WILA
WELFARE INTEGRATIVO
LOMBARDO ARTIGIANATO

WILA. IL WELFARE PER IL TUO MONDO.

2025

Piano sociosanitario

Dipendenti

Confartigianato Imprese LOMBARDIA · CNA Lombardia · Casartigiani Lombardia · CGIL LOMBARDIA · CISL LOMBARDIA · UIL MILANO e LOMBARDIA

WILA
WELFARE INTEGRATIVO
LOMBARDO ARTIGIANATO

Numero dedicato W.I.L.A.
02 29 52 78 66

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

Numero Verde dedicato
800 009 659

Per chiamate dall'estero
Prefisso Italia + 051 63 89 046

Orari
Lunedì / Venerdì
dalle 08.30 alle 19.30

Eventuali reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, in particolar modo sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, dell'effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto, ovvero un servizio assicurativo, devono essere inoltrati utilizzando l'apposito modulo di presentazione dei reclami disponibile sul sito www.unisalute.it oppure per iscritto a: UniSalute S.p.A. Ufficio Reclami - Via Larga, 8 - 40138 Bologna - fax 0517096892.

I reclami devono indicare nome, cognome, domicilio e Codice Fiscale (o Partita IVA) del reclamante, nonché la descrizione della lamentela.

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 del Consumatore, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, telefono 06.42.133.1.

I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS, anche utilizzando l'apposito modello reperibile sul sito internet dell'IVASS e della Società, contengono:
a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonic
b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operat
c) breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentel
d) copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stess
e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanz

Le informazioni utili per la presentazione dei reclami sono riportate anche sul sito internet della Società: www.unisalute.it e nelle comunicazioni periodiche inviate in corso di contratto, ove previste.

Per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte, il reclamante avente il domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet https://finance.ec.europa.eu/consumer-finance-and-payments/retail-financial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net_it chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.
Si ricorda che nel caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo, fatta salva in ogni caso la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria, il reclamante potrà ricorrere ai seguenti sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie:

• Ricorso all'Arbitro Assicurativo, presentando ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito interne dello stesso (www.arbitroassicurativo.org), dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile. Il ricorso all'Arbitro Assicurativo è condizione di procedibilità della domanda giudiziale;

• Procedimento di mediazione, interpellando, tramite un avvocato di fiducia, un Organismo di Mediazione tra quelli present nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98). Il ricorso al procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale;

• procedura di negoziazione assistita ai sensi del Decreto Legge 12 settembre 2014 n. 132 (convertito in Legge 10 novembr 2014 n. 162); a tale procedura si accede mediante la stipulazione fra le parti di una convenzione di negoziazione assistita tramite l'assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel predetto Decreto;

• procedura di Commissione Paritetica o Arbitrato ove prevista

In relazione alle controversie inerenti l'attivazione delle garanzie o la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

Indice

Introduzione / 07

1. Le persone per cui è operante la copertura / 08

2. La regolarità contributiva / 09

3. Come utilizzare le prestazioni con Unisalute / 09

3.1 Se l'iscritto sceglie una delle strutture convenzionate da unisalute per il Fondo / 09

3.2 Se l'iscritto sceglie una delle strutture non convezionate da unisalute per il Fondo / 10

3.3 Se l'iscritto sceglie il servizio sanitario nazionale / 12

4. Alcuni chiarimenti importanti / 12

4.1. Estensione territoriale / 12
4.2. Limiti di età / 12

Prestazioni dipendenti iscritti / 13

1. Interventi chirurgici ambulatoriali / 14

1.1 Pre Intervento chirurgico ambulatoriale / 14
1.2 Intervento chirurgico standard / 15
1.3 Assistenza medica, medicinali, cure garanzia / 15
1.4 Post intervento chirurgico ambulatoriale / 15
1.5 Trasporto sanitario in ambulanza a seguito di intervento di intervento chirurgico / 16

2. Fisioteapia **/ 17**

Trattamenti fisioterapici riabilititativi
2.1 A seguito di infortunio o grave evento morboso / 17
2.2 A seguito di malattia / 19

3. Dentista **/ 20**

3.1 Protocollo ortodontico (apparecchio dei denti) / 20
3.2 Interventi chirurgici odontoiatrici extra ricovero / 22
3.3 Cure dentarie da infortunio / 24
3.4 Tariffe agevolate per odontoiatria / 25

4. Non autosufficienza **/ 26**

4.1 Consolidata / permanente / 26
4.1 Temporanea / 27

5. Indennità **/ 28**

5.1 Maternità / paternità facoltativa / 28
5.1 Astensione dal lavoro per malattia / infortunio superiore a 180 giorni / 29

6. Ausili e protesi **/ 30**

Prestazioni genitori / suoceri iscritti **/ 32**

1. Ospedalizzazione domiciliare **/ 33**

2. Assistenza domiciliare **/ 34**

3. Indennità per ricovero in RSA **/ 36**

4. Tariffe agevolate per odontoiatria **/ 37**

5. Ausili e protesi **/ 38**

Prestazioni Coniugi / conviventi iscritti / 40

1. **Pacchetto maternità** / 41
2. **Indennità coniuge disabile** / 43
3. **Tariffe agevolate per odontoiatria** / 44
4. **Ausili e protesi** / 45

Prestazioni figli iscritti / 47

1. **Ospedalizzazione domiciliare** (figli minorenni) / 48
2. **Protocollo ortodontico** (figli minorenni) / 49
   2.1 Apparecchio dei denti / 49
3. **Indennità per figli disabili** / 51
4. **Rimborso spese a seguito di diagnosi di autismo o distrurbi di apprendimento DSA** (figli minorenni) / 52
5. **Tariffe agevolate per odontoiatria** (figli minorenni) / 54
6. **Retta asilo nido** (figli minorenni) / 55
7. **Ausili e protesi** / 56

Casi di non operatività del piano / 58

Gravi eventi morbosi / 61

Introduzione

1. 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.

