



Fondo FasG&P

Funzionamento e servizi

1° trimestre 2025

A chi si rivolgono gli iscritti e le aziende

Fondo Sanitario FasG&P

Disponibile per contatti con lavoratori e aziende iscritte per:

- Segnalazione problemi su servizi del gestore assicurativo e contribuzione.
- Aggiornamento iscritti, familiari e piani sanitari e gestione contributi.

Sito internet: www.fasgep.it

Telefono: 02.453.77.180

Mail: info@fasgep.it

UniSalute

Disponibile per contatti con i lavoratori iscritti e in copertura per:

- Assistenza, informazioni, prenotazione delle prestazioni.

Accesso all'area riservata www.unisalute.it

Oppure

- App Unisalute



Oppure

- Numero verde



Registrazione al sito/app:

- Tramite il codice fiscale
- Dal primo giorno del trimestre successivo alla registrazione (nuovi lavoratori assunti nel 1° trimestre, registrati entro il 31 marzo, in copertura dal 1° luglio).

Nell'Area Riservata sul sito **www.unisalute.it** è possibile:

- ✓ **prenotare visite ed esami** presso le strutture sanitarie convenzionate.
- ✓ **chiedere il rimborso** delle spese per le prestazioni.
- ✓ **consultare l'estratto conto** per verificare lo stato di lavorazione delle richieste di rimborso.
- ✓ **visualizzare l'agenda** con i prossimi appuntamenti per visite ed esami, modificarli o disdirli
- ✓ **consultare le prestazioni** del proprio piano sanitario e l'elenco delle strutture sanitarie convenzionate.

I PIANI SANITARI

PER TUTTI I LAVORATORI

Piano Base

14€ al mese a carico dell'azienda

integrabili su base volontaria

A SCELTA
PER IL LAVORATORE

Piano PLUS

7€ al mese a carico del lavoratore

A SCELTA
PER LA FAMIGLIA
UN SOLO FAMILIARE

Nucleo 1

15€ al mese a carico del lavoratore

in alternativa

A SCELTA
PER LA FAMIGLIA
DA DUE FAMILIARI IN SU

Nucleo 2

22€ mese a carico del lavoratore

I PIANI SANITARI – FAMILIARI ASSICURABILI

- **Coniuge o convivente** da almeno 1 anno (coppie di fatto)
- **Figli** conviventi e non conviventi (*)

(*) fino a 26 anni con reddito non superiore alla soglia annualmente prevista per i figli a carico (€4000 fino a 24 anni, €2840,51 oltre).

Il lavoratore può inoltre assicurare gratuitamente il figlio/la figlia con invalidità superiore al 66%, senza limiti di età (se minorenni è sufficiente il riconoscimento della 104 per il genitore iscritto).

Per i figli affetti da autismo, dislessia o sindrome di down esclusivamente è estesa gratuitamente la garanzia “Riabilitazione a seguito di autismo, dislessia o sindrome di down (valevole per i ragazzi fino a 19 anni)”, con o senza inclusione del figlio nel Nucleo assicurato.

[Scrivere a info@fasgep.it per informazioni.](mailto:info@fasgep.it)

VARIAZIONE PIANI

I lavoratori con **Piano Base** possono attivare il **Piano Plus** entro la finestra successiva (prossima 31/3): il piano può essere revocato entro il 30/9 per l'anno successivo.

I lavoratori iscritti possono aggiungere anche il **nucleo familiare (Nucleo 1 e Nucleo 2)** in due finestre annuali:

- 31/3 con garanzia assicurativa dal luglio successivo;
- 30/9 con garanzia assicurativa dal gennaio successivo

L'inserimento dei nuclei familiari può essere revocato, entro il 30/09 per l'anno successivo.

Attenzione

Il lavoratore assunto (o che termina il periodo di prova) dopo la fine di ciascun trimestre entra nella lista prevista per la finestra successiva: ad es. il lavoratore che termina il periodo di prova nel primo trimestre entra nella finestra del 31/3 e ha la copertura a partire da luglio.

Il lavoratore che cessa durante il trimestre ha la copertura assicurativa anche per il trimestre successivo.



