



Uni.C.A. - NUOVI PIANI SANITARI 2018-2019 LE NOVITÀ IN BREVE

Sono stati definiti i nuovi programmi di assistenza sanitaria offerti dalla Cassa per il biennio 2018-2019.

La principale novità è rappresentata dall'introduzione di un'unica copertura destinata a tutti i dipendenti appartenenti alle Aree Professionali e Quadri direttivi del Gruppo UniCredit perimetro Italia.

Questo importante traguardo è stato possibile grazie all'erogazione straordinaria di contributi prevista dal "Verbale di Accordo sul Premio Una Tantum di Produttività Esercizio 2016" sottoscritto il 4 febbraio 2017 tra le Organizzazioni Sindacali e UniCredit.

Nasce così la nuova polizza, denominata "Nuova Plus", che applica a tutti i contenuti della vecchia polizza Plus (ora superata) con i miglioramenti e le novità introdotte con il rinnovo.

UniCredit Cassa di Assistenza

Nuovi piani sanitari per Il biennio 2018-2019

1.

Informazioni generali - I Partner - I Percorsi sul sito di Uni.C.A.

Per i biennio 2018-2019 si confermano le collaborazioni con **RBM Assicurazione Salute** (coperture assicurative), **Previmedical** (Provider di servizi sanitari non Odontoiatrici) e **Pronto Care** (Coperture dentarie).

Le istruzioni per le richieste di informazioni, per le richieste di autorizzazione a prestazioni in forma diretta, per la presentazione di richieste di rimborso, e per ogni altra eventualità sono contenute nella **Guida all'Assistito** per l'accesso ai servizi. Le versioni aggiornate della Guida all'Assistito sia di Previmedical, sia di Pronto-Care saranno rese disponibili, entro il mese di gennaio p.v., sul sito di Unica. Questo il percorso:



Copyright: mousemd/123rf.com

<https://unica.unicredit.it> > Prestazioni > Servizio agli assistiti > Manuali operativi.

Nel mese di gennaio saranno pubblicati sul sito di Uni.C.A. (<https://unica.unicredit.it>) i nuovi testi polizza contenenti gli aggiornamenti legati alle modifiche introdotte con decorrenza 1.1.2018.

Ricordiamo inoltre che l'accesso alla sezione dedicata all'Assistenza Sanitaria può avvenire attraverso il portale di Gruppo seguendo il percorso:

[Servizi ai colleghi](#) > [Welfare](#) > [Assistenza Sanitaria Integrativa](#).

Per i Dirigenti con Global Band Title 4 e superiori in Gennaio, prima dell'avvio del processo di adesioni per il nuovo biennio, verrà pubblicata specifica documentazione integrativa al percorso:

[HR Gate Italia](#) > [Welfare & Benefit](#) > [Benefit per il personale con band title FVP o superiore e per gli atri dirigenti](#) > [Copertura Sanitaria](#).

2.

Beneficiari delle prestazioni

Non sono state introdotte, per il prossimo biennio, modifiche rispetto alle possibilità di accesso alle diverse forme di copertura rispetto al piano 2016-2017. Pertanto, le coperture per dipendenti, pensionati, familiari, fatta eccezione per la copertura Over 85, saranno accessibili ai soggetti che non abbiano compiuto 85 anni alla data del 1 gennaio 2018.

3.

Le novità delle nuove Polizze non odontoiatriche

Da quest'anno per **tutti i dipendenti** appartenenti alle **Aree professionali** ed ai **Quadri direttivi** viene introdotta un'unica nuova polizza denominata "**Nuova Plus**" che conserva le prestazioni della vecchia

polizza Plus in scadenza a fine anno con l'aggiunta delle migliori che potrete trovare evidenziate nei punti qui di seguito.

Saranno quindi **due** i Piani sanitari "base" rivolti ai dipendenti del Gruppo:

- **Nuova Plus:** rivolta a tutti i dipendenti con inquadramento fino a Quadro Direttivo di 4° livello, **con la possibilità di upgrade a opzione Extra al costo di € 528 l'anno;**
- **Extra:** rivolta ai Dirigenti.

Cosa c'è di nuovo nei Piani Sanitari 2018/2019?