2. 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 per la richiesta è stato regolarmente versato.

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

3. Come utilizzare le prestazioni con UniSalute

3.1 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. È 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 da 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.
L'Iscritto può utilizzare la funzione di Prenotazione sul sito www.unisalute.it nell'Area clienti, è comodo e veloce!

3.2 Se l'iscritto sceglie una delle strutture non convenzionate da UniSalute per il Fondo W.I.L.A.

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

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

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

Se l'Iscritto non può accedere a Internet deve inviare copia della documentazione a **Fondo W.I.L.A**. presso **UniSalute S.p.A**. **Rimborsi Clienti** - 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.

3.3 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. È 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.

4. Alcuni chiarimenti importanti

4.1 Estensione territoriale

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

4.2 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'indennità 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).**

Prestazioni dipendenti
iscritti

Piano sociosanitario 2025

1. Interventi chirurgici

Intervento chirurgico ambulatoriale

In caso di intervento chirurgico ambulatoriale il Piano sanitario copre:

1.1 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.

Questa copertura viene prestata in forma esclusivamente rimborsabile.

1.2 Intervento chirurgico standard

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.

1.3 Assistenza medica, medicinali, cure garanzia

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici effettuati e/o somministrati durante l'intervento chirurgico ambulatoriale.

1.4 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.

1.5 Trasporto sanitario in ambulanza a seguito di intervento chirurgico ambulatoriale

Rimborso delle spese di trasporto dell'assicurato in ambulanza all'istituto di cura e di rientro alla propria abitazione con il massimo di € 150 per anno persona.

Modalità di erogazione della prestazione:

- **Strutture sanitarie convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati (previa autorizzazione UniSalute)**
  Pagamento integrale delle spese da parte di UniSalute direttamente alla struttura sanitaria. **Prenotazione al numero verde 800 009 659**
- **Servizio Sanitario Nazionale**
  Rimborso integrale dei ticket sanitari.

Documentazione da presentare:

- **Copia fattura**;
- **Documentazione medica** riferita all'intervento;
- Per le visite pre e post intervento allegare oltre **copia fattura e prescrizione medica anche la documentazione riferita all'intervento**.

Ogni fattura è una singola richiesta di rimborso che andrà accompagnata da documentazione medica.

Il massimale annuo a disposizione è di € 500 per persona.

2. Fisioterapia

2.1 A seguito di infortunio / grave evento morboso

Il Piano sanitario copre le spese per i trattamenti fisioterapici a seguito di infortunio o di grave evento morboso, esclusivamente a fini riabilitativi, **in presenza di un certificato di Pronto Soccorso o certificazione del medico di base del grave evento morboso** (elenco a pagina 61), purché prescritti da **medico di famiglia** ed effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione.

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.

Modalità di erogazione della prestazione:

- **Strutture sanitarie convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati (previa autorizzazione UniSalute)**
  Pagamento integrale delle spese da parte di UniSalute direttamente alla struttura sanitaria.
  Prenotazione al numero verde 800 009 659
- **Strutture sanitarie e medici non convenzionati con UniSalute**
  Rimborso del 75% delle spese con il minimo non indennizzabile di € 30 per fattura/persona;
- **Servizio Sanitario Nazionale**
  Rimborso integrale dei ticket sanitari.

Documentazione da presentare:

- **Copia certificato Pronto Soccorso o documentazione medica attestante l'evento morboso**;
- **Prescrizione medica** della fisioterapia;
- **Copia fattura.**

In caso di più fatture, ogni fattura è una richiesta di rimborso e va allegata la stessa documentazione per ciascuna fattura

Il massimale annuo a disposizione è di € 500 per persona.

2.2 A seguito di malattia

Il Piano sanitario copre le spese per i trattamenti fisioterapici a seguito di malattia, esclusivamente a fini riabilitativi, **per un numero massimo di 10 sedute all'anno, purché prescritti da medico di famiglia o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata** ed effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione.

È prevista l'agopuntura effettuata anche a fini antalgici. Sono escluse dalla garanzia prestazioni quali linfodrenaggio, pressoterapia, shiatsu.

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.

Modalità di erogazione della prestazione:

- **Strutture sanitarie convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati (previa autorizzazione UniSalute)**
  Pagamento integrale delle spese da parte di UniSalute direttamente alla struttura sanitaria. **Prenotazione al numero verde 800 009 659**
- **Servizio sanitario Nazionale**
  Rimborso integrale dei ticket sanitari.

Documentazione da presentare:

- **Prescrizione medica della fisioterapia**;
- **Copia fattura**.

In caso di più fatture, ogni fattura è una richiesta di rimborso e va allegata la stessa documentazione per ciascuna fattura.

Il massimale annuo a disposizione è di € 150* per persona
** Da intendersi come sotto massimale dei Trattamenti fisioterapici per infortunio o grave evento morboso.*

3. Dentista

3.1 Protocollo ortodontico

È prevista la copertura delle spese per **apparecchio (fisso, mobile, bite, invisalign, espansori, ecc.) e visita ortodontica (propedeutica all'apparecchio)** per gli iscritti al **Fondo WILA**.

