



MINI GUIDA 2024

ALLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA
SANITARIA INTEGRATIVA

*Le prestazioni del piano sanitario
sono garantite da:*

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

FASG&P è il Fondo di assistenza sanitaria integrativa per le lavoratrici, i lavoratori e per i loro familiari, del settore gomma, cavi elettrici e affini e delle materie plastiche.

L'obiettivo del Fondo è quello di supportare i bisogni e le necessità degli aderenti, **fornendo prestazioni di assistenza sanitaria integrativa** a quelle del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.).

FASG&P è un'Associazione i cui soci sono le aziende e i dipendenti iscritti al Fondo. Essere un'Associazione significa poter usufruire dei vantaggi non ottenibili individualmente, utilizzando la **mutualità** che permette a noi tutti prestazioni sanitarie di valore superiore al contributo versato.

FASG&P è **senza scopo di lucro** e i costi sono solamente necessari al buon funzionamento del Fondo.

Gli Organi Sociali del Fondo sono eletti in parti uguali dai rappresentanti dei **Lavoratori** e dai rappresentanti delle **Aziende**.

CHI PUÒ ADERIRE A FASG&P

Le Aziende iscrivono tutti i propri dipendenti ed effettuano la contribuzione ogni trimestre.

Gli operai, gli impiegati, i quadri e i lavoratori con qualifiche speciali con rapporto di lavoro a tempo indeterminato (compresi gli apprendisti) e determinato di durata non inferiore a 12 mesi, a tempo pieno o part-time, con contratto di apprendistato del settore della Gomma Cavi Elettrici e Affini e delle Materie Plastiche, a condizione che abbiano superato il periodo di prova.

Il dipendente può richiedere l'adesione anche per il coniuge/convivente e i figli conviventi fino al compimento del 26imo anno di età, che non percepiscano un reddito superiore alla soglia annuale fiscalmente prevista.

È possibile scegliere tra due opzioni:

- «Nucleo 1» che prevede il lavoratore e un solo componente a scelta;
- «Nucleo 2» che prevede il lavoratore e due o più componenti del Nucleo.

La copertura del Piano Base inoltre può essere estesa a titolo gratuito:

- ai figli invalidi con percentuale d'invalidità uguale o superiore al 66% senza limite di età;
- ai figli affetti da autismo, dislessia o sindrome di down esclusivamente per l'utilizzo della garanzia "Riabilitazione a seguito di

autismo, dislessia o sindrome di down (valevole per i ragazzi fino a 19 anni)".

Esclusivamente i lavoratori iscritti potranno attivare una copertura facoltativa e integrativa, c.d. Piano Sanitario Plus.

ISCRIZIONE AL PIANO SANITARIO PLUS E ISCRIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE

Per richiedere l'estensione ai familiari o l'adesione al Piano Plus il lavoratore deve:

- Consegnare in azienda il modulo di adesione disponibile sul sito www.fasgep.it

DATE EFFETTO ADESIONE A FASG&P

Gli iscritti al Fondo al 31.12.23 usufruiscono della copertura assicurativa del nuovo Piano Sanitario Base dal 1° gennaio 2024.

LAVORATORE ISCRITTO AL FONDO DAL 01.01.24 ED EVENTUALE NUCLEO FAMILIARE

Trimestre di carenza*	Inizio copertura assicurativa
1 gennaio – 31 marzo	1 aprile
1 aprile – 30 giugno	1 luglio
1 luglio – 30 settembre	1 ottobre
1 ottobre – 31 dicembre	1 gennaio

N.B. I familiari possono essere iscritti al Fondo anche in un momento successivo all'adesione del lavoratore.

PIANO PLUS

Trimestre di carenza*	Inizio copertura assicurativa
1 gennaio – 31 marzo	1 aprile
1 aprile – 30 giugno	1 luglio
1 luglio – 30 settembre	1 ottobre
1 ottobre – 31 dicembre	1 gennaio

*Non si possono ancora effettuare le prestazioni sanitarie

ISCRIZIONE FAMILIARI E ADESIONE PIANO PLUS

Piano sanitario	Contributo mensile a carico del lavoratore
Piano Plus (solo per il Dipendente)	€ 7,00
Piano Base per il Nucleo 1	€ 15,00
Piano Base per il Nucleo 2	€ 22,00

PRESTAZIONI IN STRUTTURE CONVENZIONATE

UniSalute ha convenzionato 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 nell'Area Riservata e sull'app UniSalute Up. È sempre aggiornato e facilmente consultabile.

