



**CASSA SOLIDARIETA' AZIENDALE**

**LAVORATORI LUXOTTICA**

Via Valcozzena, 10 32021 AGORDO BL

contributi@csaluxottica.it

www.csaluxottica.it

csa@csaluxottica.it

## **ELENCO PRESTAZIONI 2014**

**TUTTA LA DOCUMENTAZIONE DEVE ESSERE PRESENTATA IN  
FOTOCOPIA CHIARAMENTE LEGGIBILE**

### **SPESE SANITARIE**

#### **VISITE SPECIALISTICHE ESEGUITE PRIVATAMENTE**

**Moduli richiesti:** Modulo **SS** (Bianco)

**Cosa rimborsiamo:** *Visite specialistiche eseguite privatamente*

**Sono escluse:**

- visite medico legali (patente, assicurazioni..), fiscali e sportive.
- visite ostetriche, e prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche (visite, colloqui...), in quanto rimborsate da UNISALUTE,

**Quanto rimborsiamo:** 50% della spesa sostenuta.

**Documentazione richiesta:** Fotocopia della ricevuta che riporti chiaramente il tipo di visita specialistica, (in alternativa la dicitura Visita specialistica.) in cui ne sia evidenziato il costo qualora sia associata ad altro.

**ATTENZIONE:** nella stessa documentazione ci deve essere corrispondenza fra la specialità citata e il timbro del medico.

#### **DIAGNOSTICA STRUMENTALE ESEGUITA PRIVATAMENTE**

**Moduli richiesti:** Modulo **SS** (Bianco)

**Cosa rimborsiamo:** *le seguenti diagnostiche eseguite privatamente*

AUDIOMETRIA, CAMPO VISIVO, COLONSCOPIA, COLPOSCOPIA, DENSITOMETRIA OSSEA, ECOGRAFIE, ELETTROCARDIOGRAMMA, ELETTROENCEFALOGRAMMA, ELETTROMIOGRAFIA, FUNDUS OCULI, GASTROSCOPIA, HOLTER, MAMMOGRAFIE, PAP CHECK, PAP-TEST + PRELIEVO CITOLOGICO, PET, RADIOGRAFIE, RETTOSCOPIA, RISONANZA MAGNETICA, SCINTIGRAFIA, TAC

**Quanto rimborsiamo:** 50% della spesa sostenuta.

**Documentazione richiesta:** Fotocopia della ricevuta che riporti chiaramente il tipo di diagnostica eseguita in cui ne sia evidenziato il costo qualora sia associata ad altro.

## ARTICOLI SANITARI

**Moduli richiesti:** Modulo **SS** (Bianco) + Modulo **AS** (Bianco)

**Cosa rimborsiamo:** CALZE CURATIVE E FASCE ELASTICHE, SCARPE ORTOPEDICHE E PLANTARI, BUSTINI, FASCE LOMBARI, CORSETTI ORTOPEDICI, COLLARI POST-OPERATORI, TUTORI PER ARTICOLAZIONI, REGGISENO PER PROTESI MAMMARIA ESTERNA

**Quanto rimborsiamo:** 70% della spesa sostenuta.

**Documentazione richiesta:** prescrizione dello Specialista di riferimento (per quelle eseguite presso l'ULSS è sufficiente il timbro dell'ambulatorio), fotocopia della ricevuta, apposito modulo compilato a cura del rivenditore.

Per i reggiseno per protesi mammaria, va allegata **la prescrizione della protesi** fatta dallo specialista.

## LOGOPEDIA

**Moduli richiesti:** Modulo **SS** (Bianco)

**Cosa rimborsiamo:** sedute di logopedia

**Quanto rimborsiamo:** 50% della spesa sostenuta (privatamente e/o ticket)

**Documentazione richiesta:** prescrizione dello Specialista di riferimento (per quelle eseguite presso l'ULSS è sufficiente il timbro dell'ambulatorio) o del medico di base e fotocopia della ricevuta.