Modalità di erogazione della prestazione:

- **Strutture sanitarie convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati (previa autorizzazione UniSalute)**
  Pagamento integrale delle spese da parte di UniSalute direttamente alla struttura sanitaria. **Prenotazione al numero verde 800 009 659**
- **Strutture sanitarie e medici non convenzionate con UniSalute**
  Rimborso delle spese senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia entro il massimale;
- **Presso il Servizio Sanitario Nazionale**
  Rimborso integrale dei ticket sanitari.

Documentazione da presentare:

- **Scheda anamnestica** (i dati anagrafici da indicare saranno quelli di chi porta l'apparecchio, il dentista dovrà indicare una delle voci della Tabella 2 (la Tabella 1 non va compilata), timbro/firma del dentista e la data della scheda uguale a quella della fattura);
- **Copia fattura** (la fattura dovrà riportare il tipo di apparecchio messo, in caso contrario dovrà essere accompagnata da dichiarazione del dentista che certifica che l'importo della fattura, numero e data è riferito all'apparecchio ortodontico fisso o mobile o Invisalign, ecc.);
- **Dichiarazione di conformità dell'apparecchio** (documento da richiedere al dentista, per gli apparecchi fissi non serve).

In caso di più fatture, ogni fattura è una richiesta di rimborso e va allegata una scheda anamnestica con la stessa data della fattura caricata.

Il massimale per il triennio 2025-2027 è di € 1.000 con un sotto massimale annuo di € 500 per persona.

3.2 Interventi chirurgici extra ricovero

Il Piano sanitario copre 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.

Modalità di erogazione della prestazione:

- **Strutture sanitarie convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati (previa autorizzazione UniSalute)**
  Pagamento integrale delle spese da parte di UniSalute direttamente alla struttura sanitaria. **Prenotazione al numero verde 800 009 659**
- **Presso il Servizio Sanitario Nazionale**
  Rimborso integrale dei ticket sanitari.

Documentazione da presentare:

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

Il massimale annuo a disposizione è di € 3.000 per persona.

3.3 Cure dentarie da infortunio

Il Piano sanitario copre le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche, a seguito di infortunio, **in presenza di certificato di pronto soccorso**.

Modalità di erogazione della prestazione:

- **Strutture sanitarie convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati (previa autorizzazione UniSalute)**
  Pagamento integrale delle spese da parte di UniSalute direttamente alla struttura sanitaria. **Prenotazione al numero verde 800 009 659**
- **Strutture sanitarie e medici non convenzionati con UniSalute**
  Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono rimborsate **con l'applicazione di una franchigia di € 100,00 per fattura**;
- **Servizio Sanitario Nazionale**
  Rimborso integrale dei ticket sanitari.

Documentazione da presentare:

- **Scheda anamnestica** (i dati anagrafici da indicare saranno quelli dell'iscritto/a, nelle Tabelle il dentista dovrà indicare le voci corrispondenti, nell'ultima pagina timbro/firma del dentista e la data uguale a quella della fattura):
- **Copia certificato di Pronto Soccorso**:
- **Copia fattura**.

In caso di più fatture, ogni fattura è una richiesta di rimborso e va allegata la stessa documentazione per ciascuna fattura.

Il massimale annuo a disposizione è di € 1.000 per persona..

3.4 Tariffe agevolate per odontoiatria

Il Piano sanitario prevede la possibilità di accedere ai centri odontoiatrici convenzionati con UniSalute usufruendo delle **tariffe agevolate UniSalute, con sconti rispetto ai normali prezzi di mercato**.

Il servizio opera sia in caso di esaurimento del massimale della copertura **Protocollo ortodontico**, **Interventi chirurgici odontoiatrici extra ricovero, Cure dentarie da infortunio**, sia per prestazioni odontoiatriche non previste dal Piano sanitario.

Modalità di erogazione della prestazione:

- **Strutture sanitarie convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati (previa autorizzazione UniSalute)**.
  Pagamento integrale delle spese da parte di UniSalute direttamente alla struttura sanitaria.
  Prenotazione al numero verde 800 009 659

4. Non autosufficienza

4.1 Consolidata / permanente

In caso di non autosufficienza consolidata, il Piano sanitario garantisce **l'erogazione di prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali attraverso le strutture sanitarie convenzionate con UniSalute** o, in caso di permanenza in RSA, il rimborso delle spese sostenute per un valore corrispondente alla somma massima mensile a disposizione.

UniSalute prenoterà le prestazioni necessarie presso le strutture sanitarie convenzionate senza alcuna somma a carico dell'iscritto/a.
Se l'iscritto/a è assistito presso una RSA, UniSalute rimborserà le spese, nel limite della somma massima mensile a disposizione.

Se a seguito dell'esaurimento del massimale, una prestazione rimane a parziale o a totale carico dell'iscritto/a, il Piano sanitario prevede di poter accedere alle prestazioni presso le strutture sanitarie con UniSalute, usufruendo delle **tariffe agevolate UniSalute**, previa valutazione di UniSalute.

Modalità di erogazione della prestazione:

- **Strutture sanitarie convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati (previa autorizzazione UniSalute)**
  Pagamento integrale delle spese da parte di UniSalute direttamente alla struttura sanitaria.
  Prenotazione al numero verde 800 009 659

Il massimale mensile è di € 400 per massimo 3 anni.

4.2 Non autosufficienza temporanea

In caso di non autosufficienza temporanea, il Piano sanitario garantisce il **rimborso delle spese sanitarie o l'erogazione di servizi di assistenza** per un valore corrispondente alla somma mensile a disposizione.

Se l'iscritto/a necessita di 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 Piano sanitario prevede la possibilità di **accedere alle strutture sanitarie convenzionate con UniSalute usufruendo delle tariffe agevolate UniSalute**, con sconti rispetto ai normali prezzi di mercato.