Utilizzando le strutture convenzionate hai importanti vantaggi:

- **non devi sostenere alcuna spesa** (ad eccezione di quanto previsto dalle singole coperture) perché il pagamento delle prestazioni avviene direttamente tra UniSalute e la struttura convenzionata;
- **riduci al minimo i tempi di attesa** tra la richiesta e la prestazione.

Al momento della prestazione, **che deve essere preventivamente autorizzata da UniSalute**, devi 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.

Importante: quando prenoti (via app, online o al telefono) una prestazione in una struttura convenzionata, **verifica se il medico scelto è convenzionato con UniSalute**.

PRESTAZIONI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE

Per garantirti la più ampia libertà di scelta, il Piano sanitario può prevedere anche la possibilità di utilizzare strutture sanitarie private non convenzionate con UniSalute. Il **rimborso delle spese** sostenute avverrà secondo quanto previsto per le singole prestazioni.

Per chiedere il rimborso, basta fare una foto ai documenti di spesa e ad eventuali documenti medici, se richiesti, e inviarli a UniSalute attraverso l'app UniSalute Up o la tua Area Riservata su www.unisalute.it

È velocissimo e puoi seguire in tempo reale la valutazione delle tue pratiche. In alternativa, puoi inviare il modulo di rimborso compilato, insieme a copia della documentazione medica e di spesa direttamente a: UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - Via Larga, 8 - 40138 Bologna BO.

PRESTAZIONI DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Il Piano sanitario, prevede anche la possibilità di utilizzare il Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) o strutture private accreditate dal S.S.N.. Il rimborso delle spese sostenute avverrà secondo quanto previsto per le singole prestazioni.

Per chiedere il rimborso, basta fare una foto ai documenti di spesa e ad eventuali documenti medici, se richiesti, e inviarli a UniSalute attraverso l'app UniSalute Up o la tua Area Riservata su www.unisalute.it

È velocissimo e puoi seguire in tempo reale la valutazione delle tue pratiche. In alternativa, puoi inviare il modulo di rimborso compilato, insieme a copia della documentazione medica e di spesa direttamente a: UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - Via Larga, 8 - 40138 Bologna BO.



LE PRESTAZIONI DI FASG&P

PIANO BASE

(per i dipendenti e i familiari)

RICOVERO

RICOVERO PER INTERVENTO CHIRURGICO: riconosce le spese sostenute nei 90 giorni prima e nei 90 giorni dopo il ricovero, per l'intervento chirurgico, la retta di degenza, l'accompagnatore, l'assistenza medica, i medicinali e le cure. L'elenco completo degli interventi chirurgici e la somma annua a disposizione per ciascun intervento sono consultabili sulla Guida al Piano sanitario su www.fasgep.it

NEONATI: riconosce le spese per interventi chirurgici effettuati nel primo anno di vita del neonato per la correzione di malformazioni congenite, comprese le spese per le prestazioni di cui alla voce ricovero.

LIMITE ANNUO: € 10.000 per neonato.

FARMACI POST RICOVERO: riconosce il rimborso dei farmaci di fascia A, C, inclusi medicinali omeopatici, se prescritti all'atto delle dimissioni e collegati alla patologia che ha determinato il ricovero stesso.

LIMITE ANNUO: € 150 per persona

OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE: riconosce le spese per servizi di ospedalizzazione domiciliare, assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica effettuate nelle strutture convenzionate nei 120 giorni successivi alla data delle dimissioni, a seguito di un ricovero per intervento chirurgico compreso nel Piano sanitario.

LIMITE ANNUO: € 10.000 per persona.

INDENNITÀ SOSTITUTIVA, DIARIA DA CONVALESCENZA E INDENNITÀ GIORNALIERA

INDENNITÀ SOSTITUTIVA PER RICOVERO: se l'aderente non richiede alcun rimborso, avrà diritto a un'indennità di € 145 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 10 giorni per ogni ricovero.

DIARIA DA CONVALESCENZA PER RICOVERO (a seguito di intervento chirurgico compreso nel Piano sanitario): se la

convalescenza viene prescritta dalla struttura sanitaria al momento delle dimissioni e risulta nella cartella clinica, riconosce una somma di € 50 al giorno per un periodo non superiore a 10 giorni per ogni anno assicurativo e per nucleo familiare.

INDENNITÀ GIORNALIERA PER RICOVERO MEDICO O PER INTERVENTO CHIRURGICO NON COMPRESO NEL PIANO SANITARIO:

a partire dal 6° giorno di ricovero, prevede un'indennità di € 50 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 30 giorni per ogni ricovero.

