimborso delle spese della badante regolarmente retribuita – in questo caso sarà necessario presentare una copia della busta paga oppure delle ricevute INPS riportanti i codici fiscali del/della Badante e del genitore/suocero (in sua vece) del/della Figlio/a/Iscritto-a al Fondo.

Sono escluse dal rimborso le spese relative a farmaci, dispositivi/presidi medico-sanitari e protesi.

- **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato da UniSalute per il Fondo W.I.L.A.**
Il dipendente iscritto dovrà rivolgersi alla centrale operativa di Unisalute che, dopo opportuna valutazione della documentazione necessaria, organizzerà le prestazioni e le spese verranno liquidate direttamente dal Fondo W.I.L.A., per il tramite di Unisalute, alle strutture stesse senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia (fatta eccezione per le spese della badante che sono solo a rimborso)
- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale non convenzionato da UniSalute per il Fondo W.I.L.A.**
Le spese sostenute vengono rimborsate integralmente senza l'applicazione di importi a carico dell'Iscritto. Per la presente modalità di erogazione, il dipendente deve inoltrare la richiesta di indennizzo, direttamente al Fondo tramite gli sportelli territoriali W.I.L.A.
- **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 la presente modalità di erogazione, il dipendente deve inoltrare la richiesta di indennizzo, direttamente al Fondo tramite gli sportelli territoriali W.I.L.A.

 **La disponibilità annua per la presente copertura è di € 1.200,00 per genitori/suoceri**

Per i genitori e/o suoceri del/della dipendente di cui alla presente garanzia non viene applicato nessun limite di età.



PIANO SANITARIO

GARANZIE OPERANTI PER IL CONIUGE/CONVIVENTE MORE UXORIO O UNITO CIVILMENTE DEI DIPENDENTI ISCRITTI AL FONDO W.I.L.A.

5.18 PACCHETTO MATERNITÀ



L'iscritto dovrà comunicare, attraverso apposita documentazione, il proprio nucleo familiare direttamente al Fondo esclusivamente tramite gli sportelli territoriali.

Il Piano sanitario provvede al **pagamento delle seguenti spese per il controllo in gravidanza effettuate dalle coniugi/conviventi more uxorio o uniti civilmente dei dipendenti iscritti al Fondo:**

- visite di controllo ostetrico ginecologico;
- ecografie;
- prelievi di analisi clinico chimiche (ognuno dei quali anche composto da più prescrizioni mediche), compresi gli eventuali test genetici, nonché gli accertamenti di controllo della gravidanza non invasivi quali per es. la translucenza nucale, il bi-test, harmony test;
- amniocentesi e/o villocentesi.
- **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 dell'iscritto.
- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale non convenzionato da UniSalute per il Fondo W.I.L.A.**
Le spese sostenute vengono rimborsate integralmente senza l'applicazione di importi a carico dell'iscritto, allegando copie delle fatture e/o ricevute fiscali
- **Nel caso in cui il dipendente 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 € 600,00 per persona

5.19 ODONTOIATRIA - TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE PER TUTTE LE PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE E ORTODONTICHE



L'iscritto dovrà comunicare, attraverso apposita documentazione, il proprio nucleo familiare direttamente al Fondo esclusivamente tramite gli sportelli territoriali.

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.**

Il familiare iscritto potrà 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. Il familiare 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.

GARANZIE OPERANTI PER I FIGLI MINORENNI DEI DIPENDENTI ISCRITTO/A AL FONDO W.I.L.A.

5.20 OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE A SEGUITO DI RICOVERO PER MALATTIA E/O INFORTUNIO PER I FIGLI DI ETÀ INFERIORE AI 18 ANNI



L'iscritto dovrà comunicare, attraverso apposita documentazione, il proprio nucleo familiare direttamente al Fondo esclusivamente tramite gli sportelli territoriali.