**PIANO
SANITARIO
BASE**

RIMBORSO DEI TICKET PER ALTA SPECIALIAZZAZIONE, VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI

**Massimale annuo
€ 1.000 per Persona**

Nel caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, per le prestazioni previste ai punti “Alta specializzazione”, “Visite specialistiche”, “Accertamenti”, “Trattamenti fisioterapici riabilitativi”, il Piano sanitario, **rimborsa integralmente i tickets sanitari rimasti a carico dell’Iscritto.**

Si intendono compresi anche i ticket emessi dal Pronto Soccorso e di garanzie non previste dal Piano Sanitario (con l’esclusione dei farmaci).

Da inviare: Ricevuta di pagamento + Prenotazione (foto o fotocopia; in caso di prenotazione via CUP scaricare pdf dal Fascicolo sanitario)

PROCEDURA PER PRESTAZIONI: Accertamenti diagnostici, alta specializzazione, visite specialistiche

L'iscritto che dispone della prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia

1. Prenota la prestazione

- ✓ tramite Unisalute (via call center, sito internet o app) e attende la conferma della prenotazione, oppure
- ✓ direttamente presso la struttura convenzionata (in tale caso accertarsi che sia in atto un convenzionamento con FasG&P Unisalute) comunicando la prenotazione a Unisalute (via call center, sito internet o app).

2. Attende l'autorizzazione (via mail) con la conferma del pagamento diretto da Unisalute (salvo franchigia): tempi previsti 2/3 giorni; per velocizzare i tempi chiamare il call center.

Se non c'è un centro convenzionato entro 20 km dalla residenza: l'iscritto **chiama il call center per farsi autorizzare l'accesso** a un centro comunque nella provincia di residenza **e riceve un codice che verrà riportato nella richiesta di rimborso**. Anticipa il costo della prestazione al centro e richiede il rimborso al netto della franchigia.

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

**Massimale annuo
€ 300 per Persona**

Il Piano sanitario copre le spese per accertamenti diagnostici (sono **esclusi gli accertamenti** odontoiatrici e ortodontici).

Per l'attivazione della copertura è richiesta la **prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia.**

MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

- **Strutture convenzionate e medici convenzionati con UniSalute:** Le spese sono liquidate direttamente alle strutture da UniSalute con una franchigia di **€ 25** per ogni accertamento.
- **Strutture e medici non convenzionati con UniSalute (in caso di mancanza di strutture convenzionate nel raggio di 20Km dal domicilio/residenza dell'iscritto):** le spese sono rimborsate con una franchigia di **€ 25** per ogni accertamento.

ALTA SPECIALIZZAZIONE

**Massimale annuo
€ 4.000 per Persona**

Il Piano sanitario copre le spese per esami di alta diagnostica.
È necessaria la prescrizione medica. Alcuni esempi:

Alta diagnostica radiologica

Angiografia, Artrografia,
Broncografia, Colangiografia,
Colecistografia, Flebografia,
Isterosalpingografia, RX esofago,
stomaco, tenue e colon, Urografia

Accertamenti

Ecocardiografia, Elettromiografia,
Elettroencefalogramma, Mammografia
anche Digitale, PET, Risonanza
magnetica nucleare (RMN), Scintigrafia,
Tomografia assiale computerizzata (TAC)

Terapie

Chemioterapia,
Cobaltoterapia,
Dialisi,
Radioterapia

MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

- **Strutture convenzionate e medici convenzionati con UniSalute:** le spese sono liquidate direttamente alle strutture da UniSalute con una franchigia di € 25 per ogni accertamento.
- **Strutture e medici non convenzionati con UniSalute (in caso di mancanza di strutture convenzionate nel raggio di 20Km dal domicilio/residenza dell'iscritto):** le spese sono rimborsate con una franchigia di € 25 per ogni accertamento.

VISITE SPECIALISTICHE

**Massimale annuo
€ 500 per Persona**

Il Piano sanitario copre le spese per visite specialistiche.

Sono **escluse** le visite e gli accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

È **inclusa** una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia. Per l'attivazione della copertura è richiesta la **prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia**.

MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

- **Strutture convenzionate e medici convenzionati con UniSalute:** le spese sono liquidate direttamente alle strutture da UniSalute con una franchigia di **€ 25** per ogni accertamento.
- **Strutture e medici non convenzionati con UniSalute (in caso di mancanza di strutture convenzionate nel raggio di 20Km dal domicilio/residenza dell'iscritto):** le spese sono rimborsate con una franchigia di **€ 25** per ogni accertamento.

PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI PREVENZIONE

Il Piano sanitario copre le spese per le seguenti prestazioni da effettuare **una volta all'anno in un'unica soluzione presso le strutture sanitarie convenzionate con UniSalute**, indicate dalla Centrale Operativa all'atto della prenotazione.

PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

Prestazioni previste, per gli uomini e per le donne, una volta l'anno:

Alanina aminotransferasi ALT, Aspartato Aminotransferasi AST, colesterolo HDL, colesterolo totale, creatinina, esame emocromocitometrico e morfologico completo, gamma GT glicemia, trigliceridi, tempo di tromboplastina parziale (PTT), tempo di protrombina (PT), urea, VES, Urine: esame chimico, fisico e microscopico, Elettrocardiogramma di base.

PREVENZIONE ONCOLOGICA

In aggiunta alla "Prevenzione Cardiovascolare", sono previste anche le seguenti prestazioni una volta l'anno

Per gli uomini:

- Psa

Per le donne:

- mammografia + Pap test

Sia per gli uomini che per le donne:

- feci: ricerca del sangue occulto
- ecotomografia addome superiore e inferiore (4/5 organi)

AREA RICOVERO

Massimale annuo indicato per ogni
singolo intervento in specifico elenco

Spese rimborsabili

- Pre e post ricovero (-90/+90 giorni dall'intervento)
- Intervento chirurgico (onorari equipe, diritti di sala e materiale di intervento)
- Assistenza, medicinali e cure durante il ricovero
- Accompagnatore
- Rette di degenza
- Massimale specifico per neonati

MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

- **Strutture convenzionate e medici convenzionati con UniSalute:** le spese sono liquidate **direttamente e integralmente** alle strutture da UniSalute all'interno di ogni massimale previsto per ogni singolo intervento, ad eccezione delle prestazioni «Prericovero», «Neonati», ecc. che prevedono specifici limiti.
- **Strutture e medici non convenzionati con UniSalute (se in provincia non coperta dalla rete UniSalute):** Tale modalità è prevista solo nel caso di mancanza di strutture convenzionate con Unisalute nel raggio di 20 km dal domicilio/residenza dell'Isritto. Il rimborso in questo caso avverrà con la stessa modalità delle Strutture convenzionate.
- **Servizio Sanitario Nazionale:** Viene applicata l'Indennità Sostitutiva. Il Piano sanitario prevede il **rimborso integrale delle eventuali spese per trattamento alberghiero o per i ticket sanitari rimasti a carico dell'Assicurato durante il ricovero;** in questo caso, non potrà beneficiare dell'indennità sostitutiva.

RICOVERO PER INTERVENTO CHIRURGICO PRESENTI NELL'ELENCO

INDENNITÀ SOSTITUTIVA - Se non viene richiesto alcun rimborso ad Unisalute, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, indennità di € 145,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 10 gg per evento.

DIARIA DA CONVALESCENZA PER RICOVERO CON INTERVENTO CHIRURGICO - Diaria da convalescenza di € 50,00 al giorno per un massimo di 10 giorni per anno assicurativo e per nucleo familiare (se presenti in cartella clinica o lettera di dimissioni).

RICOVERO MEDICO SENZA INTERVENTO E PER INTERVENTO CHIRURGICO DIVERSO DA QUELLI IN ELENCO

INDENNITÀ SOSTITUTIVA - In caso di ricovero in istituto di cura (pubblica o privata), avrà diritto a un'indennità di €. 50,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 30 giorni per ogni ricovero. L'indennità verrà erogata a partire dal 6° giorno di ricovero.

La presente indennità giornaliera si intende erogabile anche in caso di parto naturale o cesareo oppure in caso di aborto terapeutico o spontaneo.

