



# 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)

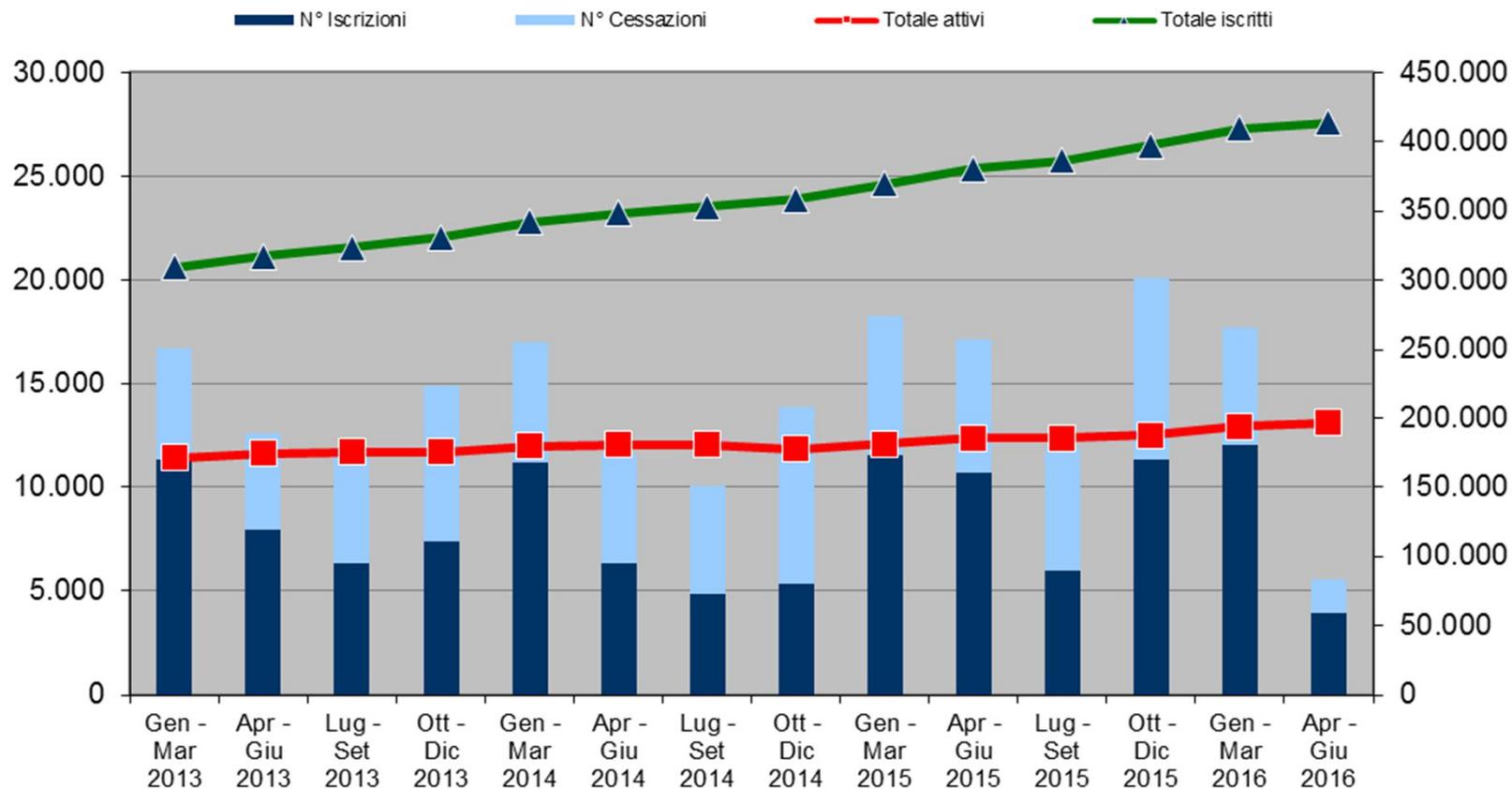
Obbligo di iscrizione e versamento a carico del Datore di Lavoro

