

WEBINAR 25.11.2021
PRESENTAZIONE
NUOVA POLIZZA "SANITARIA – RIMBORSO SPESE MEDICHE"
UNISALUTE

FAQ

DOMANDE		RISPOSTE
1	Non sono previste cure odontoiatriche?	Nella polizza in titolo non è prevista la garanzia relativa alle cure odontoiatriche
2	Ci potrebbe essere la possibilità di estendere la polizza alle cure odontoiatriche a pagamento, a carico del dipendente?	Sarà naturalmente possibile per il dipendente, non tramite l'Ateneo, stipulare polizze individuali in autonomia a copertura di quanto non previsto nella polizza UniSalute.
3	Unisalute offre l'estensione individuale della polizza per spese odontoiatriche? Se sì, sarà possibile utilizzare il conto welfare per coprire l'estensione?	Per quanto concerne la prima parte della domanda, si rimanda alla risposta n. 2; per quanto riguarda la seconda parte la risposta è negativa.
4	Per le cure odontoiatriche l'integrazione può essere fatta anche successivamente?	Si rimanda alla risposta n. 2
5	Sarà possibile avere le slide di questa presentazione?	No, è materiale che UniSalute utilizza solo per le presentazioni. Al presente indirizzo web è comunque pubblicata documentazione utile per la fruizione del prodotto assicurativo, ad es. la "Guida al Piano sanitario"
6	E' possibile rivedere questo webinar anche dopo questa presentazione?	Il webinar non è stato registrato per motivi di privacy, connessi alla sottoscrizione di una liberatoria i cui termini non erano accettabili per UniSalute ma tutti i contenuti sono presenti nella "Guida al piano sanitario"
7	Che cosa si intende con "minimo non indennizzabile"?	Nel rimborso di una spesa sanitaria è l'importo minimo che rimane a carico dell'Assicurato.
8	Che cosa si intende con "indennità sostitutiva"?	Come indicato nelle definizioni di polizza, è l'importo giornaliero erogato dalla Società assicuratrice in caso di ricovero, in assenza di richiesta di rimborso delle spese per le prestazioni effettuate durante il ricovero" da parte dell'Assicurato.
9	In caso di ricovero con intervento o di intervento ambulatoriale, con spese suddivise in più fatture o ricevute (ad esempio, clinica, chirurgo, anestesista), il minimo non indennizzabile di 1500 euro viene applicato al totale dei costi oppure alle singole voci di spesa corrispondenti alle diverse fatture/ricevute?	Per le prestazioni eseguite durante il periodo del ricovero, nel caso di utilizzo di struttura non convenzionata, il minimo non indennizzabile di € 1.500,00 euro viene applicato al totale dei costi.

