



CADIPROF

Cassa di Assistenza Sanitaria Integrativa
per i Lavoratori degli Studi Professionali



Luca De Gregorio
Firenze, 13 aprile 2019

FONTE ISTITUTIVA

Contratto Collettivo Nazionale di
Lavoro degli Studi Professionali

Articoli 13 e 16

Assistenza Sanitaria Supplementare



LE PARTI SOCIALI

ASSOCIAZIONI DATORIALI

CONFPROFESSIONI

ASSOCIAZIONI SINDACALI

FILCAMS-CGIL FISASCAT-CISL UILTUCS-UIL



TARGET DI RIFERIMENTO

Lavoratori di studi professionali operanti nelle aree della sfera di applicazione contrattuale

Area Economico Amministrativa

Dottori Commercialisti – Esperti Contabili – Consulenti del lavoro – Revisori

Area Medico Sanitaria

Medici generici e specialisti – Odontoiatri – Veterinari – Psicologi

Area Giuridica

Notai – Avvocati

Area Tecnica

Ingegneri – Architetti – Geometri – Periti tecnici – Geologi – Agronomi e forestali

Altre attività professionali intellettuali

Attività non rientranti nelle precedenti, con o senza albo



CONTRIBUZIONE

Lavoratori dipendenti assunti con qualsiasi tipologia di contratto (PT FT TI TD)

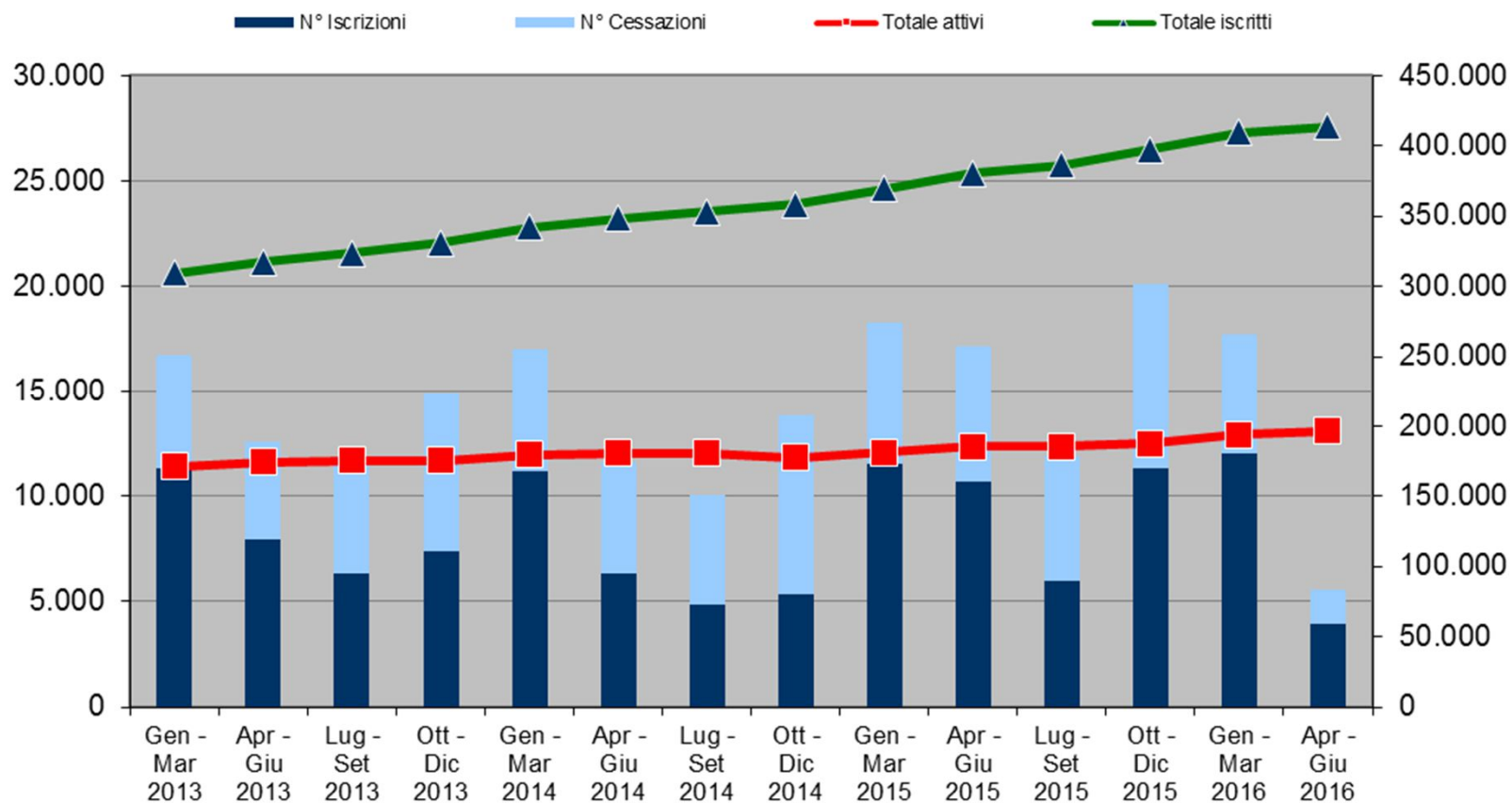
Obbligo di iscrizione e versamento a carico del Datore di Lavoro