24,00 euro Una Tantum

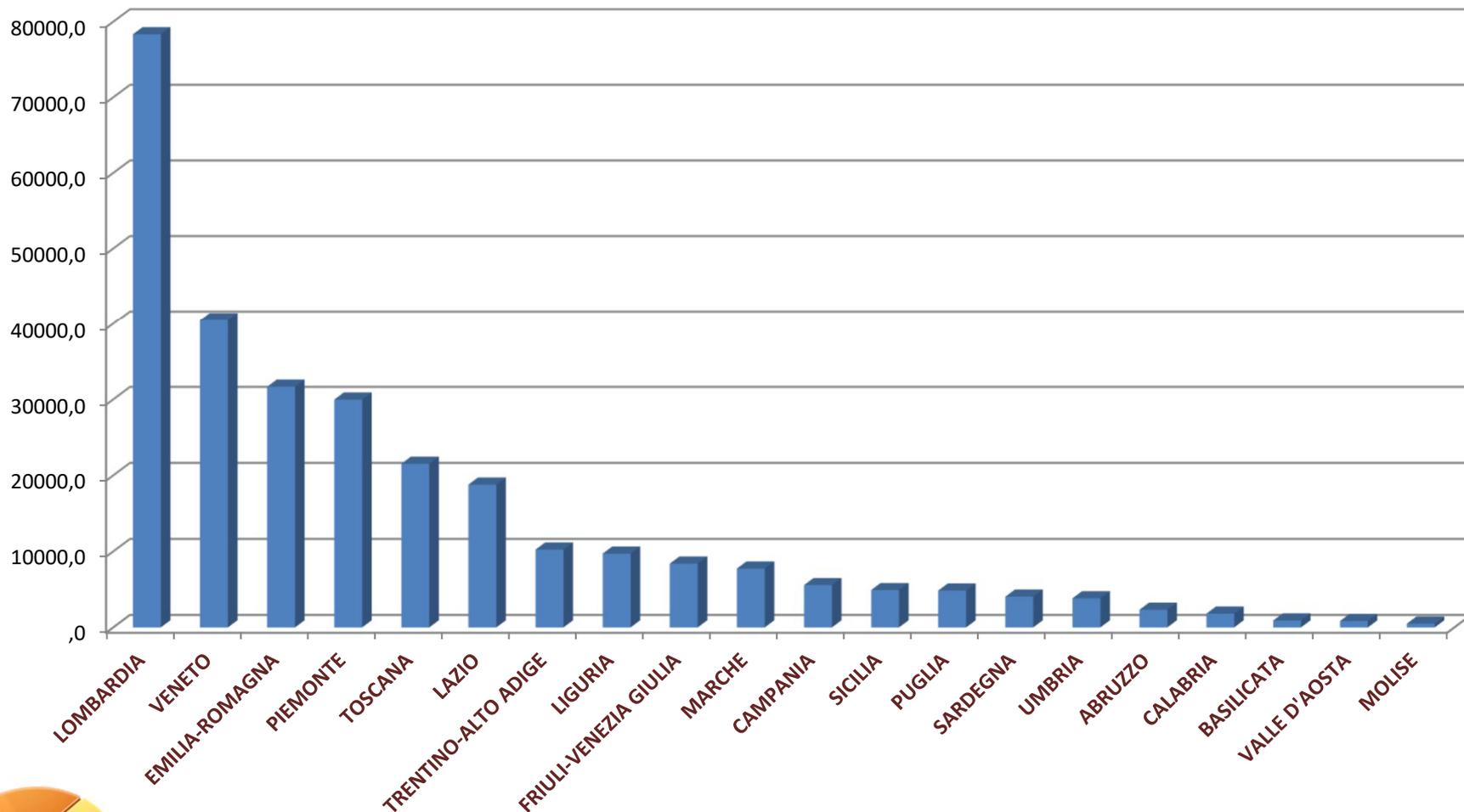
15,00 euro/mese per 12 mensilità dal mese di iscrizione e fino al mese di cessazione del rapporto lavorativo



