

SANEDIL – Gestione prestazioni in autogestione

Si fa seguito a quanto comunicato con News 09/2021, per fornire, sulla base delle indicazioni fornite da Sanedil alcune indicazioni operative per la corretta gestione delle richieste di rimborso presentate dai lavoratori iscritti al Sanedil.

Le garanzie riconosciute in autogestione dal Fondo avranno decorrenza dal 1/06/2021 per cui, l'eventuale rimborso riguarderà solo documenti di spesa emessi da tale data e fino al 30/09/2021.

Per una richiesta di garanzia riconosciuta in autogestione dal Fondo, il lavoratore iscritto al Sanedil dovrà presentare alla Cassa un apposito modulo compilato e sottoscritto, anche nel caso in cui la richiesta riguardi un proprio familiare fiscalmente a carico.

Nel modulo è quindi riservata una sezione in cui, se la richiesta riguarda il coniuge fiscalmente a carico, risultante dallo stato di famiglia o i figli maggiorenni fiscalmente a carico, il familiare deve prestare il proprio consenso per riconoscere la titolarità della richiesta in capo all'iscritto.

Anche in questo caso, come per tutte le garanzie riconosciute da Unisalute, per una richiesta di prestazione autogestita dal Fondo che interessi un familiare fiscalmente a carico sarà fondamentale consegnare alla Cassa il certificato del nucleo familiare del richiedente.

In virtù di quanto sopra, per poter processare la richiesta di rimborso, occorrerà presentare alla Cassa oltre al citato modulo, anche la seguente documentazione:

1. Per montatura lenti correttive:
 - Copia attestazione variazione visus rilasciata da medico oculista/optometrista (*Documento utilizzato per richiedere ad Unisalute il rimborso delle lenti*)
 - Copia del documento di spesa: fattura, scontrino parlante
 - Copia attestazione di servizio o copia dell'ultima busta paga
 - Copia di un documento di identità
2. Per ausili/presidi sanitari:
 - Copia della prescrizione medica dello specialista del ramo, con quesito diagnostico o patologia presunta o accertata;
 - Fattura/ricevuta di spesa emessa dal fornitore
 - Copia attestazione di servizio
 - Copia dell'ultima busta paga
 - Copia di un documento di identità.

La suddetta documentazione (esclusa la copia dell'attestazione di servizio o la copia dell'ultima busta paga), acquisibile dalla Cassa in una delle modalità già previste (Sportello Cassa Edile, Persona delegata – facilitatore, Posta elettronica) sarà trasmessa dalla Cassa al Sanedil

Le guide alle garanzie in autogestione (montatura lenti e ausili/presidi) con indicati i relativi massimali e il modulo per richiedere il rimborso delle spese sostenute, che si allegano alla presente per una immediata conoscenza, sono pubblicati in un'apposita sezione relativa alle prestazioni in autogestione sul portale web www.fondosanedil.it.

Maggio 2021

La Cassa Edile

RIMBORSO SPESE MONTATURA LENTI DIRETTA
(documentazione per lavoratori dipendenti imprese edili)

A decorrere dal 1° giugno 2021 il Fondo Sanedil provvede a rimborsare direttamente all'iscritto, nei limiti dei massimali di seguito rappresentati e fino ad esaurimento del budget stanziato, le spese sostenute per l'acquisto di montature di occhiali, che non siano riconducibili a finalità estetiche.

L'iscritto per poter beneficiare della prestazione dovrà presentare all'addetto della Cassa l'apposito modulo compilato, allegando la fattura/ricevuta di spesa che ne comprovi l'acquisto in conseguenza della richiesta di rimborso relativa all'acquisto delle lenti correttive che la medesima Cassa avrà inviato ad UniSalute.

Sarà la Cassa, pertanto, previa verifica della regolarità contributiva aziendale, a fare da tramite per le richieste di rimborso, che verranno liquidate dal Fondo direttamente all'iscritto richiedete. Tale prestazione ha un massimale condiviso per nucleo familiare e ne possono beneficiare l'iscritto, il coniuge fiscalmente a carico, risultante dallo stato di famiglia e i figli fiscalmente a carico.