24,00 euro Una Tantum

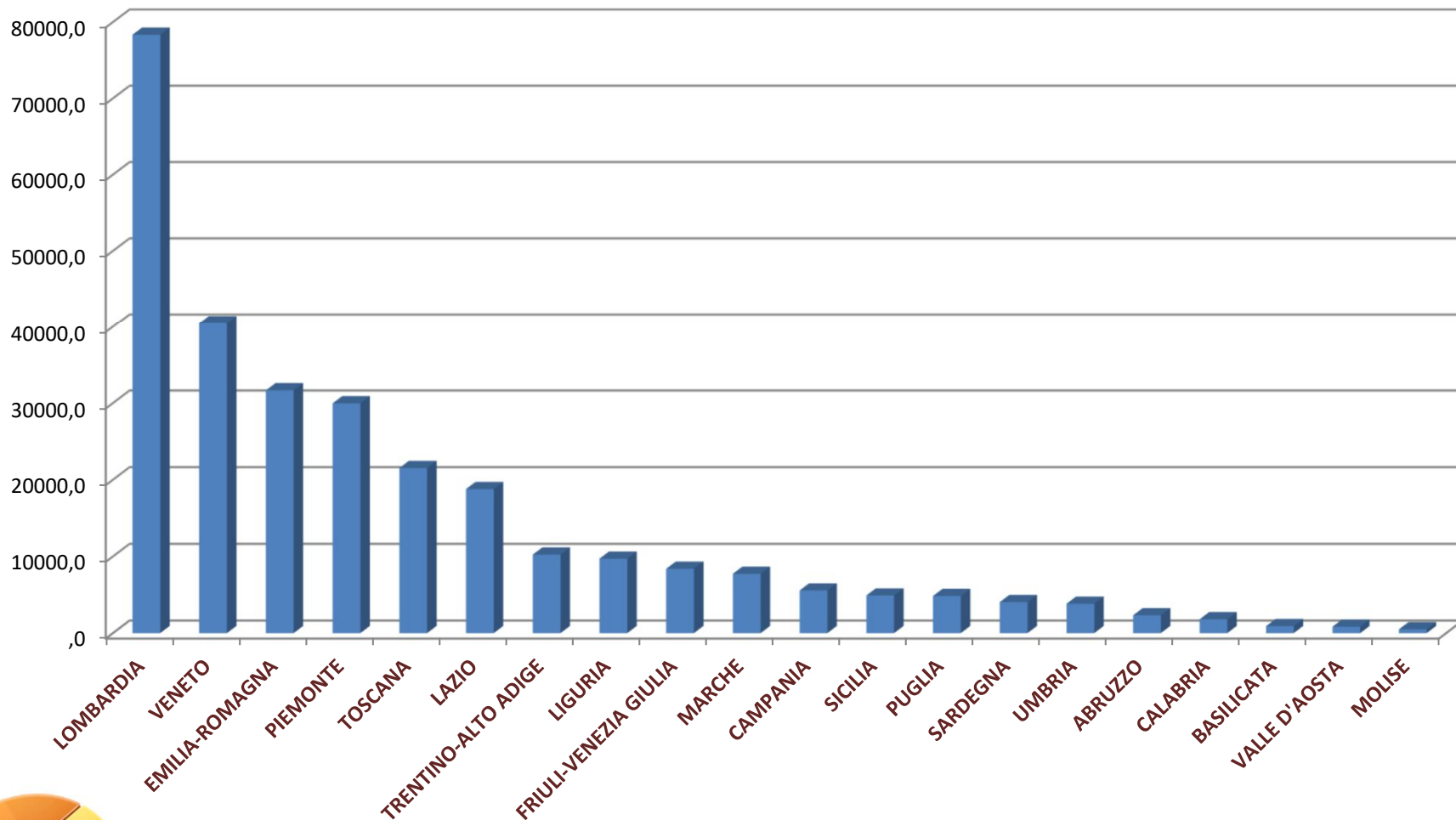
15,00 euro/mese per 12 mensilità dal mese di iscrizione e fino al mese di cessazione del rapporto lavorativo