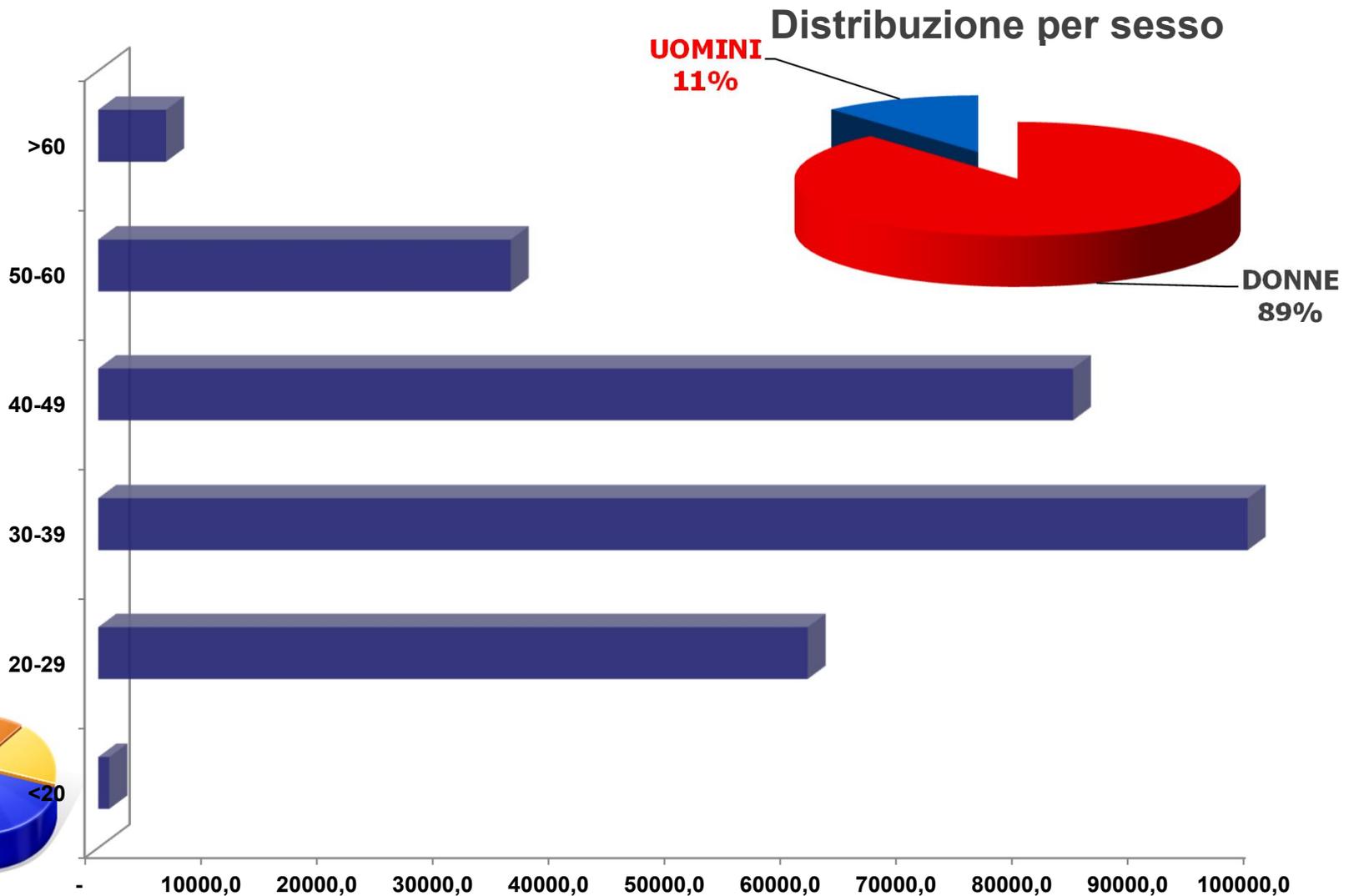
# ANDAMENTO ISCRIZIONI



# RESIDENZA ASSISTITI



# ASPETTI DEMOGRAFICI



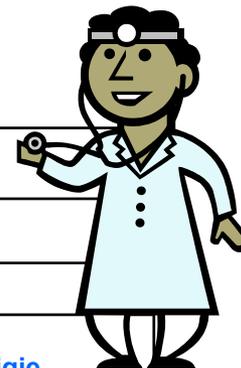
# DECORRENZA PRESTAZIONI

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

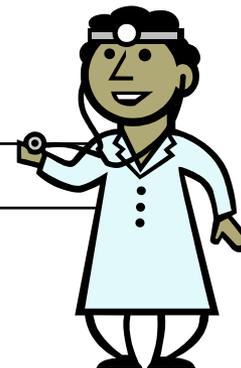
## Diagnostica Strumentale (TAC, RMN, RX, ecc.)

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)

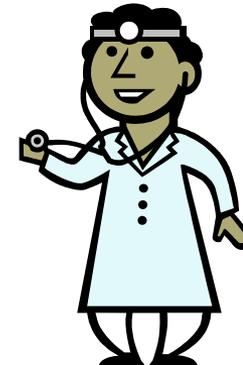
Ecografia mammaria (donne con età pari o superiore a 29 anni)

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*

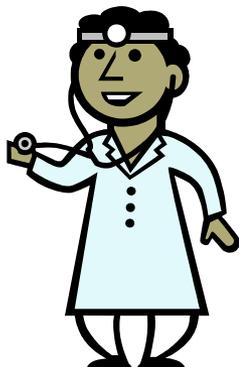
visita dentistica (inclusa motivazione all'igiene orale) e  
ablazione tartaro;  
levigatura delle radici a cielo chiuso;

## *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

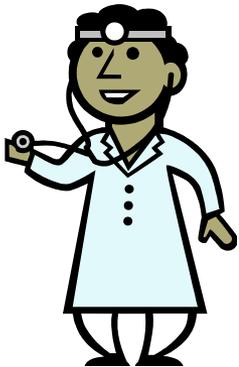
CONVENZIONATE

oltre 2500 elenco sul sito [www.cadiprof.it](http://www.cadiprof.it)

IN STRUTTURE PRIVATE E PUBBLICHE

NON CONVENZIONATE

libera scelta dell'iscritto



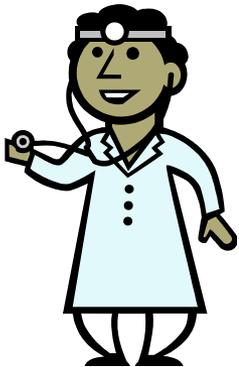
# IN STRUTTURE CONVENZIONATE

Prenotazioni obbligatorie tramite

Centrale Operativa UniSalute

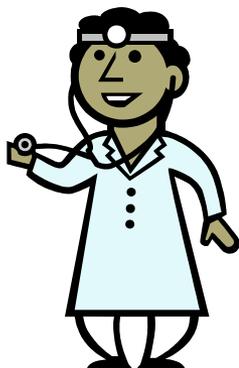
Numero Verde 800 016635

Sito Internet [www.unisalute.it](http://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 € \_\_\_\_\_

#### 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





# 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