In caso di ricovero in istituto di cura **non inferiore a 2 notti**, il Fondo W.I.L.A. mette a disposizione **presso le strutture convenzionate con UniSalute** per il Fondo stesso, **servizi di ospedalizzazione domiciliare**, assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica per il recupero della funzionalità fisica del figlio dell'iscritto e di 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 60 giorni dalla data di dimissione ed 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. La copertura si intende operante purché il ricovero non sia escluso ai sensi del successivo capitolo "Casi di non operatività del Piano".



La disponibilità annua per la presente copertura è di € 3.000,00 per ogni figlio/a

5.21 ODONTOIATRIA - TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE PER TUTTE LE PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE E ORTODONTICHE



L'iscritto dovrà comunicare, attraverso apposita documentazione, il proprio nucleo familiare direttamente al Fondo esclusivamente tramite gli sportelli territoriali.

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.**

Il familiare iscritto potrà 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.

Il familiare 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.

5.22 PROTOCOLLO DI CURE ORTODONTICHE PER I FIGLI DI ETÀ INFERIORE AI 18 ANNI



L'iscritto dovrà comunicare, attraverso apposita documentazione, il proprio nucleo familiare direttamente al Fondo esclusivamente tramite gli sportelli territoriali.

In deroga a quanto previsto al capitolo "Casi di non operatività del Piano", il Fondo W.I.L.A. attraverso Unisalute provvede al **pagamento, con scheda anamnestica, delle prestazioni ortodontiche, intese come apparecchi ortodontici sia fissi che mobili (è compresa l'ortodonzia invisibile e i bite).**

Sono compresi in copertura la visita ortodontica e gli eventuali accertamenti odontoiatrici sia propedeutici alle prestazioni ortodontiche sia finalizzati al controllo e/o alla manutenzione degli apparecchi ortodontici.

- **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/della Dipendente.
- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale non convenzionato da UniSalute per il Fondo W.I.L.A.**
Le spese sostenute vengono rimborsate integralmente senza l'applicazione di importi a carico del/della Dipendente, allegando copie delle fatture e/o ricevute fiscali
- **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/della Dipendente.



LA DISPONIBILITÀ ANNUA È DI € 500,00 A PERSONA

W

PIANO SANITARIO

5.23 RIMBORSO SPESE SANITARIE A SEGUITO DI DIAGNOSI DI AUTISMO O DISTURBI DI APPRENDIMENTO (DSA) PER I FIGLI DI ETÀ INFERIORE AI 18 ANNI



L'iscritto dovrà comunicare, attraverso apposita documentazione, il proprio nucleo familiare direttamente al Fondo esclusivamente tramite gli sportelli territoriali.

Nel caso in cui, a seguito del percorso specifico presso il SSN, vengano diagnosticati al figlio minorenni del dipendente iscritto **uno o più tra disturbi specifici dell'apprendimento o autismo**, il Fondo W.I.L.A. attraverso Unisalute provvede al pagamento delle spese sostenute per le terapie abilitative/riabilitative, visite specialistiche e accertamenti diagnostici inerenti la patologia accertata.

Le patologie dovranno essere certificate da Medici specialisti dell'ASL o da soggetti accreditati/autorizzati al rilascio della certificazione secondo la normativa vigente in materia.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale non convenzionato da UniSalute per il Fondo W.I.L.A.**
Le spese sostenute vengono rimborsate integralmente senza l'applicazione di importi a carico del/della Dipendente con le seguenti modalità:
 - 1) Abilitazione/riabilitazione: rimborso integrale delle spese;
 - 2) Visite specialistiche: rimborso massimo € 40,00 per ogni visita;
 - 3) Accertamenti diagnostici: rimborso massimo € 40,00 per ogni fattura.
- **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/della Dipendente.



La disponibilità annua è di € 300,00 per ogni figlio/a



5.24 SERVIZI DI CONSULENZA

IN ITALIA

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di Unisalute 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, ecc.);
- assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero;
- 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.



PIANO SANITARIO

6. 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.

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 contratto.
2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici, fatta eccezione per anoressia e bulimia che si intendono in copertura ai sensi del capitolo 5.11 "Indennizzo a seguito di malattie o infortuni che richiedano un'astensione dal lavoro superiore ai 180 giorni"
3. le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
4. l'ospedalizzazione a seguito di cure aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
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'Assicurato;
10. le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'assicurato 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.
14. le conseguenze dirette od indirette di pandemie.