**INDENNITÀ SOSTITUTIVA,
DIARIA DA CONVALESCENZA
E INDENNITÀ GIORNALIERA**

**È NECESSARIO FORNIRE
LA CARTELLA CLINICA**

**Massimale annuo
€ 10,000,00 per
Nucleo Familiare**

CURE ONCOLOGICHE

Massimale annuo
€ 5.000 per Nucleo
Familiare

Il Piano rimborsa le spese per chemioterapia e terapie radianti (se effettuate in regime di ricovero o day hospital o in regime extraricovero). Sono compresi anche le visite, gli accertamenti diagnostici e le terapie farmacologiche.

MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

- **Strutture convenzionate e medici convenzionati con UniSalute:** le spese sono liquidate direttamente alle strutture da UniSalute senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia.
- **Strutture e medici non convenzionati con UniSalute:** le spese sono rimborsate nella misura dell'80%.
- **Servizio Sanitario Nazionale:** rimborso integrale dei ticket sanitari.

**LENTI
E
OCCHIALI**

**Massimale annuo
€ 75,00 per Nucleo Familiare**

Il Piano sanitario **rimborsa** all'Isritto le spese sostenute per lenti correttive di occhiali o a contatto. Per l'attivazione della copertura è necessaria la prescrizione del medico oculista, o una certificazione dell'ottico optometrista, attestante la **variazione del visus**.

In caso di acquisto di occhiali la relativa fattura dovrà riportare distintamente l'importo delle lenti e quello della montatura.

**ODONTOIATRIA
ORTODONZIA**

Massimale annuo
Solo DIPENDENTE € 250,00
NUCLEO 1 € 300,00
NUCLEO 2 € 350,00

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per l'acquisto e per l'applicazione di protesi dentarie, per prestazioni ortodontiche e per cure odontoiatriche e **terapie conservative**.

Rientrano in garanzia visite odontoiatriche e/o sedute di igiene orale anche non propedeutiche alle cure o alle terapie stesse, nonché all'applicazione delle protesi o alle prestazioni ortodontiche.

MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

- **Strutture convenzionate e medici convenzionati con UniSalute:** le spese sono liquidate direttamente alle strutture da UniSalute con l'applicazione di uno scoperto del 20%.
- **Strutture e medici non convenzionati con UniSalute (in caso di mancanza di strutture convenzionate nel raggio di 20Km dal domicilio/residenza dell'iscritto):** le spese sono rimborsate nella misura dell'80%.
- **Servizio Sanitario Nazionale:** rimborso integrale dei ticket sanitari.

INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI

Il Piano sanitario liquida le spese sostenute per: Osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso del cavo orale; neoplasie ossee della mandibola o della mascella; cisti radicolari; cisti follicolari; adamantinoma; odontoma; asportazione di cisti mascellari; asportazione di epulide con resezione del bordo; intervento per iperostosi, osteomi (toro – palatino, toro mandibolare ecc.); ricostruzione del fornice (per emiarcata); ricostruzione del fornice con innesto dermoepidermico; rizotomia e rizectomia; accesso dentario da strumento endodontico endocanalare.

Necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

**Massimale annuo
€ 3.000,00 per
Nucleo Familiare**

CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

Il Piano sanitario liquida all'Isritto le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche, a seguito di infortunio con le modalità sottoindicate.

Necessarie:

- radiografie e referti radiologici
- referto di Pronto Soccorso con specifica indicazione del trauma e dell'evidenza obiettiva dello stesso, allegando eventuali consulenze specialistiche ed esami strumentali.

**Massimale annuo
€ 1.000,00 per
Nucleo Familiare**

MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI - come slide precedente

IMPLANTOLOGIA

APPLICAZIONE DI 4 O PIU' IMPIANTI

Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio relativi ai 4 o più impianti.

APPLICAZIONE DI 3 IMPIANTI

Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio relativi ai 3 impianti.

DOCUMENTAZIONE NECESSARIA:

Immagini radiografiche
pre e post impianto

Massimale annuo
€ 3.000,00 per persona



Sotto-Massimale
annuo
€ 1.500,00 per persona

MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

- **Strutture convenzionate e medici convenzionati con UniSalute:** le spese sono liquidate direttamente alle strutture da UniSalute senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia. Qualora il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il massimale sopra indicato, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Assicurato alla struttura convenzionata.