## CURE DENTARIE (anche la parte eccedente sulle fatture già rimborsate dal Welfare aziendale tramite Unisalute)

**Moduli richiesti:** Modulo **SS** (Bianco) + Modulo **CD** (Bianco)

**Cosa e Quanto rimborsiamo:** importo fisso a prestazione

Apicectomia_____	€ 42
Applicazione fluoro _____	€ 10
Corona permanente _____	€ 52
Corona provvisoria_____	€ 20
Cura Canalare Dente anteriore _____	€ 37
Cura Canalare Dente deciduo _____	€ 19
Cura Canalare Dente posteriore _____	€ 52
Estrazione Chirurgica _____	€ 42
Estrazione Complessa _____	€ 21
Estrazione Semplice _____	€ 12
Gengivectomia_____	€ 15
Impianto_____	€ 104
Impronta di studio _____	€ 11
Intervento chirurgico _____	€ 42
Medicazioni _____	€ 11
Otturazione _____	€ 15
Perno Moncone _____	€ 26
Radiografia Endorale_____	€ 10
Radiografia Ortopantomografica _____	€ 20
Ricostruzione _____	€ 30
Sbiancamento corona (singolo dente) _____	€ 21
Scaling _____	€ 21
Seduta d'Igiene (ablazione tartaro) _____	€ 15
Sigillature _____	€ 12
Visita _____	€ 20
Cure odontoiatriche in SSN _____	50% del costo

**Documentazione richiesta:** fotocopia della fattura a saldo, e apposito modulo compilato a cura del medico, per le cure in SSN è sufficiente la ricevuta del ticket (e l'impegnativa qualora la ricevuta sia criptate e/o incompleta).

**Per i ticket non serve il modulo CD.**

## **LENTI DA VISTA E A CONTATTO**

**Moduli richiesti:** Modulo **SS** (Bianco)

**Cosa rimborsiamo:** Acquisto di lenti da vista, a contatto e occhialini graduati da piscina. Sono escluse le lenti a contatto estetiche.

**Quanto rimborsiamo:** 50% della spesa sostenuta.

**Documentazione richiesta:** prescrizione dell'oculista, fotocopia dello scontrino o ricevuta, che riporti il codice fiscale dell'intestatario la prescrizione ed in cui sia evidenziato il costo delle lenti.

## **TRATTAMENTI FISIOTERAPICI (per le prestazioni escluse dal piano Welfare aziendale)**

**Moduli richiesti:** Modulo **SS** (Bianco)

**Cosa rimborsiamo:** Le seguenti prestazioni riferite UNICAMENTE a patologie di pertinenza FISIATRICA, ORTOPEDICA e REUMATOLOGICA:

AGOPUNTURA, CHINESITERAPIA (attiva e passiva), CORRENTI TERAPEUTICHE (antalgiche, diadinamiche, ionoforesi e per potenziamento muscolare), INFILTRAZIONI articolari, tendinee e muscolari, LASERTERAPIA, MANIPOLAZIONI VERTEBRALI, MASSAGGI TERAPEUTICI, MAGNETOTERAPIA, MESOTERAPIA antalgica, antiinfiammatoria e miorilassante, OZONOTERAPIA, TERMOTERAPIE (infrarossi e radar), ULTRASUONITERAPIA (onde d'urto, tecar).  
Sono escluse terapie di tipo estetico.

**Quanto rimborsiamo:** 50% della spesa sostenuta (privatamente e/o ticket)

**Documentazione richiesta:** Prescrizione medica (non antecedente 6 mesi) fattura del fisioterapista o del medico che ha eseguito le terapie in cui siano evidenziate e dettagliate (es. NO mesoterapia, SI mesoterapia antalgica) le singole voci con i relativi costi. **In ogni caso, nella prescrizione o fattura deve essere riportata la patologia. Sulla ricevuta o fattura deve risultare chiaramente il nome ed il titolo del professionista che ha eseguito la prestazione.**

**LA QUOTA MASSIMA DI CONTRIBUTO PER SPESE SANITARIE PER OGNI SOCIO È DI 220 EURO ALL'ANNO.**

Tale quota è elevata a 270 euro sulla base dell'anzianità di adesione (vedi iniziativa "QUOTA 150" a pagina 4 del manuale del Socio).