10	Cosa si intende per nucleo familiare?	Come indicato nelle definizioni di polizza, per nucleo familiare si intende "Il coniuge o il convivente "more uxorio" ed i figli conviventi o non conviventi, purché fiscalmente a carico o nei cui confronti vi sia l'obbligo del mantenimento".
11	L'elenco delle spese extra-ospedaliere è un elenco esaustivo?	Si conferma.
12	Vorrei sapere se la polizza copre spese per osteopatia e chiropratica (come la polizza precedente). In caso affermativo, quale è la procedura per richiedere il rimborso e quali documenti bisogna produrre?	L'osteopatia e la chiropratica come trattamenti sono in copertura nella garanzia trattamenti fisioterapici riabilitativi se eseguita da medico. Si rimanda alla successiva risposta n. 13
13	Le prestazioni fisioterapiche non possono essere portate a rimborso? Solo strutture convenzionate?	Le spese fisioterapiche nella polizza in titolo sono previste solo in regime di convenzionamento.
14	Per i medicinali da banco serve l'impegnativa del medico?	Nella polizza in titolo viene previsto rimborso per medicinali da banco, prodotti omeopatici e galenici purché prescritti dal Medico di Medicina Generale (su ricetta bianca o rossa/elettronica a seconda che il farmaco sia o non sia riconosciuto dal SSR), con l'esclusione di quelli relativi a fini estetici e dell'igiene personale. Relativamente ai prodotti non ben identificati, nella prescrizione fatta dal Medico di Medicina Generale o dal Medico Specialista, dovrà essere precisato che non sono a fine estetico e/o per l'igiene; a tale scopo l'Assicurato dovrà presentare congiuntamente: a) la ricetta medica in originale o in copia riportante il nominativo dell'assicurato e la diagnosi; b) lo scontrino farmaceutico fiscale con l'indicazione del nome del farmaco acquistato e lo scontrino non fiscale, qualora il dettaglio dei farmaci acquistati non fosse presente sul precedente. Qualora il dettaglio dei farmaci acquistati non fosse presente su alcuna tipologia di scontrino, ai fini del rimborso, sarà comunque valida l'indicazione sulla ricetta del costo dei singoli prodotti con il timbro della farmacia unitamente allo scontrino fiscale rilasciato dalla stessa per il totale. I medicinali sono rimborsati al 100%.
15	Per i medicinali è necessario che il medico indichi la motivazione?	Si rimanda alla risposta n. 14.
16	Vorrei conoscere i limiti dei massimali previsti per nucleo familiare in caso di polizza sottoscritta per un dipendente e un familiare e i limiti in caso polizza sottoscritta per un dipendente e due familiari. (ci si riferisce ai massimali per visite specialistiche, occhiali ecc.)	Tutti i massimali indicati nella polizza in titolo si intendono per anno assicurativo e per nucleo familiare, ad eccezione della garanzia "Lenti ed occhiali" per la quale il massimale di € 210,00 si intende per anno assicurativo e per persona (con lo scoperto del 20% per sinistro).
17	Cosa si intende per rimborso di 210 euro per occhiale e franchigia del 20%	Nell'ambito della garanzia "Lenti e occhiali", il 20% è la percentuale applicata alle spese sostenute dall'Assicurato per l'acquisto di lenti e occhiali che

		rimane a carico dell'Assicurato, mentre € 210,00 è l'importo massimo rimborsabile all'Assicurato per l'annualità assicurativa. Ad esempio se la spesa è pari a 500, lo scoperto applicato sarà pari a € 100 ma comunque il massimo indennizzabile non potrà superare € 210.
18	Vorrei sapere se eventuali spese mediche effettuate all'estero sono rimborsate	Si conferma: come indicato in polizza, la copertura è operante nel Mondo intero; per le prestazioni che il piano prevede in forma rimborsuale sarà necessario produrre idonea documentazione come richiesto per le spese effettuate in Italia
19	Non mi è chiaro il costo della polizza docente = 1000 € coniuge e figlio = 850 € + 850 €?	Si conferma.
20	Per ogni visita specialistica è prevista una franchigia di 30 euro? è previsto un massimale per un nucleo familiare?	Per ogni visita specialistica in struttura convenzionata è prevista una franchigia di € 30,00; per visite effettuate fuori convenzionamento è previsto uno scoperto del 25% con il minimo di € 50,00. Per le cure domiciliari e ambulatoriali, dove all'interno sono previste le visite specialistiche, è previsto un massimale annuo per nucleo pari a € 50.000,00.
21	La documentazione per il rimborso va scannerizzata?? non esiste la possibilità di caricare direttamente il documento in formato elettronico? Grazie	Utilizzando la app di UniSalute, si può chiedere il rimborso delle spese per le prestazioni caricando la foto della fattura e dei documenti richiesti per il rimborso.
22	I plantari ortopedici sono compresi nell'assicurazione?	No.
23	La medicina preventiva è prevista solo in strutture convenzionate? Non a rimborso?	La medicina preventiva nella polizza in titolo è prevista solo in regime di convenzionamento.
24	I ticket dei quali si chiede il rimborso possono essere portati in detrazione comunque?	Possono essere portate in detrazione solo le spese rimaste a carico dell'Assicurato
25	Da quando ci si deve registrare sul sito?	Per il solo PTA la registrazione sarà possibile dall'1/12/2021, per le adesioni facoltative sarà necessario attendere la chiusura della finestra di adesione.
26	Grazie se potete indicarci il numero dell'assicurazione a cui possiamo rivolgerci	La Centrale Operativa di Assistenza di UniSalute sarà contattabile al numero 800-009915 attivo - a decorrere dall'1.12.21 - dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 19.30. Il numero è indicato nella Guida al Piano sanitario
27	Dal punto di vista fiscale, gli eventuali contributi versati sono detraibili nella dichiarazione dei redditi? Le spese sanitarie rimborsate sono detraibili?	1. Contributo a carico Ateneo (PTA) Se il contributo è a totale carico dell'Ateneo, pur trattandosi di onere deducibile (art. 51, 2° comma, lett.a) TUIR), non rientra nel calcolo del conguaglio fiscale operato dal sostituto di imposta che va ad abbattere il reddito imponibile, ma viene esposto nella CU punto 441 solo a carattere informativo. In sede di dichiarazione dei redditi, sono detraibili (cioè abbattano l'imposta lorda) le sole spese sanitarie che non sono state rimborsate dall'ente assicuratore (la detrazione è limitata al 19% delle spese sanitarie complessivamente sostenute dal dipendente). 2. Contributo a carico dipendente - Personale docente e ricercatore ed estensione al