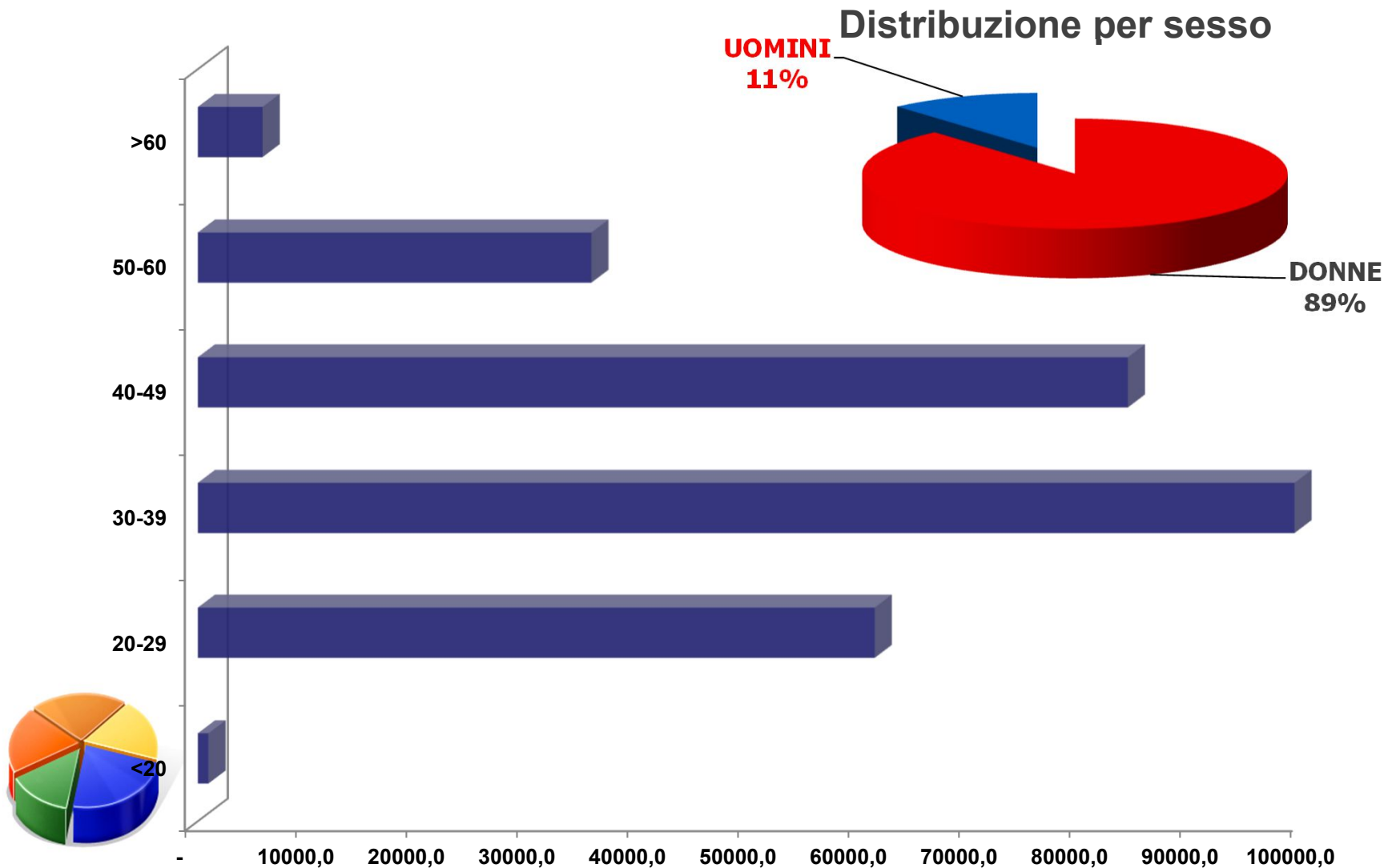
ANDAMENTO ISCRIZIONI



RESIDENZA ASSISTITI



ASPETTI DEMOGRAFICI



DECORRENZA PRESTAZIONI

Per Dipendenti, Collaboratori e
Tirocinanti:

DAL 1° GIORNO DEL 4° MESE
SUCCESSIVO ALL'ISCRIZIONE



IL PIANO SANITARIO



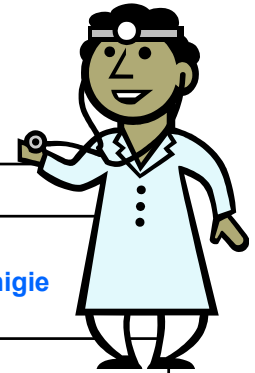
RICOVERO

PER INTERVENTO CHIRURGICO (Anche DAY SURGERY)	
Massimale annuo	€ 100.000
Indennità sostitutiva	€ 80 (€ 100 dal 16° giorno)
Struttura sanitaria privata convenzionata	Pagamento diretto senza scoperti e franchigie
Struttura sanitaria privata non convenzionata	Nelle province in cui non sono presenti strutture sanitarie convenzionate max annuo € 6.000 e franchigia di € 2.000
Servizio Sanitario Nazionale	Rimborso integrale Ticket
PER MALATTIA SENZA INTERVENTO CHIRURGICO	
Diaria Giornaliera	€ 50 (dal 4° giorno in poi per max 20gg)
RICOVERO DIURNO (DAY HOSPITAL) per malattia o infortunio, con/senza intervento chirurgico	
Massimale annuo	€ 1.000

GRAVIDANZA

Massimale annuo	€ 1.000 a rimborso delle spese documentate
-----------------	--

IL PIANO SANITARIO



INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE

Massimale annuo	€ 500
Struttura san. privata convenzionata	Pagamento diretto senza scoperti e/o franchigie
SSN	Rimborso integrale Ticket

Diagnostica Strumentale (TAC, RMN, RX, ecc.)

Massimale annuo	€ 8.000
Struttura sanitaria privata convenzionata	€ 30 restano a carico dell'iscritto