Limitatamente alle prestazioni previste al punto "Stati di non autosufficienza" Stati di non autosufficienza consolidata/permanente - protezione completa" e "Stati di non autosufficienza temporanea" 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'assicurato 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'Assicurato 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'assicurato 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 contratto);
9. di partecipazione attiva dell'assicurato ad atti criminali;
10. di infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
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.



7. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI

7.1 ESTENSIONE TERRITORIALE

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

7.2 LIMITI DI ETÀ

Il Piano sanitario può essere stipulato o rinnovato fino al raggiungimento del **75°** anno di età del dipendente iscritto, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale del Piano stesso successiva al compimento del **76°** anno di età da parte dell'Iscritto.

Non viene applicato nessun limite di età per i genitori e/o suoceri dell'iscritto di cui alla garanzia all'art. 20 "ASSISTENZA DOMICILIARE AL GENITORE DELL'ISCRITTO, ANCHE NON CONVIVENTE, A SEGUITO DI RICONOSCIMENTO DELL'INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO DA PARTE DELL'INPS" - "OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE A SEGUITO DI RICOVERO PER MALATTIA E/O INFORTUNIO PER I GENITORI E/O SUOCERI" - "INDENNIZZO A FORFAIT PER LE SPESE MEDICHE, SANITARIE E DI ASSISTENZA SOSTENUTE PER I GENITORI E/O SUOCERI RICOVERATI IN RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE (RSA)"

7.3 GESTIONE DEI DOCUMENTI DI SPESA

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'Iscritto.

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'Iscritto la produzione degli originali, la documentazione di spesa in originale viene trasmessa dall'Iscritto a Fondo W.I.L.A. (**presso UniSalute via Larga, 8- 40138 Bologna**) che, con cadenza mensile, la restituirà all'Iscritto 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'Iscritto 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.

PIANO SANITARIO

8. NON AUTOSUFFICIENZA

8.1 RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/ PERMANENTE DA PARTE DI UNISALUTE

Entro 14 giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza il dipendente, il suo amministratore di sostegno, il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Iscritto, 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'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'Iscritto;
 - 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'Iscritto 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.

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 il dipendente 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'Iscritto 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'Iscritto.

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti al punto 6.8.4 "Definizione dello stato di non autosufficienza", **se il dipendente 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 6.8.4 "Definizione dello stato di non autosufficienza", **se il dipendente 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 del dipendente sembrano insufficienti;
- ritenere accertato lo stato di non autosufficienza del dipendente;
- 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'Isritto 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 giustificano l'aggravarsi dello stato di salute dell'Isritto intervenuti dopo l'ultima richiesta di valutazione.

Il diritto del dipendente al riconoscimento di quanto previsto dalla presente copertura, con le modalità di cui ai successivi 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'Isritto.

8.1.1 MODALITÀ DI RIMBORSO / RICHIESTA DI EROGAZIONE DI SERVIZI

Il riconoscimento dello Stato di non autosufficienza secondo le condizioni del punto 6.8.4 "Definizione dello stato di non autosufficienza" dà diritto all'Isritto 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.



W

PIANO SANITARIO

8.1.2 EROGAZIONE DIRETTA DELLE PRESTAZIONI SANITARIE E/O SOCIO ASSISTENZIALI

In caso di erogazione delle prestazioni di cui al punto 6), avvalendosi quindi di strutture e/o di personale convenzionati con la Società, la stessa provvederà a liquidare direttamente a tali soggetti le competenze per le prestazioni assistenziali autorizzate. Si precisa che qualora l'assicurato opti per il pagamento diretto da parte della compagnia, della badante, il contratto di assunzione della stessa dovrà comunque essere sottoscritto personalmente dall'assicurato oppure, ove ciò non sia possibile, dal suo amministratore di sostegno o tutore legale o familiare preposto alla cura dell'Assicurato.