		<p>nucleo familiare (del PTA e del personale docente e ricercatore)</p> <p>Il contributo in questa casistica è a carico dipendente, pertanto nel cedolino si effettuano le relative trattenute mensili.</p> <p>Trattandosi di onere deducibile (ai sensi dell'art. 51, c.2, lett.a) del TUIR) nei limiti di 3.615,20 euro, in sede di conguaglio fiscale il reddito imponibile sarà abbattuto e nella CU tale onere deducibile sarà esposto nel punto 441.</p> <p>In sede di dichiarazione dei redditi, sono detraibili (cioè abbattano l'imposta lorda) le sole spese sanitarie che non sono state rimborsate dall'ente assicuratore (la detrazione è limitata al 19% delle spese sanitarie complessivamente sostenute dal dipendente).</p>
28	Vorrei conoscere la modalità di rimborso per occhiali: il limite massimo è di euro 210 euro per ogni tipo di occhiale(es. per occhiali per correzione due specifici vizi visivi).	In seguito a modifica del visus, il rimborso per gli occhiali è previsto con il limite di € 210,00 per anno assicurativo e per persona e con l'applicazione dello scoperto del 20% per importo indennizzabile a termini di polizza; in occasione della modifica del visus, sarà ammesso a rimborso un solo paio di occhiali per ogni vizio di rifrazione accertato.
29	Quanti giorni servono per avere l'autorizzazione per prestazioni in strutture convenzionate?	In caso di ricovero, per permettere alla Compagnia di valutare la copertura, è necessario inviare la documentazione necessaria all'istruttoria della pratica almeno 10 giorni prima della data prevista per l'evento.
30	La medicina preventiva va richiesta con impegnativa del medico di base?	Ai fini puramente assicurativi di prenotazione della prestazione non occorre alcuna impegnativa medica. Si tenga presente che per alcune prestazioni radiologiche (esame mammografico ed esame radiologico del torace) le strutture sanitarie sono tenute a richiedere l'impegnativa medica (come da normativo vigente).
31	Sembra non ci sia alcuna protezione per visite di routine per bambini, né dentistiche né con il pediatra. Capisco correttamente?	Trattandosi di copertura per malattia/infortunio sono previste solo le visite specialistiche con l'esclusione delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite ed accertamenti odontoiatrici ed ortodontici (il piano non prevede copertura per l'odontoiatria, come indicato nella risposta n. 1).