Struttura sanitaria privata non convenzionata	Rimborso per le spese oltre € 50, per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia

Ticket per Visite, esami diagnostici e ambulatoriali nel SSN

Massimale annuo	€ 250
Servizio Sanitario Nazionale	Rimborso all'80% dell'importo del Ticket

IL PIANO SANITARIO



VISITE SPECIALISTICHE

Massimale annuo	€ 1.000
Struttura sanitaria privata convenzionata	In garanzia tutte le visite specialistiche (escluse le odontoiatriche) € 25 restano a carico dell'iscritto
Struttura sanitaria privata non convenzionata	Rimborso delle visite specialistiche (escluse le odontoiatriche) per la quota di spesa che eccede € 60

PREVENZIONE

Programmi di prevenzione cardiovascolare, oncologica e odontoiatrica	
--	--

TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI DA INFORTUNIO E MALATTIA

Massimale annuo	€ 750 per fisio post infortunio € 250 per fisio post malattia
Struttura sanitaria privata convenzionata	In garanzia senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto
Struttura sanitaria privata non convenzionata	Rimborso per le spese oltre € 60,00
SSN	Rimborso integrale Ticket

Prevenzione

Cardiovascolare e Oncologica

solo su prenotazione nelle strutture convenzionate

Esami EMATOCHIMICI generali

prelievo venoso

ALT

AST

gamma GT

glicemia

colesterolo totale

trigliceridi

urea e azoto ureico

creatinina

emocromo

tempo di tromboplastina parziale (PTT)

tempo di protrombina (PT)