La struttura e/o il personale convenzionati non potranno comunque richiedere all'Assicurato né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie di polizza, eccedenti la somma assicurata o non autorizzate dalla Società.

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'Isritto 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'Isritto oppure, ove ciò non sia possibile, dal suo amministratore di sostegno o tutore legale o familiare preposto alla cura dell'Isritto.

La struttura e/o il personale convenzionati non potranno comunque richiedere all'Isritto 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.

8.1.3 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'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 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, il Dipendente, 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.

8.1.4 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.

8.2 RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEA DA PARTE DI UNISALUTE

Entro 14 giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza l'Iscritto, 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'Iscritto, 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'Iscritto;
- 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 il Dipendente 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 presso Unisalute ha la facoltà di sottoporre il Dipendente ad una o più visite Medico legali.

Se lo stato di non autosufficienza è riconosciuto consolidato si rimanda al precedente punto 6.8.4 "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'Iscritto 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 6.9.4 "Definizione dello stato di non autosufficienza", **se il Dipendente 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 6.9.4 "Definizione dello stato di non autosufficienza", **se il Dipendente 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. presso Unisalute.

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. presso 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 del Dipendente 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.

PIANO SANITARIO

8.2.1 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. presso UniSalute, secondo le condizioni del punto 6.9.4 "Definizione dello stato di non autosufficienza", dà diritto al Dipendente che si trovi in Stato di non autosufficienza, a richiedere la corresponsione della **somma garantita - entro i limiti previsti al punto 6.9.3 "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 il Dipendente 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 dipendente 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'Iscritto 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'Iscritto
- 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'Iscritto 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 il Dipendente 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'Iscritto viene effettuato su presentazione al Fondo W.I.L.A. della documentazione di spesa (distinte e ricevute) debitamente quietanzata. Inoltre, l'Iscritto, 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.

8.2.2 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'Iscritto, a controlli presso l'Iscritto 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'Iscritto.

In caso di rifiuto da parte dell'Iscritto 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.



ELENCO GRAVI EVENTI MORBOSI

1. Diabete complicato, caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni:
 - ulcere torpide e decubiti
 - sovrinfezioni
 - infezioni urogenitali
 - ipertensione instabile
 - neuropatie
 - vasculopatie periferiche
2. Insufficienza cardiaca a labile compenso, caratterizzata da almeno due tra le seguenti manifestazioni:
 - dispnea
 - edemi declivi e stasi polmonare
 - ipossiemia
 - aritmie
3. Cardiopatia ischemica
4. Insufficienza cardiaca congestizia
5. Angina instabile
6. Aritmie gravi
7. Infarto e complicanze
8. Insufficienza respiratoria, caratterizzata da almeno 3 tra le seguenti manifestazioni:
 - acuta
 - edema polmonare
 - cronica in trattamento riabilitativo
 - con ossigenoterapia domiciliare continua
 - con ventilazione domiciliare
 - cronica riacutizzata
9. Insufficienza renale acuta
10. Insufficienza renale cronica in trattamento dialitico (emodialitico o peritoneale)
11. Neoplasie maligne: accertamenti e cure
12. Gravi traumatismi - se controindicato intervento chirurgico - comportanti immobilizzazioni superiori a 40 giorni.
13. Gravi osteoartropatie e collagenosi con gravi limitazioni funzionali che comportino anchilosi o rigidità articolari superiori al 50%

PATOLOGIE NEUROMUSCOLARI EVOLUTIVE

14. Tetraplegia
15. Sclerosi multipla
16. Sclerosi laterale amiotrofica
17. Miopatie Miastenia
18. Ustioni gravi (terzo grado) con estensioni almeno pari al 20% del corpo
19. Vasculopatie ischemico-emorragico-cerebrali
20. Morbo di Parkinson, purché caratterizzato da marcata riduzione dell'attività motoria e dal mantenimento con difficoltà della stazione eretta
21. Stato di coma
22. Alzheimer (diagnosticato clinicamente)

S O S T E N E R T I È I L N O S T R O O B I E T T I V O



www.wila.it

