



DESCRIZIONE DEL SERVIZIO

Il servizio consiste **nell'acquisto di un pacchetto sanitario di importo predefinito**, a scelta tra €200,€400,€600,€800,€1000,€1200 o €1500, **che consente il rimborso delle spese sostenute per i farmaci e prestazioni non coperte o a completamento ed integrazione di quanto offerto da Uni.C.A.**

CHI NE BENEFICIA

Dipendenti titolari del Conto Welfare ed i relativi familiari:

- **figli** conviventi/non conviventi anche adottivi o affidati
- **coniuge** (rimane escluso il convivente more uxorio);
- **altri familiari** (i genitori naturali o gli adottanti; i nonni; i bisnonni) solo se risultanti conviventi da **stato di famiglia**.

OGGETTO DELLE PRESTAZIONI

Saranno rimborsabili le sole spese, documentate e accertate, sostenute nel periodo che va dal 01/01/2025 al 16/12/2025.



Il conto welfare rimane aperto eccezionalmente dal 27/11 al 16/12 per il solo servizio di rimborso spese sanitarie.



COSA INCLUDE IL SERVIZIO

1. Rimborso delle spese sanitarie eccedenti i limiti previsti ed applicate dalle polizze sanitarie garantite da Uni.C.A:
 - **franchigie e/o scoperti** applicati a riduzione delle liquidazioni.
 - **eccedenze rispetto ai massimali applicati a limitazione delle liquidazioni rispetto a quanto richiesto dall'assistito;**
 - **Importo rimasto a carico dell'assistito** nei casi di franchigia superiore al costo della prestazione.
2. **Rimborso delle prestazioni non previste o parzialmente** previste dalle polizze di Uni.C.A. (vedi dettaglio slide 3)
3. **Rimborso delle prestazioni anche per i familiari** non inseriti in Cassa Uni.C.A., ma includibili tra i beneficiari (vedi dettaglio slide 1)
4. **Rimborso** agli assistiti, **in caso di infortunio** risarcibile a termini del Regolamento, **del costo delle cure dentarie sostenute**, fino alla concorrenza massima annua di un importo pari ad € 2.000,00. E' considerato infortunio l'evento che sia dovuto a causa fortuita violenta ed esterna e che produca lesioni fisiche



Puoi chiedere i rimborsi solo se hai acquistato il pacchetto nella finestra temporale prevista



PROSPETTO DI SINTESI – 3/4

PRESTAZIONI PREVISTE:

- Medicinali esclusi parafarmaci
- Prestazioni di fisioterapia anche se non legate a infortunio o incidente, Esercizio assistito in acqua, Idromassoterapia, Ginnastica vascolare in acqua, Diatermia a onde corte e microonde, Ipertermia NAS, Massoterapia distrettuale riflessogena, Pressoterapia o presso-depressoterapia intermittente, Elettroterapia antalgica, Ultrasuonoterapia, Trazione scheletrica, Ionoforesi, Laserterapia antalgica, Mesoterapia, Fotoforesi terapeutica, Fotochemioterapia extracorporea, Fotoforesi extracorporea, Terapia Occupazionale.
- Assistenza infermieristica domiciliare,
- Prestazioni odontoiatriche: sbiancamento, Cure odontoiatriche e ortodontiche
- Prestazioni di psicologia, psicoterapia e logopedia
- Medicina Alternativa o Complementare (macroattività ambulatoriali complesse con visita e relative terapie prescritte): Agopuntura (anche con moxa revulsivante), Fisioterapia, incluse aromaterapia, fiori di bach, gemmoterapia; Medicina Antroposofica, Medicina Ayurvedica, Omeopatia, Omotossicologia, Chiropratica con procedure manipolative, Osteopatia con relative procedure manipolative
- Interventi/trattamenti di medicina estetica
- Analisi cliniche
- Medicina preventiva (check up)
- Visite di controllo (prevenzione)
- visite specialistiche;
- altre spese extra ricovero;
- medicina oculistica, compresi lenti e occhiali;
- rilascio certificazioni mediche inclusi: certificato di idoneità sportiva agonistica e non agonistica e certificato medico per rinnovo patente);
- “Interventi ambulatoriali” e “Interventi in Day Hospital”



PROSPETTO DI SINTESI – 4/4

CONTRIBUTI

I dipendenti, all'atto dell'iscrizione annuale, possono scegliere una tra le seguenti coperture aventi i seguenti costi:

COPERTURA SANITARIA LIVELLO 1 (Spese sanitarie a rimborso + copertura PRESTAZIONE 4 a massimale)- CONTRIBUTO 200 EURO

COPERTURA SANITARIA LIVELLO 2 (Spese sanitarie a rimborso + copertura PRESTAZIONE 4 a massimale) - CONTRIBUTO 400 EURO

COPERTURA SANITARIA LIVELLO 3 (Spese sanitarie a rimborso + copertura PRESTAZIONE 4 a massimale)- CONTRIBUTO 600 EURO

COPERTURA SANITARIA LIVELLO 4 (Spese sanitarie a rimborso + copertura PRESTAZIONE 4 a massimale)- CONTRIBUTO 800 EURO

COPERTURA SANITARIA LIVELLO 5 (Spese sanitarie a rimborso + copertura PRESTAZIONE 4 a massimale)- CONTRIBUTO 1000 EURO

COPERTURA SANITARIA LIVELLO 6 (Spese sanitarie a rimborso + copertura PRESTAZIONE 4 a massimale)- CONTRIBUTO 1200 EURO

COPERTURA SANITARIA LIVELLO 7 (Spese sanitarie a rimborso + copertura PRESTAZIONE 4 a massimale)- CONTRIBUTO 1500 EURO

MASSIMALI DI RIMBORSO

L'iscritto può chiedere il rimborso delle spese sanitarie sino al raggiungimento del proprio massimale di spesa, che dipende dall'opzione di copertura scelta in fase di iscrizione, che riportiamo qui di seguito:

COPERTURA SANITARIA LIVELLO 1 (Spese sanitarie a rimborso)- MASSIMALE 195 EURO + copertura PRESTAZIONE 4 a massimale –spese dentarie da infortunio

COPERTURA SANITARIA LIVELLO 2 (Spese sanitarie a rimborso)- MASSIMALE 395 EURO + copertura PRESTAZIONE 4 a massimale -spese dentarie da infortunio

COPERTURA SANITARIA LIVELLO 3 (Spese sanitarie a rimborso)- MASSIMALE 595 EURO + copertura PRESTAZIONE 4 a massimale – spese dentarie da infortunio

COPERTURA SANITARIA LIVELLO 4 (Spese sanitarie a rimborso)- MASSIMALE 795 EURO + copertura PRESTAZIONE 4 a massimale - spese dentarie da infortunio

COPERTURA SANITARIA LIVELLO 5 (Spese sanitarie a rimborso) - MASSIMALE 995 EURO + copertura PRESTAZIONE 4 a massimale -spese dentarie da infortunio

COPERTURA SANITARIA LIVELLO 6 (Spese sanitarie a rimborso)- MASSIMALE 1 195 EURO + copertura PRESTAZIONE 4 a massimale –spese dentarie da infortunio

COPERTURA SANITARIA LIVELLO 7 (Spese sanitarie a rimborso)- MASSIMALE 1 495 EURO + copertura PRESTAZIONE 4 a massimale –spese dentarie da infortunio