Per un ulteriore incremento della quota massima approfondisci la promozione "PORTA UN SOCIO" a pagina 2 del manuale del Socio).

## **ASSEGNO DI MATERNITA'**

**Moduli richiesti:** Modulo **AM** (Giallo)

**Oggetto del contributo:** Nascita o adozione.

**Ammontare del contributo:** € 300 per ogni figlio nato o adottato.

**Documentazione richiesta:**

Estratto dell'atto di nascita che riporti paternità e maternità oppure dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà.

Sottoscrizione nuova autorizzazione al trattamento dei dati personali (privacy), la quale deve obbligatoriamente indicare i dati del figlio (dei figli) per il quale si richiede l'assegno di maternità.

## CONTRIBUTI PER APPARECCHI ORTODONTICI E PROTESI TOTALE PER ARCATA(DENTIERA)

**Moduli richiesti:** Modulo AP (Verde)

**Oggetto del contributo:** Apparecchi ortodontici e tutte le tipologie di protesi fisse e/o mobili.

**Ammontare del contributo:** Fino all'81% della spesa sostenuta.

**Documentazione richiesta:**

Copia dei CUD dei componenti il nucleo familiare;

Dichiarazione ISEE Integrato aggiornata, a nome del socio richiedente, compilato esclusivamente presso i CAAF convenzionati (la spesa di compilazione è a carico del socio);

Copia di tutte le fatture del dentista (acconti e saldo) che riportino esclusivamente le spese correlate all'applicazione dell'apparecchio e/o protesi, escludendo quindi qualunque spesa relativa a cure conservative (trattate dalla CSA con diverso regolamento);

Piano di cura/preventivo (prospetto delle cure che devono essere eseguite).

Dichiarazione del professionista che escluda ragioni estetiche all'origine della cura;

## CONTRIBUTI PER SPESE UNIVERSITARIE

**Moduli richiesti:** Modulo SU (Rosa)

**Oggetto del contributo:** Spese sostenute per istruzione universitaria.

**Ammontare del contributo:** Fino a € 1.250 annui in base all'indice di ricchezza familiare ed ai risultati conseguiti.

**Documentazione richiesta:**

Copia del certificato di iscrizione all'anno accademico;

Copia del piano di studi con i crediti e gli esami sostenuti;

Copia dei CUD dei componenti il nucleo familiare;

Dichiarazione ISEE Integrato aggiornato, compilato esclusivamente presso i CAAF convenzionati (la spesa di compilazione è a carico del socio) a nome del socio richiedente;

Per gli studenti/lavoratori, copia dell'attestazione di studente part-time dell'ateneo,

## CONTRIBUTI AUSILI PER DISABILITA'

**Moduli richiesti:** Modulo AD (Azzurro)

**Oggetto del contributo:** Spese sostenute per l'acquisto di ausili per disabilità compresi nel Nomenclatore tariffario delle protesi.

**Ammontare del contributo:** Fino a € 1.500 in base all'indice di ricchezza familiare.

**Documentazione richiesta:**

Dichiarazione ISEE Integrato aggiornato, compilato esclusivamente presso i CAAF convenzionati, che dovrà essere riferita ai redditi dell'anno precedente (la spesa di compilazione è a carico del socio).

Copia dei CUD dei componenti il nucleo familiare;

Prescrizione dello specialista;

Fattura o ricevuta fiscale della spesa sostenuta;

Verbale di invalidità se riconosciuta;

Dichiarazione di autorizzazione al contributo ULSS.

**ATTENZIONE! LA C.S.A. SI RISERVA DI CHIEDERE, ANCHE IN UN SECONDO TEMPO LA VERIFICA DELLA DOCUMENTAZIONE ORIGINALE.**