VES

esame urine

PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

Elettrocardiogramma (ECG)

Azotemia

HDL

LDL

Dosaggio omocisteina

PREVENZIONE ONCOLOGICA

Prestazioni previste una volta ogni due anni per le donne con età pari o superiore a quella specificatamente indicata:

Pap Test e visita specialistica ginecologica (donne con età pari o superiore a 29 anni)

Ecografia mammaria (donne con età pari o superiore a 29 anni)

Mammografia (donne con età pari o superiore a 40 anni)

Prestazioni previste una volta ogni due anni per gli uomini con età pari o superiore a 45 anni

PSA (specifico antigene prostatico)

Ricerca del sangue occulto nelle feci su tre campioni



Prestazioni Odontoiatriche nel Piano Sanitario

Igiene orale e paradontologia

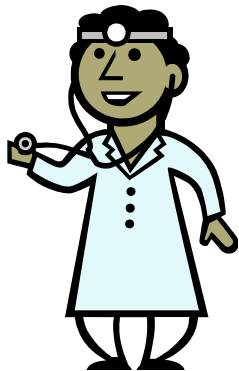
visita dentistica (inclusa motivazione all'igiene orale) e
ablazione tartaro;
levigatura delle radici a cielo chiuso;

Cure conservative

otturazione (una o più superfici);
ricostruzione;
endodonzia (devitalizzazione uno o più canali);

Chirurgia orale

estrazione (uno o più elementi);
incisione di ascesso.



Rimborso
€ 120,00 anno

LA RICHIESTA DI PRESTAZIONI del Piano Sanitario

IN STRUTTURE PRIVATE E PUBBLICHE

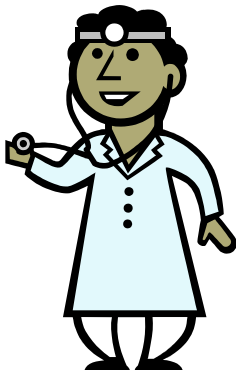
CONVENZIONATE

oltre 2500 elenco sul sito www.cadiprof.it

IN STRUTTURE PRIVATE E PUBBLICHE

NON CONVENZIONATE

libera scelta dell'iscritto



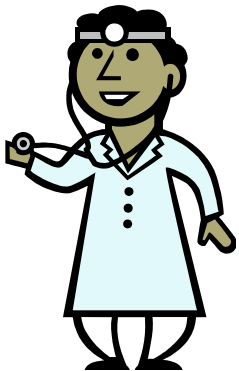
IN STRUTTURE CONVENZIONATE

Prenotazioni obbligatorie tramite

Centrale Operativa UniSalute

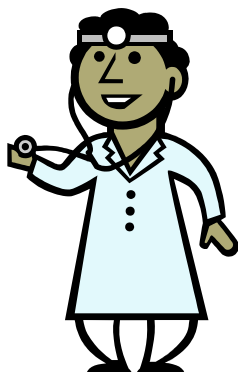
Numero Verde 800 016635

Sito Internet www.unisalute.it



IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE

Richiesta di
RIMBORSO
tramite l'apposito
modulo



PIANO SANITARIO MODULO PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO

MOD. PS15



AFFINCHÉ CADIPROF E UNISALUTE S.p.A. POSSANO VISIONARE LA DOCUMENTAZIONE ALLEGATA È NECESSARIO SOTTOSCRIVERE IL MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI RIPORTATO DI SEGUITO

Consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili

Preso atto dell'informativa, ai sensi dell'art. 23 del D. Lgs. n. 196/03, Codice in materia di protezione dei dati personali

ACCONSENSO

- al trattamento dei dati personali, anche sensibili, che mi riguardano, funzionale all'esercizio dell'attività assistenziale complementare;
- alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicate al punto 5 della predetta informativa, che li possono sottoporre a trattamenti aventi le finalità ivi indicate o obbligatorie per legge.