• **Fisioterapia**

- aumento del massimale nelle polizze NUOVA PLUS da 700€ a 1.400€ (ferme le condizioni di accesso alla garanzia);
- introduzione su tutte le polizze, dei servizi di fisioterapia domiciliare, che consente di poter fruire della prestazione di riabilitazione direttamente presso il proprio domicilio;

• **Garanzia Lenti:** nella polizza NUOVA PLUS, aumento dei massimali da €120 a €150 pro capite e da €300 a € 400 per anno/nucleo (stessa previsione della Extra);



• **Spese pediatriche di controllo:** nella polizza NUOVA PLUS, riconosciute ai familiari di tutti gli iscritti fino ad un massimo di €500 pro capite e €1.500 per anno/nucleo (stessa previsione della Extra);

• **DSA:** la diagnosi Disturbo Specifico dell'Apprendimento, secondo quanto previsto da DSM-5, deve essere certificata da medico specialista in neuropsichiatria infantile del Servizio Sanitario Nazionale . Sono previsti:

- € 1.500 anno/nucleo per i casi definiti moderati o severi, secondo DSM-5
- € 500 anno/nucleo per i casi lievi, secondo DSM-5;

• **Procreazione Medica Assistita:** sono rimborsate le spese sostenute per la procreazione medicalmente assistita (PMA) per prestazioni medico chirurgiche riferite alla tecnica della PMA e trattamenti farmacologici collegati alla tecnica di fecondazione utilizzata, fino a concorrenza di € 350,00 per nucleo e per anno; Rete: nessun scoperto / franchigia; Fuori rete: nessun scoperto / franchigia

• **Ospedalizzazione domiciliare successiva a grandi interventi in tutte le polizze riservate ai dipendenti:** sono rimborsate le spese per l'ospedalizzazione a domicilio e l'assistenza sanitaria integrata a domicilio, secondo i massimali e gli scoperti stabiliti dalla polizza;

• **Garanzia neonati:** possibilità di intervenire fino ai primi 8 anni di vita (oggi primi 5 anni) sulle malformazioni e/o difetti fisici congeniti qualora vi sia una concreta impossibilità ad effettuare un intervento chirurgico nel primo anno di vita del neonato;

• **Conto Salute:** rappresenta una forma di risparmio sanitario che consente al nucleo familiare di accumulare delle disponibilità economiche per le annualità successive alla prima, calcolate in percentuale sui contributi pagati alla Cassa.

Il Conto si alimenta in due modi:

- **Bonus di buona salute:** accredito sul Conto Salute di un importo pari al 20% del contributo complessivo annuale (accredito automatico), qualora l'associato, nel corso del biennio (2°anno), presenti un rapporto medio tra Sinistri e Contributi per il proprio nucleo familiare pari o inferiore al 75% ed abbia effettuato senza soluzione di continuità nel periodo di copertura i protocolli di prevenzione di Cassa Uni.C.A.;
- **Risparmio sanitario:** accredito sul Conto Salute di un importo pari al 10% del contributo complessivo annuale (accredito su richiesta a Previmedical), qualora il nucleo familiare nel corso

dell'annualità non abbia ottenuto il rimborso di alcuna prestazione sanitaria (fatta eccezione dei protocolli di prevenzione di Cassa Uni.C.A. che non rientrano in questo computo).

(NB: Sono esclusi i contributi pagati per le coperture odontoiatriche, per la polizza opzioni integrative e per la polizza Denti Treviso. E' compreso il contributo versato dall'Azienda.)

Le eventuali **disponibilità economiche** accumulate potranno essere utilizzate per **incrementare**, in ogni caso fino a concorrenza dell'importo di spesa, nelle annualità successive alla prima, **l'entità dei rimborsi richiesti dal nucleo familiare e/o per ridurre l'incidenza di eventuali costi a carico dell'assicurato** (scoperti e franchigie).



Copyright: Lorelyn Medina/123rf.com

- **Indennità per le spese sanitarie ed assistenziali sostenute per i genitori ricoverati in Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)**: viene corrisposta un'indennità di €350 a persona erogata, a titolo di forfait, per le spese mediche, sanitarie e di assistenza eventualmente sostenute dagli Associati per i genitori ricoverati presso un centro di Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) pubblico o privato in quanto non autosufficienti o non più in grado di rimanere al proprio domicilio per la compromissione, anche molto grave, delle loro condizioni di salute e di autonomia. L'indennizzo verrà corrisposto qualora il ricovero in Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) abbia avuto una durata di almeno 12 mesi consecutivi;

- **Razionalizzazione plafond su interventi chirurgici**: sono state introdotte alcune modifiche, sia in termini di definizioni, sia, in taluni casi, per rendere maggiormente aderente ai costi medi rilevati l'importo indennizzabile previsto. La modifica di maggior rilievo si riferisce alla differenziazione degli interventi di osteosintesi per fratture.