ALTRO

**TRATTAMENTI FISIOTERAPICI
RIABILITATIVI**

**Massimale annuo
€ 100 per Persona**

**TRATTAMENTI FISIOTERAPICI
RIABILITATIVI CONSEGUENTI A
PATOLOGIE PARTICOLARI**

**Massimale annuo
€ 200 per Persona**

**PACCHETTO
MATERNITÀ**

**Massimale annuo
€ 300 per Persona**

**PROTESI ORTOPEDICHE
E ACUSTICHE**

**Massimale annuo
€ 2.000 per Persona**

**CURE
TERMALI**

**Massimale annuo
€ 500 per Persona**

**SPESE DI VIAGGIO E
PERNOTTAMENTO dei genitori in caso
di malattia genetica**

**Massimale annuo
€ 3.000 per Nucleo**



STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE

In caso di non autosufficienza, il Piano sanitario **garantisce il rimborso di spese sanitarie o l'erogazione di servizi di assistenza** per un valore corrispondente alla somma mensile a disposizione dell'Assicurato, sempre che sia comprovata la sopravvenuta non autosufficienza dell'Assicurato.

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Isritto il cui stato clinico venga giudicato consolidato e che si trovi nell'impossibilità fisica totale e permanente di poter effettuare da solo parte degli atti elementari di vita quotidiana:

- Lavarsi
- Vestirsi e svestirsi
- Andare al bagno e usarlo
- Spostarsi
- Continenza
- Nutrirsi

Somma mensile a disposizione
€ 300 per max 12 mesi

STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEA

In caso di non autosufficienza temporanea, il Piano sanitario **garantisce il rimborso di spese sanitarie o l'erogazione di servizi di assistenza** per un valore corrispondente alla somma mensile a disposizione dell'Assicurato.

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Assicurato il cui stato di salute non venga giudicato "consolidato" e che si trovi temporaneamente nell'impossibilità fisica di poter effettuare da solo almeno tre dei quattro atti ordinari della vita:

- **lavarsi**
- **nutrirsi**
- **spostarsi**
- **vestirsi**

e necessiti temporaneamente ma in modo costante:

- **o dell'assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio;**
o di sorveglianza medica/infermieristica prestata in regime di ricovero.

**Somma mensile a
disposizione
€ 300 per max 12 mesi**

GRAVE INABILITA' DETERMINATA DA INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO SUL LAVORO O DA GRAVI PATOLOGIE O EVENTI (garanzia valida solo per il dipendente)

Il Piano sanitario rimborsa le spese sanitarie e/o l'erogazione di servizi di assistenza in caso 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 una delle seguenti gravi patologie o eventi:

1. Ictus;
2. Sclerosi Multipla;
3. Paralisi;
4. Trapianto cuore, fegato, polmone, rene, midollo sp. o pancreas;
5. Fibrosi cistica;
6. Ischemia arterie vertebrali.

**Massimale fruibile nel corso
dei 2 anni - € 7.000,00**



**PIANO
SANITARIO
PLUS**

ALTASPECIALIZZAZIONE

Massimale annuo € 6.000 per Persona
Aggiuntivo rispetto al Piano Base (€ 4.000+€ 6.000)

PRESTAZIONI DI IMPLANTOLOGIA

Massimale annuo € 500 per Persona
Aggiuntivo rispetto al Piano Base (€ 3.000+€ 500)

STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA

Massimale annuo € 500 per Persona
Aggiuntivo rispetto al Piano Base (€ 500+€ 300)

PACCHETTO MATERNITÀ

Massimale annuo € 300 per Persona
Aggiuntivo rispetto al Piano Base (€ 300+€ 300)

PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI (PREVENZIONE)

Visita cardiologica + ECG effettuata una volta l'anno
in centri convenzionati con Unisalute

CURE PSICHIATRICHE E PSICOTERAPEUTICHE

Massimale annuo € 300,00 per Persona

PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

Massimale annuo
€ 1.000,00 per Persona

Attenzione

Questa presentazione ha come scopo un riepilogo generale del funzionamento del Fondo.

Per un utilizzo specifico delle garanzie ti invitiamo a consultare la **Guida FasG&P** disponibile sul sito www.fasgep.it alla pagina **‘Documenti e presentazioni’ / ‘Materiale informativo’**.