Resta inteso che il mio consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Data _____

Nome e cognome
(leggibile)

Firma del richiedente

ASSISTITO: Cognome _____ Nome _____

nato/a il ____ / ____ / ____ a _____ Prov. _____ Stato estero _____

Residente in _____ CAP _____ Comune _____ Prov. _____

Cod. Fiscale _____ tel. _____ e-mail _____

Documentazione allegata

A. Ricovero per Grandi Interventi

- Copia della cartella clinica completa ed eventuali prescrizioni mediche
- Copia delle fatture e/o ricevute fiscali e/o ticket

Prestazioni pre e post ricovero

- Prescrizioni mediche con indicazione patologia
- Copia delle fatture e/o ricevute fiscali e/o ticket

B. Ricovero per Grandi Interventi: richiesta indennità sostitutiva

- Copia della cartella clinica completa

C. Diaria giornaliera per ricovero medico (senza intervento chirurgico)

- Copia della cartella clinica completa

D. Accertamenti diagnostici, Visite e Trattamenti Fisioterapici

- Copia delle prescrizioni mediche con indicazione patologia
- Copia delle fatture e/o ricevute fiscali e/o ticket SSN

E. Gravidanza

- Copia delle fatture e/o ricevute fiscali e/o ticket

F. Odontoiatria

- Copia delle fatture e/o ricevute con indicazione delle prestazioni effettuate

Altre polizze malattia/infortuni possedute: SI NO Compagnia _____

Allego copia delle seguenti fatture

Numero _____ del _____ Importo € _____
Numero _____ del _____ Importo € _____
Numero _____ del _____ Importo € _____
Numero _____ del _____ Importo € _____
Numero _____ del _____ Importo € _____

Notifico le mie coordinate bancarie

IBAN: _____

Dichiaro sotto la mia responsabilità che la presente richiesta viene effettuata in qualità di iscritto/a alla CADIPROF, in forza presso:

Datore di lavoro _____ Cod. Fiscale (Datore di lavoro) _____

Data _____ Firma del richiedente _____

INVIARE IL MODULO E LA DOCUMENTAZIONE ALLEGATA A:

Centrale Operativa CADIPROF c/o UNISALUTE S.p.A. Rimborsi Clienti, CMP BO Via Zanardi 30 - 40131 Bologna (BO)

CASSA DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA PER I LAVORATORI DEGLI STUDI PROFESSIONALI

fotocopiable per più utilizzi



“PACCHETTO FAMIGLIA”



*Piano degli interventi socio - sanitari
a supporto della maternità e del lavoro*

GLI OBIETTIVI DEL PIANO

operativo dal 1 settembre 2009

SUPPORTO ALLA FAMIGLIA E ALLA MATERNITA'

Per gli oltre 2.500 nuovi nati all'anno

Per circa 6.000 bambini potenziali fruitori di asilo nido

Per i familiari non autosufficienti con necessità di assistenza specifica

Per i casi di grave evento sanitario

SUPPORTO ALL'ATTIVITA' LAVORATIVA

Per agevolare la conciliazione tempi di vita - tempi di lavoro

Per fidelizzare il rapporto di lavoro



ASSISTENZA PEDIATRICA

per ciascun figlio nel 1° anno di età

Rimborso spese per visite mediche, analisi, prodotti farmaceutici e presidi sanitari
(inclusi latte artificiale, pannolini e omogeneizzati)

Massimale erogabile
€ 250



ASSISTENZA PEDIATRICA «Aggiuntiva»

per ciascun figlio nel 2° e 3° anno di età

Rimborso spese per visite mediche, analisi, ticket e prodotti farmaceutici

Massimale erogabile
€ 250



CONTRIBUTO PER ASILO NIDO

in collaborazione con EBIPRO

per ciascun figlio entro il 4° anno di età

Rimborso del 20% delle rette pagate per la frequenza ad
asilo nido pubblico e/o privato
per due annualità di frequenza

Massimale erogabile
€ 600/annualità

elevato ad € 800,00/annualità in caso di bambini portatori di handicap
(Legge 104/92 art. 3)



Procreazione Medicalmente Assistita PMA

Rimborso delle spese per trattamenti farmacologici e prestazioni medico chirurgiche

Massimale erogabile
€ 1.200 per ciascun tentativo
(max 3 tentativi)



PATERNITÀ

Rimborso delle spese sostenute
per la gravidanza della coniuge
(visite specialistiche, ecografie, analisi,
amniocentesi, DNA fetale)

Massimale erogabile
€ 1.000 per anno ed evento



ASSEGNO DI CURA PER FAMILIARI NON AUTOSUFFICIENTI

per ciascun familiare (figlio, fratello, genitore)

non autosufficiente

(rif. Legge 104/92 art. 3 comma 3)

Erogazione di “assegno di cura” a ristoro delle
spese di assistenza specifica sostenute

Massimale rimborsabile

€ 1.200,00

per ciascun anno di copertura del dipendente



GRAVI EVENTI

PER CIASCUN DIPENDENTE ...