Se lo stato di non autosufficienza dovesse diventare consolidata, UniSalute rimborserà le spese per le prestazioni precedentemente concordate e prenotate attraverso UniSalute, nei limiti della somma massima mensile a disposizione.

Modalità di erogazione della prestazione:

- **Strutture sanitarie convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati (previa autorizzazione UniSalute)**
  Pagamento integrale delle spese da parte di UniSalute direttamente alla struttura sanitaria. **Prenotazione al numero verde 800 009 659**

Il massimale mensile è di € 400 per massimo 12 mesi.

5. Indennità

5.1 Indennità di maternità o paternità facoltativa

Per le lavoratrici madri e i lavoratori padri che decidono di avvalersi dell'astensione facoltativa al 30% dal lavoro per maternità/paternità, decorso il periodo di astensione obbligatoria dal lavoro, il Piano sanitario prevede **un'indennità giornaliera di € 20 per massimo 90 giorni complessivi per anno e per iscritta/o (anche in caso di adozione di minori)**.

L'indennità avrà effetto a partire dal primo giorno di ingresso in copertura dell'iscritta /o al **Fondo WILA** interrompendosi automaticamente alla sua fuoriuscita.

Modalità di erogazione della prestazione:

- **Prestazione richiedibile solo tramite gli sportelli WILA.**

Documentazione da presentare:

- **Modulo richiesta indennità**;
- **Lettera di dimissioni** dall'ospedale della mamma; in caso di adozione: copia del certificato di avvenuta adozione e stato di famiglia.
- **Buste paga dei mesi di facoltativa e ricevuta INPS** del periodo richiesto.

5.2 Indennità per astensione dal lavoro per malattia / infortunio superiore ai 180 giorni

In caso di astensione dal lavoro **a seguito di malattia o infortunio** per un periodo superiore a 180 giorni, il Piano sanitario prevede un **indennizzo giornaliero di € 20 a partire dal 181° giorno di assenza continuativa dal lavoro** determinata dalla malattia/infortunio e/o evento, **per un massimo di 100 giorni annui per iscritto/a**.

L'indennità avrà effetto a partire dal primo giorno di ingresso in copertura dell'iscritta/o al **Fondo WILA** interrompendosi automaticamente alla sua fuoriuscita.

Modalità di erogazione della prestazione:

- **Prestazione richiedibile solo tramite gli sportelli WILA.**

Documentazione da presentare:

- **Modulo richiesta indennità**;
- **Certificati medici** (quelli riferiti al lavoratore);
- In caso di infortunio **certificato del P.S**;
- In caso di ricovero **lettera dimissioni dall'ospedale**.

I certificati medici devono essere continuativi, la scopertura di 1 o più giorni fa azzerare il conteggio dei giorni.

6. Ausili e protesi

È previsto il rimborso delle spese sostenute per l'acquisto o il noleggio di Ausili e Protesi. I macchinari per magneto, tecar, etc. non rientrano nelle spese rimborsabili.

Ausili e protesi

- Calzature ortopediche speciali;
- Carrozzina, sedia a rotelle
- Deambulatori di tutte le tipologie;
- Letto ortopedico, sollevatori, barell;
- Cuscino /materasso antidecubito;
- Fasce e tiranti per il sollevamento del disabile;
- Cinture ergonomiche, tavole e rullo, teli ad alto scorrimento, pedana girevole, assi di scivolamento, trapezio;
- Protesi acustica mono o bilaterale (in aggiunta a Sanarti);
- Protesi oculare (occhio finto).

Modalità di erogazione della prestazione:

- Prestazione richiedibile solo tramite gli sportelli **WILA**.

Documentazione da presentare:

- **Prescrizione dell'ausilio o della protesi** rilasciata dal medico specialista nel campo (ad esempio la protesi acustica dall'otorino, gli altri ausili o protesi dall'ortopedico);
- **Fattura rilasciata da fornitore autorizzato** (il prodotto deve avere marcatura CE o AP o PI esposta in fattura);
- **Autocertificazione codice iban**
  La prescrizione deve essere antecedente la fattura (massimo 12 mesi).

Il rimborso è fino a € 250,00 a persona/prescrizione per un massimo di 2 prescrizioni all'anno per un massimale annuo di € 500,00*.

****Il massimale di € 500,00 comprende le prestazioni Ausili e protesi di tutto il nucleo famigliare.***

Prestazioni genitori / suoceri iscritti

Piano sociosanitario 2025

1. Ospedalizzazione domiciliare

Per i genitori e suoceri (anche non conviventi) degli iscritti, **per i 60 giorni successivi ad un ricovero di almeno 2 giorni (2 notti)**, il Piano sanitario prevede la possibilità di effettuare con le strutture sanitarie convenzionate con UniSalute, **servizi di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica per il recupero della funzionalità fisica dei genitori e/o suoceri dell'iscritto e di un programma medico/riabilitativo che prevede consulenza e organizzazione delle prestazioni, anche di tip o assistenziale** secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse.

Modalità di erogazione della prestazione:

- **Strutture sanitarie convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati (previa autorizzazione UniSalute)**
  Pagamento integrale delle spese da parte di UniSalute direttamente alla struttura sanitaria. **Prenotazione al numero verde 800 009 659**

IMPORTANTE
Il genitore dell'iscritto/a deve essere preventivamente inserito in polizza.

Il massimale annuo è di € 3.000 a persona per massimo 2 persone.