BUDGET 1.000.000,00 € FINO AL 30 SETTEMBRE 2021	
MASSIMALI CONDIVISI CON NUCLEO FAMILIARE FISCALMENTE A CARICO	
PIANO BASE	PIANO PLUS
N. 1 RIMBORSO CON MASSIMALE PARI A 40 €	N. 1 RIMBORSO CON MASSIMALE PARI A 80 €
IL MASSIMALE FA RIFERIMENTO A DOCUMENTI DI SPESA EMESSI DAL 1° GIUGNO 2021 AL 30 SETTEMBRE 2021 In nessun caso il massimale potrà essere raggiunto sommando più richieste.	

RIMBORSO SPESE PER AUSILI/PRESIDI DIRETTA
(documentazione per lavoratori dipendenti imprese edili)

A decorrere dal 1° giugno 2021 il Fondo Sanedil provvede a rimborsare direttamente all'iscritto, nei limiti dei massimali di seguito rappresentati e fino ad esaurimento del budget stanziato, le spese sostenute per l'acquisto o il noleggio dei seguenti ausili sanitari e presidi sanitari per la mobilità:

- Sedia a rotelle
- Plantari ortopedici
- Stampelle, bastoni, tripodi, quadripodi e diversi deambulatori

L'iscritto per poter beneficiare della prestazione dovrà presentare all'addetto della Cassa l'apposito modulo compilato, allegando la prescrizione medica dello specialista del ramo, con quesito diagnostico o patologia presunta o accertata che ha reso necessaria la prestazione e la fattura/ricevuta di spesa emessa dal fornitore che ne comprovi l'acquisto.

Sarà la Cassa, pertanto, previa verifica della regolarità contributiva aziendale, a fare da tramite per le richieste di rimborso, che verranno liquidate dal Fondo direttamente all'iscritto richiedete. Tale prestazione ha massimali condivisi per nucleo familiare e ne possono beneficiare l'iscritto, il coniuge fiscalmente a carico, risultante dallo stato di famiglia e dei figli minorenni fiscalmente a carico.

BUDGET 1.000.000,00 € FINO AL 30 SETTEMBRE 2021
MASSIMALI CONDIVISI CON NUCLEO FAMILIARE FISCALMENTE A CARICO

PIANO BASE	PIANO PLUS
<ul style="list-style-type: none"> • Stampelle, bastoni, tripodi, quadripodi e diversi deambulatori massimale 20 € ogni 12 mesi • Sedia a rotelle massimale 80€ ogni 36 mesi • Plantari ortopedici massimale 80€ ogni 12 mesi 	<ul style="list-style-type: none"> • Stampelle, bastoni, tripodi, quadripodi e diversi deambulatori massimale 30 € ogni 12 mesi • Sedia a rotelle massimale 120 € ogni 36 mesi • Plantari ortopedici massimale 120€ ogni 12 mesi

IL MASSIMALE FA RIFERIMENTO A DOCUMENTI DI SPESA EMESSI DAL 1° GIUGNO 2021 AL 30 SETTEMBRE 2021 – UNA NUOVA RICHIESTA DI RIMBORSO POTRÀ ESSERE PRESENTATA TRASCORSO IL TERMINE INDICATO PER CIASCUN MASSIMALE E A CONDIZIONE CHE L'INIZIATIVA SIA PROROGATA.