Rimborso delle spese sostenute a causa di un GRAVE EVENTO

(es. gravi cerebrovasculopatie invalidanti, patologie neurologiche degenerative con grave invalidità, patologie cardiorespiratorie gravi con elevata insufficienza funzionale, gravi e/o rare forme neoplastiche, ecc.).

...E PER I FIGLI FINO AL 12° ANNO DI ETÀ'

(es. neoplasie, malformazioni, cardiopatie, gravi traumi, ecc.)

Massimale rimborsabile

€ 30.000 per evento

che abbia comportato spese superiori a € 5.000



RIMBORSO VACCINAZIONI

Progetto sperimentale

1 gennaio 2018 / 31 dicembre 2019

Rimborso del 50% costo vaccini
per l'iscritto e il suo nucleo familiare

(anti meningococco, anti pneumococco, influenza, ecc.)

Massimale rimborsabile

€ 250 per anno

€ 100 per l'iscritto

€ 150 per il nucleo familiare



RIMBORSO LENTI DA VISTA

Progetto sperimentale

1 gennaio 2019 / 31 dicembre 2020

Rimborso una tantum del 20% spese sostenute
per l'acquisto di lenti per difetti visivi
(senza alcuna limitazione sul difetto riscontrato dall'oculista)

Massimale rimborsabile
€ 60



RICHIESTA DI RIMBORSO

Tramite invio
apposito modulo

solo
EMAIL / FAX

PACCHETTO FAMIGLIA

MOD. PF1103



MODULO PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO

Cognome _____ Nome _____ Data di nascita gg ____ mm ____ aaaa _____

Indirizzo _____ n. _____ Comune _____ CAP _____ Prov. _____

Cod. Fiscale _____ Tel. ____ / ____ / ____ Cell. ____ / ____ / ____ Fax ____ / ____

E-mail _____@_____.

(N.B. Indicare l'indirizzo e-mail e un numero di fax da utilizzare per la trasmissione di comunicazioni da parte della C.A.D.I.PROF.)

Dipendente dello Studio _____ C.F. o P.I. Studio _____

Chiedo il contributo per

Cognome _____ Nome _____ Cod. Fiscale _____

Per la seguente garanzia del Pacchetto Famiglia (barrare la lettera corrispondente)

(allegare sempre autocertificazione dello stato di famiglia MOD. ds01, copia dell'ultima busta paga e la specifica documentazione indicata)

A. Assistenza pediatrica nel 1° anno

- Copia della prescrizione medica, in caso di richieste rimborso spese per farmaci e/o prestazioni mediche o sanitarie
- Copia degli scontrini fiscali, ticket, ricevute e/o fatture

B. Assistenza pediatrica nel 2° e 3° anno

- Copia della prescrizione medica
- Copia degli scontrini fiscali, ticket, ricevute e/o fatture

C. Asilo nido

- Copia attestazioni di pagamento relative all'anno scolastico
- Copia del verbale rilasciato dalla ASL - Legge n. 104/1992 (in caso di figlio/a portatore/trice di handicap)

D. Procezione assistita - PMA

- Copia certificazione sanitaria di ricorso alla PMA
- Copia degli scontrini fiscali, ticket, ricevute e/o fatture

E. Paternità

- Copia certificazione dello stato di gravidanza con indicazione della data presunta del parto
- Copia degli scontrini fiscali, ticket, ricevute e/o fatture

F. Familiare non autosufficiente

- Copia del verbale rilasciato dalla ASL Legge n. 104/1992 art. 3 comma 3 (grave condizione di non autosufficienza)
- Copia delle fatture e/o ricevute relative alle spese di assistenza specifiche (sanitarie e/o assistenziali)