2. Assistenza domiciliare

Per i genitori e suoceri non autosufficienti degli iscritti (anche non conviventi) in caso di **riconoscimento dell'accompagnamento da parte dell'INPS**, per le cure assistenziali presso il domicilio dei genitori/suoceri, è prevista l'erogazione di un rimborso o di prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali attraverso le strutture sanitarie convenzionate con UniSalute.

Sono rimborsabili le spese per assistenza medica, riabilitativa, infermieristica, igiene della persona e della badante (contratto con livello almeno B superiore).

Modalità di erogazione della prestazione per Assistenza medica, riabilitativa e infermieristica:

- **Strutture sanitarie convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati (previa autorizzazione UniSalute)**
  Pagamento integrale delle spese da parte di UniSalute direttamente alla struttura sanitaria. **Prenotazione al numero verde 800 009 659**
- **Strutture sanitarie e personale non convenzionati con UniSalute**
  Rimborso* delle spese senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia entro il massimale
- **Presso il Servizio Sanitario Nazionale**
  Rimborso* integrale dei ticket sanitari entro il massimale

  ***Prestazione richiedibile solo tramite gli sportelli WILA.**

Modalità di erogazione della prestazione per badante:

- **Rimborso*** delle spese senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia entro il massimale

  ***Prestazione richiedibile solo tramite gli sportelli WILA.**

Documentazione da presentare:

- **Modulo richiesta rimborso**;
- **Grado di parentela**;
- **Certificazione rilasciata dall'Inps**;
- **Certificato di pensione** dell'anno per cui si fa richiesta (MOD. OBIS-M). Es.: certificazione INPS rilasciata nel 2024, per la domanda del 2025 oltre la certificazione bisognerà allegare il certificato di pensione del 2025;
- **Copia fattura / busta paga badanbte e ricevuta di pagamento**; Per il rimborso spese della badante copia della busta paga firmata e relativa distinta di bonifico (se pagata in contanti scriverlo sulla busta paga con firma badante per ricevuta) oppure ricevute INPS riportanti i codici fiscali della badante e del genitore/suocero; la fattura deve specificare il professionista che ha effettuato le prestazioni e che siano state domiciliari;
- **Contratto della badante firmato**.

Il massimale annuo è di € 1.200 a persona per massimo 2 persone.

3. Indennità per ricovero in RSA

Per i genitori e suoceri è previsto un indennizzo per il **ricovero continuativo di almeno 12 mesi di durata** in Residenza Sanitaria Assistenziale.

Modalità di erogazione della prestazione:

- Prestazione richiedibile solo tramite gli sportelli **WILA.**

Documentazione da presentare:

- Modulo richiesta indennità
- Grado di parentela
- Dichiarazione dell'RSA

La Dichiarazione dell'RSA deve indicare, oltre i dati del genitore/suocero/a e della struttura, la data di inizio ricovero (ed eventuale fine ricovero) e indicare che l'assistito/a è "ricoverato/a in regime di RSA" (deve essere riportata letteralmente questa frase).

L'indennità annua è di € 1.400 a persona per massimo 2 persone.

4. Tariffe agevolate per odontoiatria

Il Piano sanitario prevede, per i genitori/suoceri degli iscritti la possibilità di accedere ai centri odontoiatrici convenzionati con UniSalute usufruendo delle **tariffe agevolate UniSalute, con sconti rispetto ai normali prezzi di mercato**.

Modalità di erogazione della prestazione:

- **Strutture sanitarie convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati (previa autorizzazione UniSalute)**. Pagamento integrale delle spese da parte di UniSalute direttamente alla struttura sanitaria. **Prenotazione al numero verde 800 009 659**

Il genitore dell'iscritto/a deve essere preventivamente inserito in polizza.

5. Ausili e protesi

È previsto il rimborso delle spese sostenute per l'acquisto o il noleggio di Ausili e Protesi. I macchinari per magneto, tecar, non rientrano nelle spese rimborsabili.

Ausili e protesi

- Apparecchi ortopedici per arto inferiore;
- Apparecchi ortopedici per arto superiore;
- Corsetto ortopedico;
- Ginocchiera articolata post intervento chirurgico;
- Ortesi spinali;
- Calzature ortopediche speciali;
- Stampelle;
- Fasce e tiranti per il sollevamento del disabile;
- Carrozzina, sedia a rotelle;
- Deambulatori di tutte le tipologie;

- Letto ortopedico, sollevatori, barelle;
- Cuscino /materasso antidecubito;
- Plantari ortopedici, su prescrizione dello specialista ortopedico, realizzati u misura solo per le seguenti patologie: Neuroma di Morton, alluce valgo, spina calcanear;
- Cinture ergonomiche, tavole e rullo, teli ad alto scorrimento, pedana girevole, assi di scivolamento, trapezio;
- Ausili per ipovedenti;
- Protesi acustica mono o bilaterale;
- Protesi oculare (occhio finto).

Modalità di erogazione della prestazione:

- **Prestazione richiedibile solo tramite gli sportelli WILA.**

Documentazione da presentare:

- **Prescrizione dell'ausilio o della protesi** rilasciata dal medico specialista nel campo (ad esempio la protesi acustica dall'otorino, gli altri ausili o protesi dall'ortopedico);
- **Fattura rilasciata da fornitore autorizzato** (il prodotto deve avere marcatura CE o AP o PI esposta in fattura);
- **Autocertificazione codice iban** La prescrizione deve essere antecedente la fattura (massimo 12 mesi).

Il rimborso è fino a € 250,00 a persona/prescrizione per un massimo di 2 prescrizioni all'anno per un massimale annuo di € 500,00*.