LIMITE ANNUO PER LE TRE INDENNITÀ GIORNALIERE: € 10.000 per nucleo familiare.

ALTA SPECIALIZZAZIONE

COSA PREVEDE: riconosce le spese per una serie di prestazioni diagnostiche e terapeutiche di alta specializzazione extra ricovero (alta diagnostica radiologica).

LIMITE ANNUO: € 4.000 per persona.

SCOPERTI: restano a carico dell'aderente € 25 per ogni accertamento o ciclo di terapia. Per l'elenco dettagliato consulta la *Guida al Piano sanitario* su www.fasgep.it

VISITE SPECIALISTICHE

COSA PREVEDE: riconosce le spese per tutte le visite specialistiche conseguenti a malattia o infortunio, con l'esclusione delle visite odontoiatriche e ortodontiche.

LIMITE ANNUO: € 500 per persona.

SCOPERTI: restano a carico dell'aderente € 25 per ogni visita specialistica.

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

COSA PREVEDE: riconosce le spese per accertamenti diagnostici a seguito di malattia o infortunio, ad esclusione di quelli odontoiatrici ed ortodontici.

LIMITE ANNUO: € 300 per persona.

SCOPERTI: restano a carico dell'aderente € 25 per ogni accertamento diagnostico.

TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI

COSA PREVEDE: riconosce le spese per trattamenti fisioterapici riabilitativi, compresa la fisioterapia e l'agopuntura, a seguito di malattia o infortunio, purché prescritti dal medico.

LIMITE ANNUO: € 100 per persona.

SCOPERTI: Restano a carico dell'aderente € 25 per ogni ciclo di terapia.

TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI PER PATOLOGIE PARTICOLARI

COSA PREVEDE: riconosce le spese per trattamenti fisioterapici riabilitativi, conseguenti a patologie particolari (ictus, infarto, patologie polmonari, ecc.).

Per l'elenco dettagliato consulta la Guida al Piano sanitario su www.fasgep.it

LIMITE ANNUO: € 200 per persona.

SCOPERTI: restano a carico dell'aderente:

- € 25 per ogni ciclo di terapia in caso di utilizzo di strutture convenzionate;
- € 25 a fattura/persona in caso di utilizzo di strutture non convenzionate.

RIMBORSO TICKET

COSA PREVEDE: in caso di utilizzo del S.S.N., rimborsa integralmente i ticket sanitari compresi i ticket di pronto soccorso e di garanzie non previste dal Piano sanitario con l'esclusione dei farmaci.

LIMITE ANNUO: € 1.000 per persona.

PACCHETTO MATERNITÀ

COSA PREVEDE: riconosce le spese per ecografie di controllo, amniocentesi, analisi del sangue, visite specialistiche ginecologiche ed ostetriche, trattamento psicoterapico a seguito di aborto.

LIMITE ANNUO: € 300 per persona.

CURE ONCOLOGICHE

COSA PREVEDE: riconosce le spese per chemioterapia e terapie radianti. Sono inoltre comprese le visite specialistiche, gli accertamenti diagnostici e le terapie farmacologiche, effettuate sia durante il ricovero sia in day hospital, che in regime di extra ricovero.

LIMITE ANNUO: € 5.000 per nucleo familiare.

SCOPERTO: nel caso di utilizzo di strutture non convenzionate, le spese sostenute vengono rimborsate all'80%, in caso di utilizzo di strutture convenzionate, nessun importo è a carico dell'aderente. In caso di utilizzo del S.S.N. vengono rimborsati integralmente i ticket sanitari.

PROTESI ORTOPEDICHE E APPARECCHI ACUSTICI

COSA PREVEDE: il rimborso delle spese per l'acquisto di protesi ortopediche e acustiche.

LIMITE ANNUO: € 2.000 per persona.

SCOPERTO: resta a carico dell'aderente uno scoperto del 20% con un minimo non indennizzabile di € 100 per fattura/persona.

LENTI

COSA PREVEDE: il rimborso delle spese per l'acquisto di lenti correttive di occhiali e lenti a contatto. In caso di acquisto di occhiali la relativa fattura dovrà riportare distintamente l'importo delle lenti e quello della montatura.

LIMITE ANNUO: € 75 per nucleo familiare. È necessaria la prescrizione dell'oculista o la certificazione dell'ottico attestante la variazione del visus.

CURE TERMALI

COSA PREVEDE: il rimborso delle spese sostenute per cure termali conseguenti a malattia o infortunio.