G. Gravi eventi

- Copia della documentazione medica attinente l'evento per cui si richiede il rimborso (cartella clinica e certificati medici)
- Copia degli scontrini fiscali, ticket, ricevute e/o fatture

Elenco documenti di spesa allegati

Numero _____ del _____	Importo € _____	Numero _____ del _____	Importo € _____
Numero _____ del _____	Importo € _____	Numero _____ del _____	Importo € _____
Numero _____ del _____	Importo € _____	Numero _____ del _____	Importo € _____
Numero _____ del _____	Importo € _____	Numero _____ del _____	Importo € _____
Numero _____ del _____	Importo € _____	Numero _____ del _____	Importo € _____

AI fini dell'erogazione del rimborso delle spese sopra elencate, che dichiaro di aver sostenuto, Vogliate provvedere all'accredito sul c/c:

IBAN: _____

Al sensi dell'art. 13 del Codice in materia di dati personali (D. Lgs. n. 196/2003), si informa che il trattamento dei dati personali e sensibili riguardanti l'iscritto, i suoi familiari (inermi dai anagrafici e/o sanitari) e il datore di lavoro, forniti con il presente modulo e con la documentazione allegata, è finalizzato unicamente ad eseguire gli obblighi contrattuali e normativi, oltre che a fornire informazioni sui nostri servizi. Il trattamento avverrà presso la sede della C.A.D.I.PROF. (il seguito per brevità denominata Cassa) in Roma con l'utilizzo di procedure informatiche, nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità. La Cassa garantisce che il trattamento dei predetti dati e dei documenti allegati avviene secondo modalità idonee a garantire la sicurezza, la riservatezza e l'integrità. I dati non verranno utilizzati per finalità diverse da quelle sopra indicate. Per finalità esecutive e/o statistiche i dati saranno rappresentati in forma anonima. I dati potranno essere comunicati solo ad eventuali nostri Collaboratori, Responsabili o incaricati del trattamento. Il conferimento dei dati è necessario per l'esatta esecuzione degli obblighi contrattuali e di legge e la loro mancata indicazione comporta l'impossibilità di adempiere alle obbligazioni a carico della Cassa. Agli interessati sono riconosciuti tutti i diritti di cui all'articolo 7 del citato Codice ed in particolare il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiedere la verifica, l'aggiornamento e/o la cancellazione, se incompleti, erroni o inaccurati in violazione della legge, nonché di opporre al loro trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi alle relative richieste per posta al Titolare e Responsabile del trattamento dati per C.A.D.I.PROF. ovvero al suo legale rappresentante pro tempore.

Acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento e consapevole che lo stesso può riguardare dati sensibili, in particolare idonei a rivelare lo stato di salute, l'interessato con la firma del modello, presta il suo consenso per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nell'informatica.

Data _____ Firma dell'iscritto/a _____

INVIARE IL MODULO E LA DOCUMENTAZIONE ALLEGATA TRAMITE UNA DELLE SEGUENTI MODALITÀ:

E-MAIL: pacchettofamiglia@cadiprof.it

FAX: 06 5918506

RACCOM. A/R: CADIPROF C.P. 10387 Viale Beethoven, 36 - 00144 Roma

CASSA DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA PER I LAVORATORI DEGLI STUDI PROFESSIONALI



PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE DIRETTE



Progetto ANDI «Dentista per la Famiglia»

IMPLANTOLOGIA

Rimborso del 30% della spesa fino a:

- ❑ 500 euro per un impianto (300 euro fuori rete)
- ❑ 900 euro per 2 impianti (550 euro fuori rete)
- ❑ 1.300 euro per 3 o più impianti (850 euro fuori rete)

Max n.1 rimborso ogni due anni

ORTODONZIA per i figli da 6 a 14 anni

Rimborso del 20% della spesa
fino a 500 euro/anno per 2 annualità (euro 300 fuori rete)

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE DIRETTE



Progetto ANDI «Dentista per la Famiglia»

Novità

PROTESI SU DENTI NATURALI O RADICI

- ❑ RETE: Rimborso del 30% della spesa fino a 250 euro per elemento all'anno
- ❑ FUORI RETE: Rimborso del 20% della spesa fino a 150 euro per elemento all'anno