- **Area Ricoveri -Ricovero senza intervento chirurgico**: nell'ambito dei ricoveri senza intervento chirurgico (esclusi quelli effettuati in regime di SSN), sono state diversificate le seguenti tipologie di ricovero con l'introduzione della nuova garanzia di "Ricovero per lunga degenza":

- **Ricovero medico**: viene fissato il limite di degenza di 5 giorni con un massimo di 3 ricoveri l'anno per persona assicurata;

- **Ricovero per Gravi Eventi Morbosi (cd. GEM)**: non sono previsti limiti temporali alla degenza. Si tratta di ricoveri collegati ad eventi particolarmente gravi. L'elenco dei Gravi Eventi Morbosi è allegato al Prospetto di raffronto dei Piani sanitari;

- **Ricovero per riabilitazione post chirurgica**: si tratta di ricoveri legati ad interventi chirurgici per i quali è prevista una riabilitazione post chirurgica (es. interventi di artroprotesi dell'anca, interventi cardiaci, ecc.)

- **Ricovero per lunga degenza**: viene così definito il ricovero medico in degenza riabilitativa per il recupero e/o il miglioramento delle condizioni fisiche dell'assistito mediante trattamenti medici e/o fisioterapici con permanenza presso Strutture sanitarie dedicate alla lungo degenza (es. RSA Residenze Sanitarie Assistenziali), o reparti di strutture sanitarie dedicate alla lungo degenza.

La previsione si applica se:

- vi sia stato un ricovero con intervento chirurgico e riabilitazione post chirurgica nell'ambito del medesimo ricovero e la degenza complessiva si sia protratta per oltre 30 giorni;

vi sia stato un ricovero con intervento chirurgico e ulteriore ricovero per riabilitazione post chirurgica e la degenza complessiva si sia protratta per oltre 30 giorni.

- **Consulto nutrizionale e dieta personalizzata**: la garanzia prevede il rimborso di un consulto nutrizionale e di una dieta personalizzata nel biennio;

- **Ulteriore novità**: la possibilità per i pensionati che hanno superato gli 85 anni di sottoscrivere una nuova polizza a pagamento dedicata, denominata "Over 85".



Copyright: kinokotagawa/123rf.com

4. Principali modificazioni introdotte alle coperture odontoiatriche (Provider Pronto-Care)



Tutti i piani di coperture odontoiatriche per il nuovo biennio contengono significativi miglioramenti. Il prospetto qui sotto riporta sinteticamente le variazioni:

Collettiva	Collettiva estesa	Completa	Completa estesa	TOP
aumento del massimale da €1.000 a €1.500	aumento del massimale da €1.500 a €2.000	aumento del massimale € 2.500 a € 3'000	aumento del massimale € 3.000 a € 3'500	aumento del massimale a € 4'500
aumento del 20% di copertura dell'Endondonzia e dell'Implantologia ed eliminazione del sottomassimale di €500 fuori rete		aumento del 20% di copertura dell'Endondonzia, Protesica e dell'Ortognatodonzia		aumento del 10% di copertura dell'Implantologia, Protesica e Ortagnatodonzia
inserimento della garanzia "Protesica" nella copertura Collettiva e Collettiva Estesa di una percentuale di rimborso al 40% in network e 15% fuori network		aumento del 20% di copertura dell'Implantologia ed eliminazione del sottomassimale di € 500 fuori rete		
previsione di un importo Una Tantum di €200 come rimborso per spese sostenute in network a titolo di "Ortognatodonzia"				

Tutte le coperture avranno decorrenza dal 1° gennaio 2018. La copertura **COLLETTIVA** denti è soggetta ad un **contributo annuo**, a carico del dipendente, parametrato **in base all'inquadramento**.

E' possibile sottoscrivere la polizza **COLLETTIVA DENTI ESTESA AL NUCLEO FAMILIARE** aggiungendo **500 euro/annuo al contributo base**.

La copertura **COMPLETA**, assegnata -in continuità con quanto avvenuto in passato -ai Dirigenti con Global Band Title inferiore a FVP, è **accessibile anche a Quadri Direttivi ed Aree Professionali**, con le stesse caratteristiche e beneficiari, aggiungendo **750,00 euro/anno al contributo base**.

Per la sottoscrizione della **POLIZZA COMPLETA ESTESA AL NUCLEO FAMILIARE** è necessario aggiungere **1250 euro/anno al contributo base**.

La copertura **TOP** è assegnata ai Dirigenti con Global Band Title di FVP. Le previsioni di dettaglio saranno pubblicate nella sezione dedicata ai Dirigenti (vedi paragrafo 1).