C) PRESTAZIONI SANITARIE

Barrare l'oggetto della richiesta di rimborso e i documenti che si allegano in copia

MONTATURA per lenti graduate correttive

- Copia attestazione variazione visus rilasciata da medico oculista/optometrista
- Copia del documento di spesa: fattura, scontrino parlante

AUSILI/PRESIDI SANITARI

- Sedia a rotelle
- Plantari ortopedici
- Stampelle, bastoni, tripodi, quadripodi e diversi deambulatori

(Specificare) _____

- Copia prescrizione del medico specialista
(Deve contenere il quesito diagnostico o patologia presunta o accertata che ha reso necessaria la prestazione)
- Copia del documento di spesa: fattura/ricevuta emessa dal fornitore

La documentazione allegata alla presente richiesta di rimborso (fatture, ricevute, prescrizioni mediche, ecc...) va presentata in fotocopia. Sanedil potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche, l'invio della documentazione in originale o ulteriore documentazione oltre a quella già inviata. In caso di ricevimento di documenti falsi o contraffatti, SANEDIL ne darà comunicazione alle competenti autorità giuridiche per le opportune verifiche e l'accertamento di eventuali responsabilità penali. Le spese sanitarie sostenute potranno essere, eventualmente, portate in detrazione nella dichiarazione dei redditi solo nel limite degli importi non rimborsati dal presente Fondo.

Luogo e Data

Firma dell'Iscritta/o

La firma deve essere apposta per esteso e leggibile e non deve essere autenticata

CONSENSO DELL'ISCRITTO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER LA GESTIONE E L'EROGAZIONE DEI SERVIZI DI SANEDIL

La/Il sottoscritta/o _____

dichiara di aver letto e compreso l'informativa pubblicata sul sito di Sanedil Sez. Privacy, ed esprime il consenso al trattamento dei dati personali, incluse le categorie particolari di dati relativi alla salute, per la gestione ed erogazione dei servizi di assistenza integrativa sanitaria e socio-sanitaria ed il rimborso diretto sulle prestazioni fruite.

Luogo e Data

Firma dell'Iscritta/o

La firma deve essere apposta per esteso e leggibile e non deve essere autenticata

CONSENSO DEL FAMILIARE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER LA GESTIONE ED EROGAZIONE DEI SERVIZI DI SANEDIL PER IL CONIUGE FISCALMENTE A CARICO RISULTANTE DALLO STATO DI FAMIGLIA O FIGLIO MAGGIORENNE FISCALMENTE A CARICO

In caso di richiesta dell'Iscritto per coniuge fiscalmente a carico, risultante dallo stato di famiglia / o figlio maggiorenne fiscalmente a carico:
(spazio riservato al delegante*)

La/Il sottoscritto/a _____ in qualità di coniuge fiscalmente a carico, risultante dallo stato di famiglia o figlio maggiorenne /fiscalmente a carico dell'Iscritto/a dichiara di aver letto e compreso l'informativa pubblicata sul sito di Sanedil Sez. Privacy, ed esprime il consenso al trattamento dei dati personali, incluse le categorie particolari di dati relativi alla salute per la gestione ed erogazione dei servizi di assistenza integrativa sanitaria e socio-sanitaria ed il rimborso a favore dell'Iscritto/a; accetta altresì che l'Iscritto/a sia l'unico destinatario delle comunicazioni da parte di SANEDIL e l'unico soggetto abilitato a caricare nell'area riservata richieste di rimborso e altri documenti, anche contenenti dati relativi alla salute, diretti a Sanedil per il tramite delle Casse edili o EdilCasse.

Luogo e Data

Firma

La firma deve essere apposta per esteso e leggibile e non deve essere autenticata

* Allegare copia del documento d'identità del Delegante

EVENTUALE DELEGA AL "FACILITATORE"

(Esclusivamente per le richieste presentate allo sportello della Cassa Edile/EdilCassa di riferimento)

Il sottoscritto _____ in qualità di iscritto/a

al Fondo Sanedil delego il/la Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ (Prov. ____), il ____/____/____,

a consegnare la presente richiesta di rimborso, compresa la relativa documentazione eventualmente allegata, presso lo sportello della Cassa Edile/Edilcassa di riferimento, al solo fine di ottenere le prestazioni previste dal Piano Sanitario Sanedil.

Luogo e Data

Firma

La firma deve essere apposta per esteso e leggibile e non deve essere autenticata

* Allegare copia del documento d'identità del Delegante