LIMITE ANNUO: € 500 a persona.

SCOPERTO: resta a carico dell'aderente uno scoperto del 25% con minimo non indennizzabile di € 70 per fattura in caso di utilizzo di strutture non convenzionate.

ODONTOIATRIA/ORTODONZIA

COSA PREVEDE: paga le spese per l'acquisto e per l'applicazione di protesi dentarie, per prestazioni ortodontiche e per cure odontoiatriche e terapie conservative, comprese le visite odontoiatriche e/o sedute di igiene orale.

LIMITE ANNUO:

- € 250 per lavoratore iscritto
- € 300 per Nucleo 1
- € 350 per Nucleo 2

SCOPERTO: resta a carico dell'aderente uno scoperto del 20% per fattura/persona. In caso di utilizzo di strutture del S.S.N. vengono rimborsati integralmente i ticket sanitari.

PRESTAZIONI DI IMPLANTOLOGIA (solo per il dipendente)

APPLICAZIONE DI 4 O PIÙ IMPIANTI: paga le spese per l'applicazione di 4 o più impianti previsti dal medesimo piano di cura.

LIMITE ANNUO: € 3.000 per persona.

APPLICAZIONE DI 3 IMPIANTI: paga le spese per l'applicazione di 3 impianti previsti dal medesimo piano di cura.

LIMITE ANNUO: € 1.500 per persona.

CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

COSA PREVEDE: paga le spese per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche a seguito di infortunio, solo in presenza del referto del pronto soccorso.

LIMITE ANNUO: € 1.000 per nucleo familiare.

SCOPERTO: resta a carico dell'aderente uno

scoperto del 20% per fattura/persona. In caso di utilizzo di strutture del S.S.N. vengono rimborsati integralmente i ticket sanitari.

INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI

COSA PREVEDE: paga le spese per gli interventi chirurgici, compresi i costi relativi all'equipe operatoria, l'assistenza medica, i medicinali, le cure e le rette di degenza.

LIMITE ANNUO: € 3.000 per nucleo familiare.

SCOPERTO: resta a carico dell'aderente uno scoperto del 20% per fattura/persona. In caso di utilizzo di strutture del S.S.N. vengono rimborsati integralmente i ticket sanitari. L'elenco completo degli interventi chirurgici è consultabile sulla *Guida al Piano sanitario su www.fasgep.it*

PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI

COSA PREVEDE: copre le spese per una serie di prestazioni di prevenzione da effettuare in un'unica soluzione, una volta all'anno, presso le strutture sanitarie convenzionate. Sono incluse, ad esempio, prestazioni di prevenzione cardiovascolare (glicemia, colesterolo, trigliceridi, esame urine, elettrocardiogramma, ecc.) e di prevenzione oncologica (ecotomografia addome, ricerca sangue occulto, mammografia e Pap test per le donne, PSA per gli uomini).

L'elenco completo delle prestazioni di prevenzione è consultabile sulla *Guida al Piano sanitario sul sito www.fasgep.it*

NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/ PERMANENTE (per assicurati di età minima di 18 anni)

COSA PREVEDE: in caso di non autosufficienza permanente dell'aderente, il Piano sanitario garantisce, attraverso le strutture sanitarie convenzionate, l'erogazione di prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali e, in caso di permanenza in RSA, il rimborso delle spese sostenute.

LIMITE MENSILE: € 300 per massimo 12 mesi.

NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEA (per assicurati di età minima di 18 anni)

COSA PREVEDE: in caso di non autosufficienza temporanea dell'aderente, 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.

LIMITE MENSILE: € 300 per massimo 12 mesi.

GRAVE INABILITÀ DETERMINATA DA INVALIDITÀ PERMANENTE (solo per il dipendente)

COSA PREVEDE: copre le spese sanitarie e/o l'erogazione di servizi di assistenza per stati di grave inabilità causati da infortunio (sul lavoro) che determina un'invalidità permanente superiore al 50% (tabella di riferimento I.N.A.I.L.) oppure causati da gravi patologie.

L'elenco completo è consultabile sulla Guida al Piano sanitario sul sito www.fasgep.it

LIMITE ANNUO: € 7.000 per persona.

RIABILITAZIONE A SEGUITO DI AUTISMO, DISLESSIA O SINDROME DI DOWN (per ragazzi e ragazze fino a 19 anni)

COSA PREVEDE: copre le spese per i trattamenti riabilitativi a seguito di autismo, dislessia o sindrome di down, esclusivamente a fini riabilitativi.