** Il massimale di € 500,00 comprende le prestazioni Ausili e protesi di tutto il nucleo famigliare.*

Prestazioni coniugi /conviventi

iscritti

Nomenclatore prestazioni 2025

1. Pacchetto maternità

Il piano sanitario prevede a sostegno della gravidanza delle coniugi/conviventi more uxorio o unite civilmente dei lavoratori iscritti al **Fondo WILA** le spese sostenute per:

- **Visite di controllo ostetrico ginecologico**
- **Ecografie**
- **Analisi clinico chimiche** (anche test genetici)
  (ognuno dei quali anche composto da più prescrizioni mediche)
- **Amniocentesi/villocentesi**
  Donne di età ≥ 35 anni tali prestazioni sono erogabili senza prescrizione;
  Donne di età ≤ 35 anni sono riconosciute solo nel caso di malformazione famigliare in parenti di 1° grado o nel caso di patologie sospette.

Modalità di erogazione della prestazione:

- **Strutture sanitarie convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati (previa autorizzazione UniSalute)**
  direttamente alla struttura sanitaria senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia entro il massimale.
  Prenotazione al numero verde 800 009 659

- **Strutture sanitarie e personale non convenzionati con UniSalute**
  Rimborso delle spese senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia entro il massimale;

- **Presso il Servizio Sanitario Nazionale**
  Rimborso integrale dei ticket sanitari entro il massimale.

IMPORTANTE . La coniuge/compagna deve essere inserita in polizza.

Documentazione da presentare:

- **Copia fattura**;
- **Documento attestante il periodo di gravidanza**
  (es.: certificato data ultimo ciclo e data presunta di parto).

In caso di più fatture, ogni fattura è una richiesta di rimborso e va allegata la stessa documentazione per ciascuna fattura.

Il massimale annuo è di € 600 a persona.

2. Indennità coniuge disabile

Il piano sanitario prevede un'indennità annua a forfait **per i coniugi/conviventi more uxorio o uniti civilmente** che presentano una disabilità a seguito di una invalidità riconosciuta superiore al 45%.

Modalità di erogazione della prestazione:

- Prestazione richiedibile solo tramite gli sportelli **WILA**.

Documentazione da presentare:

- Modulo richiesta indennità
- Verbale in corso di validità attestante l'invalidità (senza omissis)
- Grado di parentela

L'indennità annua è di € 1.200 a persona.

3. Tariffe agevolate per odontoiatria

Il Piano sanitario prevede per i coniugi/conviventi degli iscritti la possibilità di accedere ai **centri odontoiatrici convenzionati con UniSalute** usufruendo delle tariffe agevolate UniSalute, con sconti rispetto ai normali prezzi di mercato.

Modalità di erogazione della prestazione:

- **Strutture sanitarie convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati (previa autorizzazione UniSalute)** direttamente alla struttura sanitaria senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia entro il massimale.
  Prenotazione al numero verde 800 009 659

Il coniuge/convivente dell'iscritto/a deve essere preventivamente inserito in polizza.

4. Ausili e protesi

È previsto il rimborso delle spese sostenute per l'acquisto o il noleggio di Ausili e Protesi. I macchinari per magneto, tecar, non rientrano nelle spese rimborsabili.

Ausili e protesi

- Apparecchi ortopedici per arto inferiore;
- Apparecchi ortopedici per arto superiore;
- Corsetto ortopedico;
- Ginocchiera articolata post intervento chirurgico;
- Ortesi spinali;
- Calzature ortopediche speciali;
- Stampelle;
- Fasce e tiranti per il sollevamento del disabile;
- Carrozzina, sedia a rotelle;
- Deambulatori di tutte le tipologie;

- Letto ortopedico, sollevatori, barelle;
- Cuscino /materasso antidecubito;
- Plantari ortopedici, su prescrizione dello specialista ortopedico, realizzati su misura solo per le seguenti patologie: Neuroma di Morton, alluce valgo, spina calcaneare;
- Cinture ergonomiche, tavole e rullo, teli ad alto scorrimento, pedana girevole, assi di scivolamento, trapezio;
- Ausili per ipovedenti;
- Protesi acustica mono o bilaterale;
- Protesi oculare (occhio finto).

Modalità di erogazione della prestazione:

- **Prestazione richiedibile solo tramite gli sportelli WILA**

Documentazione da presentare:

- **Prescrizione dell'ausilio o della protesi** rilasciata dal medico specialista nel campo (ad esempio la protesi acustica dall'otorino, gli altri ausili o protesi dall'ortopedico);
- **Fattura rilasciata da fornitore autorizzato** (il prodotto deve avere marcatura CE o AP o PI esposta in fattura);
- **Autocertificazione codice iban** La prescrizione deve essere antecedente la fattura (massimo 12 mesi).

Il rimborso è fino a € 250,00 a persona/prescrizione per un massimo di 2 prescrizioni all'anno per un massimale annuo di € 500,00*.

****Il massimale di € 500,00 comprende le prestazioni Ausili e protesi di tutto il nucleo famigliare.***

Prestazioni Figli
iscritti

Nomenclatore prestazioni 2025

1. Ospedalizzazione domiciliare

Per i **figli minorenni, per i 60 giorni successivi ad un ricovero di almeno 2 giorni (2 notti)**, il Piano sanitario prevede la possibilità di effettuare presso le strutture sanitarie convenzionate con UniSalute, **servizi di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica per il recupero della funzionalità fisica del figlio di età inferiore ai 18 anni 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.