L'operatività dell'estensione al nucleo della copertura collettiva dentaria e della copertura **COMPLETA** sottoscritta da personale non dirigente è **subordinata al conseguimento di un minimo del 5% di adesioni** degli aventi diritto.

5.

Ulteriori coperture: le coperture aggiuntive opzionali e la polizza Terremoto

Per i dipendenti in servizio è stata confermata la possibilità di adesione alle coperture opzionali integrative a pagamento, avviate il 1° gennaio 2017.

Per le caratteristiche ed i dettagli delle coperture opzionali rimandiamo al prospetto dettagliato pubblicato

sul sito di UniC.A.

Nel mese di gennaio verrà anche pubblicato il testo aggiornato delle caratteristiche e dei costi, ad esclusivo carico della Cassa, della c.d. polizza Terremoto.

6. Operatività nel Periodo “ Transitorio” - Anticipazioni.

Le adesioni alle coperture per il biennio 2018-2019 saranno raccolte a partire dal 22 gennaio con termine entro la seconda settimana di febbraio, salvo imprevisti.

Queste le modalità di adesione:

- via Group Intranet per i **dipendenti**,
- via Sito Internet per **esodati** e pensionati accreditatisi nell’Area Riservata del Sito Internet di UniC.A.,
- tramite corrispondenza, previo invio di idonea informativa (l’invio dell’offerta di adesione cartacea sarà trasmessa non prima del mese di marzo p.v.), per i **restanti esodati** e pensionati che non si siano avvalsi della facoltà di sottoscrivere la copertura tramite Area Riservata e per i **dipendenti lungo assenti** del Gruppo UniCredit che non si siano avvalsi della facoltà di sottoscrivere la copertura tramite Group Intranet con accesso via Extranet.



Copyright: ahasoft2000 / 123rf.com

La liquidazione delle domande di rimborso inizierà a partire dalla prima quindicina di marzo per il personale in servizio, pensionati ed esodati aderenti tramite Area Riservata del Sito Internet, ed a partire dalla seconda quindicina di aprile per i restanti pensionati, esodati e lungo assenti che non abbiano aderito tramite Extranet (posto il tempestivo reinoltro all’Associazione della scheda di adesione), e comunque non prima del consolidamento a sistema informativo di Previmedical delle adesioni raccolte. I tempi di liquidazione dei rimborsi nel primo semestre potranno risentire delle complessità operative connesse al rinnovo dei piani, potendo comprensibilmente risultare superiori ai dieci giorni lavorativi standard.

Nelle more del perfezionamento e consolidamento delle adesioni, cd. periodo transitorio, il Titolare ed i componenti il nucleo già assicurato nel 2017 (laddove ricorrano le condizioni per l’iscrizione al Piano Sanitario 2018/19) potranno fruire delle prestazioni di ricovero (con o senza intervento, anche in day hospital, ambulatoriali, o per parto) in Rete convenzionata.

A partire da quest’anno, sarà possibile analogo accesso alle Cure oncologiche.

Gli interessati dovranno inoltrare a Previmedical la scheda di pre-adesione pubblicata (Modulo transitorio), compilata in ogni sua parte, apponendo la massima attenzione alla indicazione della scelta relativa al piano sanitario prescelto, che non potrà essere più modificata e che comporterà l’iscrizione del Titolare e dell’eventuale familiare beneficiario delle predette prestazioni richieste. Prima del consolidamento delle adesioni raccolte, non sarà possibile autorizzare altre prestazioni (quali visite specialistiche, diagnostica) in forma “diretta”. Gli associati potranno richiedere successivamente il rimborso di quest’ultime prestazioni, restando inteso che saranno liquidate secondo le regole della prestazione in forma “indiretta”, con applicazione degli scoperti e franchigie previsti. In considerazione dell’impossibilità di accedere alle prestazioni in forma diretta durante il suddetto periodo transitorio, la maggiorazione di scoperti e franchigie prevista laddove, essendo accessibile una prestazione in regime “diretto” /convenzionato si sceglie il regime “ indiretto” / rimborsuale, non sarà applicata sino al 30.4.2018.

Analogamente, per quanto riguarda le coperture odontoiatriche, non sarà possibile accedere alla forma diretta nel suddetto periodo transitorio. Prima dell’avvio delle procedure per la raccolta delle adesioni saranno diramate le istruzioni operative, con pubblicazione di apposita news sul Sito Internet della Cassa e richiamo sulla Group Intranet.

Per ulteriori specifiche Vi invitiamo a consultare il sito di Unica <https://unica.unicredit.it/it.html>