L'elenco completo delle prestazioni è consultabile sulla Guida al Piano sanitario sul sito www.fasgep.it

LIMITE ANNUO: € 500 per nucleo familiare.

SCOPERTI: restano a carico dell'aderente:

- € 35 per ogni ciclo di terapia in caso di utilizzo di strutture convenzionate;
- scoperto del 20% con un minimo non indennizzabile di € 70 per ogni ciclo di terapia in caso di utilizzo di strutture non convenzionate.

SPESE DI VIAGGIO E PERNOTTAMENTO DEI GENITORI IN CASO DI MALATTIA GENETICA

COSA PREVEDE: rimborsa le spese di viaggio del genitore dal luogo di abitazione al luogo in cui è ricoverato il figlio e successivo rientro (distante più di 50 km).

LIMITE ANNUO: € 3.000 per nucleo familiare.

SCOPERTO: resta a carico dell'aderente uno scoperto del 20%.

SERVIZIO MONITOR SALUTE

COSA PREVEDE: un servizio di monitoraggio a distanza dei valori clinici in caso di malattie croniche quali diabete, ipertensione e broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) rivolto agli aderenti con età maggiore o uguale a 50 anni.

VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI PER PATOLOGIE CRONICHE

COSA PREVEDE: per gli aderenti che sono entrati a far parte del programma di moni-

toraggio della cronicità, secondo i parametri indicati alla voce "Servizio Monitor Salute", prevede le spese per visite specialistiche e per accertamenti diagnostici strettamente connessi alle patologie croniche da cui sono affetti gli aderenti.

LIMITE ANNUO: € 300 per persona.

PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE

Nei casi in cui la prestazione non sia prevista dal Piano, è comunque possibile avvalersi delle strutture convenzionate beneficiando delle tariffe riservate agli iscritti al Fondo FASG&P.

SERVIZI DI ASSISTENZA E CONSULENZA

COSA PREVEDE: il Piano garantisce una serie di servizi forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde indicato, tutti i giorni dell'anno h24: pareri medici immediati, informazioni sanitarie telefoniche, invio di un medico, invio di un infermiere o fisioterapista a domicilio, collaboratrice domestica, invio di medicinali a domicilio, rientro dal ricovero di primo soccorso, trasporto in autoambulanza, spesa a domicilio, parere medico.

SERVIZI SALUTE FRUIBILI TRAMITE APP SIALUTE UP (che gli iscritti possono offrire ai propri familiari non iscritti al Piano sanitario)

COSA PREVEDE: offre ad un familiare non iscritto diversi servizi per la protezione della salute fruibili tramite l'App SiSalute Up: visite, esami, teleconsulto, televisita, ecc.

PIANO PLUS

(solo per i lavoratori)

ALTA SPECIALIZZAZIONE

COSA PREVEDE: oltre alle prestazioni del Piano Base riconosce anche la pan colonscopia e l'esofagogastroduodenoscopia a scopo terapeutico ed operativo.

LIMITE ANNUO: € 6.000 per persona in aggiunta al limite annuo del Piano Base.

SCOPERTI: restano a carico dell'aderente € 25 per ogni accertamento o ciclo di terapia.

Per l'elenco dettagliato consulta la *Guida al Piano sanitario* su www.fasgep.it

PRESTAZIONI DI IMPLANTOLOGIA

LIMITE ANNUO PER L'APPLICAZIONE DI 4 O PIÙ IMPIANTI: € 500 in aggiunta al limite annuo del Piano Base.

LIMITE ANNUO PER L'APPLICAZIONE DI 3

IMPIANTI: € 500 in aggiunta al limite annuo del Piano Base.

NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/ PERMANENTE (per aderenti di età minima di 18 anni)

LIMITE MENSILE: € 500 per persona in aggiunta al limite previsto dal Piano Base.

PACCHETTO MATERNITÀ

COSA PREVEDE: oltre a quanto previsto dal Piano Base, copre le spese per test prenatali, supporto psicologico post parto, remesse in forme post parto, progetto formativo "primi mille giorni".

LIMITE ANNUO: € 300 per persona in aggiunta al limite annuo previsto dal Piano Base.

PREVENZIONE CARDIOLOGICA

COSA PREVEDE: prevede una visita cardiologica effettuata una volta l'anno in una struttura convenzionata.

COUNSELLING PSICOLOGICO

COSA PREVEDE: offre un servizio di Counseling Psicologico tramite Centro di Ascolto telefonico attivo H24.