Modalità di erogazione della prestazione:

- **Strutture sanitarie convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati (previa autorizzazione UniSalute)** direttamente alla struttura sanitaria senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia entro il massimale.
  Prenotazione al numero verde 800 009 659

IMPORTANTE . I figli dell'iscritto/a devono essere preventivamente inserito in polizza.

Il massimale annuo è di € 3.000 per figlio.

2. Protocollo ortodontico

2.1 Apparecchio dei denti

Per i **figli minorenni** degli iscritti al **Fondo WILA** è prevista la copertura delle spese per **apparecchio** (fisso, mobile, bite, invisalign, espansori, etc.) e **visita ortodontica** (propedeutica all'apparecchio).

Modalità di erogazione della prestazione:

- **Strutture sanitarie convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati (previa autorizzazione UniSalute)**
  direttamente alla struttura sanitaria senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia entro il massimale.
  Prenotazione al numero verde 800 009 659

- **Strutture sanitarie e personale non convenzionati con UniSalute**
  Rimborso delle spese senza applicaizone di alcuno scoperto o franchigia entro il massimale.

- **Presso il Servizio Sanitario Nazionale**
  Rimborso integrale dei ticket sanitari

IMPORTANTE
I figli dell'iscritto/a devono essere inseriti in polizza.

Documentazione da presentare:

- **Scheda anamnestica** (i dati anagrafici da indicare saranno quelli di chi porta l'apparecchio, il dentista dovrà indicare una delle voci della Tabella 2 (la Tabella 1 non va compilata), timbro/firma del dentista e la data della scheda uguale a quella della fattura);
- **Copia fattura** (la fattura dovrà riportare il tipo di apparecchio messo, in caso contrario dovrà essere accompagnata dalla **dichiarazione del dentista** che certifica che l'importo della fattura, numero e data, è riferito all'apparecchio ortodontico fisso o mobile o Invisalign, ecc.).
- **Dichiarazione di conformità dell'apparecchio** (documento da richiedere al dentista, per gli apparecchi fissi non serve).

In caso di più fatture, ogni fattura è una richiesta di rimborso e va allegata una scheda anamnestica con la stessa data della fattura caricata.

Il massimale per il triennio 2025-2027 è di € 1.000 con un sotto massimale annuo di € 500 per persona.

3. Indennità per figli disabili

Il piano sanitario prevede una indennità annua a forfait a favore dei dipendenti i cui figli presentano una invalidità riconosciuta superiore al 45% (legge 68 del 1999)*. **Per i figli minorenni, laddove non è indicata la percentuale di invalidità, si fa riferimento alla documentazione dell'ASL di competenza purché esaustiva.*

Modalità di erogazione della prestazione:

- Prestazione richiedibile solo tramite gli sportelli **WILA**.

Documentazione da presentare:

- Modulo richiesta **indennità**;
- **Verbale** in corso di validità **attestante l'invalidità** (senza omissis);
- Grado di **parentela**.

L'indennità annua è di € 1.500 per figlio/a.

4. Rimborso spese a seguito di diagnosi di autismo o DSA

Il piano sanitario prevede, per i **figli minorenni** a cui vengano diagnosticati, **a seguito del percorso specifico presso il SSN, uno o più tra disturbi specifici dell'apprendimento (DSA) o autismo**, l'erogazione di un rimborso per le spese sostenute per le terapie abilitative/riabilitative, visite specialistiche e accertamenti diagnostici inerenti la patologia accertata (*vedere pagina successiva*).

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 (se non indicato sulla dichiarazione, produrre opportuna documentazione che attesti l'accredito del soggetto presso l'ATS).

Le spese delle visite sostenute per ottenere la Certificazione di DSA non sono rimborsabili.

Modalità di erogazione della prestazione:

Prestazione richiedibile solo tramite gli sportelli WILA.

- **Strutture sanitarie e personale non convenzionati con UniSalute**
  Abilitazione/riabilitazione rimborso delle spese senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia entro il massimale (*vedere pagina successiva*)

  Visite specialistiche € 40,00 per ogni visita (*vedere pagina successiva*)

  Accertamenti diagnostici € 40,00 per ogni fattura/persona (*vedere pagina successiva*)

- **Presso il Servizio Sanitario Nazionale**
  Rimborso integrale dei ticket sanitari

Documentazione da presentare:

- **Grado di parentela**;
- **Certificazione DSA** o **Verbale invalidità**;
- **Copia fatture** visite, abilitazione/riabilitazione, accertamenti diagnostici.

In caso di più fatture, ogni fattura è una richiesta di rimborso e va accompagnata dalla certificazione/verbale.

Il massimale annuo è di € 300 per figlio/a

Con terapie abilitative e riabilitative **(fermo restando che la garanzia prevede il rimborso delle spese sanitarie)** si intendono tutte le terapie (fisiche, psichiche, educative, ecc.) necessarie ed eseguite da figure professionali sanitarie come ad esempio: **Psicologo, Fisioterapista, Logopedista, Ortottista** (assistente di oftalmologia), **Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, Tecnico della riabilitazione psichiatrica, Terapista occupazionale, Educatore professionale** (socio sanitario e socio pedagogico).

Si intendono escluse le terapie farmacologiche. I professionisti devono essere qualificati e quindi iscritti ai relativi albi specifici.

Dalle fatture/documentazione si deve evincere la/e figura/e che ha/hanno eseguito la prestazione e la relativa qualifica/numero di iscrizione all'albo.

Si considerano valide le fatture emesse da Cooperative Sociale ed Onlus relative a prestazioni sociosanitarie erogate da personale qualificato che a livello fiscale devono prevedere l'IVA del 5%.