LIMITE ANNUO: massimo di 5 telefonate. Illimitato per le donne che hanno subito violenza.

PRESTAZIONI PSICHIATRICHE E PSICOTERAPEUTICHE

COSA PREVEDE: prevede le prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche prescritte dal medico di base.

LIMITE ANNUO: € 300 per persona.

SCOPERTO: restano a carico dell'aderente € 10 per ogni seduta.

SINDROME METABOLICA

COSA PREVEDE: offre un servizio di consulenza sui corretti stili di vita in merito ad attività fisica ed alimentazione anche attraverso un regime dietetico personalizzato. Nel caso di sindrome metabolica "non conclamata" offre alcune prestazioni sanitarie.

L'elenco completo delle prestazioni è consultabile sulla *Guida al Piano sanitario* sul sito www.fasgep.it

PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

COSA PREVEDE: prevede le spese per prestazioni extraospedaliere finalizzate alla procreazione medico assistita omologa ed eterologa.

LIMITE ANNUO: € 1.000 per persona.



COME UTILIZZARE IL PIANO SANITARIO

COME UTILIZZARE IL PIANO SANITARIO

Per prima cosa, registrati su www.unisalute.it per utilizzare i comodi servizi online, disponibili anche sulla app UniSalute Up (scaricabile gratis sugli store online).

Clicca sul pulsante "Area Riservata" e poi su "Registrati adesso". Compila i dati richiesti e la tua anagrafica con tutte le informazioni di contatto e il codice IBAN. In questo modo, prenotare una visita o un esame presso le strutture sanitarie convenzionate UniSalute, o ottenere i rimborsi, sarà facile e veloce.

- **Come prenotare una visita o un esame, e tutte le prestazioni diverse dal Ricovero**

Utilizza l'app UniSalute Up o accedi alla tua Area Riservata su www.unisalute.it. Puoi chiedere a UniSalute di prenotare per te o puoi comunicare un appuntamento già preso presso una delle migliaia di strutture sanitarie convenzionate UniSalute. In alternativa contatta il numero verde gratuito dedicato al tuo Piano sanitario.

- **Come prenotare le prestazioni dell'Area Ricovero**

Contatta preventivamente il numero verde dedicato al tuo Piano sanitario (vd. Contatti).

- **Come chiedere il rimborso di una prestazione coperta dal Piano sanitario**

Chiedere il rimborso delle spese effettuate presso una struttura non convenzionata o presso il Servizio Sanitario Nazionale è semplice.

Basta fare una foto ai documenti di spesa e ad eventuali documenti medici, se richiesti, e inviarli a UniSalute attraverso l'app UniSalute Up o la tua Area Riservata su www.unisalute.it. È velocissimo e puoi seguire in tempo reale

la valutazione delle tue pratiche. In alternativa, puoi inviare il modulo di rimborso compilato, insieme a copia della documentazione medica e di spesa direttamente a: UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - Via Larga, 8 - 40138 Bologna BO.

QUANDO EFFETTUARE LA REGISTRAZIONE ALL'AREA RISERVATA UNISALUTE (WEB E APP)

Periodo di copertura	Registrazione dal
1 gennaio – 31 marzo	1 aprile
1 aprile – 30 giugno	1 luglio
1 luglio – 30 settembre	1 ottobre
1 ottobre – 31 dicembre	1 gennaio

Puoi scegliere di registrarti sul sito oppure sull'app: una volta completata la registrazione, le tue credenziali saranno valide su entrambi i canali.

CONTATTI FASG&P

Foro Buonaparte, 59
20121, Milano
info@fasgep.it
Tel. 02 45377180
www.fasgep.it

CONTATTI UNISALUTE

Numero Verde 800-016637
(dall'estero: +39 051.63.89.046)
8.30 – 19.30 dal lunedì al venerdì
www.unisalute.it



Foro Buonaparte, 59
20121, Milano
info@fasgep.it
Tel. 02 45377180

www.fasgep.it

**PER PRENOTARE LE PRESTAZIONI, CHIEDERE UN RIMBORSO,
UTILIZZARE IL PIANO SANITARIO, OTTENERE MAGGIORI
INFORMAZIONI:**

- Accedi alla tua Area Riservata su www.unisalute.it
- Scarica l'app **UniSalute Up** gratuitamente da [App Store](#) e [Play Store](#)
- Contatta il **Numero Verde**



 **800 016637**

(dall'estero: +39 051.63.89.046)
8.30 – 19.30 dal lunedì al venerdì