5. Tariffe agevolate per odontoiatria

Il Piano sanitario prevede per i **figli minorenni** degli iscritti la possibilità di accedere ai centri odontoiatrici convenzionati con UniSalute usufruendo delle **tariffe agevolate UniSalute, con sconti rispetto ai normali prezzi di mercato**.

Modalità di erogazione della prestazione:

- **Strutture sanitarie convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati (previa autorizzazione UniSalute)** direttamente alla struttura sanitaria senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia entro il massimale.
  Prenotazione al numero verde 800 009 659

I figli dell'iscritto/a devono essere preventivamente inseriti in polizza.

6. Retta asilo nido

Contributo forfettario a favore degli iscritti che utilizzano per i loro figli asili nido, pubblici e privati, legalmente riconosciuti.

Modalità di erogazione della prestazione:

- Prestazione richiedibile online o tramite gli sportelli WILA di CGIL, CISL e UIL.

Documentazione da presentare:

- Copia fatture e copia della quietanza di pagamento della retta dell'asilo nido;
- Dichiarazione grado di parentela e codice IBAN;
- Copia documento di identità del dipendente.

La somma erogata è pari a:

- ***€ 700 per le famiglie monoparentali*** *(famiglia caratterizzata dalla presenza di un solo genitore o un solo educatore)*
- ***€ 500 per le altre famiglie***

La prestazione è erogata per anno scolastico (es. 2024/2025, sett. '24 - ago. '25, termine 31/12/2025).

6. Ausili e protesi

È previsto il rimborso delle spese sostenute per l'acquisto o il noleggio di Ausili e Protesi. I macchinari per magneto, tecar, non rientrano nelle spese rimborsabili.

Ausili e protesi per i figli minorenni

- Calzature ortopediche speciali;
- Carrozzina, sedia a rotelle;
- Deambulatori di tutte le tipologie;
- Letto ortopedico, sollevatori, barelle;
- Cuscino /materasso antidecubito;
- Fasce e tiranti per il sollevamento del disabile;
- Cinture ergonomiche, tavole e rullo, teli ad alto scorrimento, pedana girevole, assi di scivolamento, trapezio;
- Protesi acustica mono o bilaterale (in aggiunta a Sanarti);
- Protesi oculare (occhio finto).

Ausili e protesi per i figli maggiorenni

- Apparecchi ortopedici per arto inferiore;
- Apparecchi ortopedici per arto superiore;
- Corsetto ortopedico;
- Ginocchiera articolata post intervento chirurgico;
- Ortesi spinali;
- Calzature ortopediche speciali;
- Stampelle;
- Fasce e tiranti per il sollevamento del disabile;
- Carrozzina, sedia a rotelle;
- Deambulatori di tutte le tipologie;
- Letto ortopedico, sollevatori, barelle;

- Cuscino/materasso antidecubito;
- Plantari ortopedici, su prescrizione dello specialista ortopedico, realizzati su misura solo per le seguenti patologie: Neuroma di Morton, alluce valgo, spina calcanear;
- Cinture ergonomiche, tavole e rullo, teli ad alto scorrimento, pedana girevole, assi di scivolamento, trapezio;
- Ausili per ipovedenti;
- Protesi acustica mono o bilaterale;
- Protesi oculare (occhio finto).

Modalità di erogazione della prestazione:

- **Prestazione richiedibile solo tramite gli sportelli WILA.**

Documentazione da presentare:

- **Prescrizione dell'ausilio o della protesi** rilasciata dal medico specialista nel campo (ad esempio la protesi acustica dall'otorino, gli altri ausili o protesi dall'ortopedico);
- **Fattura rilasciata da fornitore autorizzato** (il prodotto deve avere marcatura CE o AP o PI esposta in fattura);
- **Autocertificazione codice iban** La prescrizione deve essere antecedente la fattura (massimo 12 mesi).

Il rimborso è fino a € 250,00 a persona/prescrizione per un massimo di 2 prescrizioni all'anno per un massimale annuo di € 500,00*.

****Il massimale di € 500,00 comprende le prestazioni Ausili e protesi di tutto il nucleo famigliare.***

1. 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:

- Le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto.
- 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"
- Le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
- 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);
- I ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- Gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
- Il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- 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;

- Gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
- Le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'assicurato con dolo o colpa grave;
- 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;
- Le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche, eventi atmosferici;
- Le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale.
- 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:

- Di malattie mentali, disturbi psichici e del comportamento in genere, compresi i comportamenti nevrotici, psicosi, depressioni e loro conseguenze;
- Dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'assicurato con dolo o colpa grave;
- Di alcolismo acuto o cronico. Abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- 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;

- Dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- 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;
- 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;
- 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);
- Di partecipazione attiva dell'assicurato ad atti criminali;
- Di infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
- Delle prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale.
- 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.

Gravi eventi morbosi

1. Diabete complicato

Caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni:

- Ulcere torpide e decubiti;
- Sovrinfezioni;
- Infezioni urogenital;
- 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
14. **Patologie neuromuscolari evolutive**
15. **Tetraplegia**
16. **Sclerosi multipla**
17. **Sclerosi laterale amiotrofica**
18. **Miopatie Miastenia**
19. **Ustioni gravi**
    (3 grado) con estensioni almeno pari al 20% del corpo
20. **Vasculopatie ischemico-emorragico-cerebrali**
21. **Morbo di Parkinson**
    Purché caratterizzato da marcatariduzione dell'attività motoria e dal mantenimento con difficoltà della stazione eretta.
22. **Stato di coma**
23. **Alzheimer**
    (diagnosticato clinicamente)

WILA
WELFARE INTEGRATIVO
LOMBARDO ARTIGIANATO