

Prot. n°10297/p/cv

Roma, 15 aprile 2021

A tutte le Casse
Edili/Edilcasse

e, p.c. ai componenti il
Consiglio di
Amministrazione
della CNCE

Loro sedi

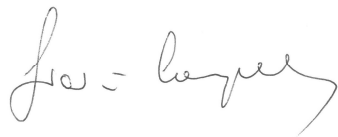
Lettera circolare n. 22/2021

Oggetto: aggiornamento FAQ Sanedil

Si allegano alla presente le FAQ aggiornate relative al Fondo Sanitario Sanedil che, *integrate con le nuove FAQ dalla n. 27 alla n. 32*, vanno a sostituire quelle inviate con lettera circolare congiunta CNCE/Sanedil n. 10 del 9 febbraio u.s..

Rimanendo a disposizione inviamo cordiali saluti.

Il Direttore
Giovanni Carapella



Il Direttore
Luca Petricca



Allegato: 1

FAQ Sanedil

- 1. D.** Per l'individuazione del piano sanitario afferente i lavoratori con qualifica di operaio cosa deve verificare la Cassa Edile o la EdilCassa?

R. Per i lavoratori con qualifica di operaio la Cassa Edile o la EdilCassa, ai fini dell'assegnazione del piano sanitario Plus, deve verificare che al lavoratore sia stata erogata la prestazione APE entro la fine del mese di settembre dell'anno di decorrenza di ogni esercizio assicurativo. Pertanto, a titolo esemplificativo, per l'esercizio assicurativo decorrente dal 1° ottobre 2020 fino al 30 settembre 2021, la Cassa Edile o la EdilCassa dovrà verificare che sia stata erogata al lavoratore la prestazione APE, maturata nel biennio ott. 2017 sett. 2019, entro la data del 30 settembre 2020. Diversamente, la mancata erogazione dell'APE darà diritto al piano sanitario base. Si evidenzia che l'anno Cassa Edile coincide con l'anno assicurativo.

- 2. D.** *Al fine di assegnare il piano sanitario Plus ad un lavoratore che richiede una prestazione sanitaria ad una Cassa Edile o EdilCassa a cui risulti iscritto, ma dalla quale non ha percepito l'APE (avendola percepita da una o più Casse diverse), quale verifica deve fare la Cassa Edile o la EdilCassa competente?*

R. *Nel caso in cui un lavoratore richieda la prestazione sanitaria ad una Cassa Edile/Edilcassa diversa rispetto a quella dalla quale abbia percepito l'APE, la Cassa competente dovrà consultare la Banca Dati APE per verificare la Cassa o le Casse ove è maturato il diritto alla prestazione Ape e successivamente procedere, contattandola/e, ad accertare l'effettiva avvenuta erogazione nei tempi previsti (30 settembre).*

- 3. D.** Nell'ipotesi in cui la contribuzione per l'impiegato sia stata versata direttamente al Sanedil come effettua la verifica la Cassa Edile o la EdilCassa?

R. Attraverso il gestionale amministrativo del Fondo, le Casse Edili e le EdilCasse hanno la possibilità di verificare la contribuzione versata dalle aziende direttamente al Fondo (ndr. pag. 10 e 11 del Manuale operativo d'uso operatore Cassi Edili e EdilCasse allegato)

- 4. D.** Per i lavoratori con qualifica impiegatizia quale verifica deve effettuare la Cassa Edile o la EdilCassa ai fini dell'assegnazione del Piano sanitario PLUS?

R. La Cassa Edile o la EdilCassa riconosce il piano sanitario Plus agli impiegati quando risultano verificabili 24 mesi di contribuzione versata. A titolo esemplificativo, nel caso di decorrenza della polizza assicurativa dal 1° ottobre 2020, un impiegato, per il quale l'azienda abbia versato la contribuzione dal mese di competenza ottobre 2018 e per i 23 mesi successivi, avrà diritto al piano sanitario Plus nei primi giorni del mese di novembre 2020. Ciò in quanto, solo nel mese di novembre 2020 è possibile verificare il versamento contributivo afferente il mese di settembre 2020, dichiarato attraverso il MUT, o altro sistema equivalente, del mese di ottobre 2020.

- 5. D.** In corso di vigenza della polizza, un operaio può modificare nel tempo il proprio piano sanitario passando dal piano sanitario base al piano sanitario Plus e viceversa?

R. Sì, in funzione dell'erogazione dell'APE. In ogni caso, ogni modifica, sia in melius che peius, avrebbe decorrenza 1° ottobre dell'anno in cui risulti erogata o meno la prestazione APE da parte della Cassa Edile o EdilCassa.

- 6. D.** In quale caso un operaio può essere retrocesso, in corso di vigenza della polizza, da piano sanitario Plus a piano sanitario Base?

R. La retrocessione da un piano sanitario Plus al piano sanitario Base è legata alla mancata erogazione della prestazione APE. A titolo esemplificativo, APE 2020 erogata entro il 30 settembre 2020 dà diritto al piano sanitario Plus con decorrenza 1° ottobre 2020. Per lo stesso lavoratore, la mancata erogazione della

prestazione APE nell'anno 2021 (entro il 30 settembre 2021) comporta la retrocessione al piano sanitario Base con decorrenza 1° ottobre 2021.

7. D. In corso di vigenza della polizza, un impiegato può modificare nel tempo il proprio piano sanitario passando dal piano sanitario Base al piano sanitario Plus e viceversa?

R. Sì, dal piano Base al piano Plus a condizione che risultino versati 24 mesi di contribuzione. Per l'impiegato l'anzianità contributiva dei 24 mesi maturata resta valida ai fini dell'assegnazione del piano Plus anche in caso di interruzione del rapporto di lavoro e riassunzione presso un datore di lavoro che applica il CCNL edile entro i successivi 12 mesi. Superato il termine di 12 mesi, in caso di nuova assunzione, l'anzianità maturata viene meno con conseguente attribuzione del piano sanitario Base.

8. D. L'anno di riferimento per calcolare i massimali coincide con l'esercizio sociale 1° ottobre- 30 settembre?

R. Sì, fatte salve le eccezioni espressamente richiamate nei piani sanitari.

9. D. La comunicazione dei dati delle spese sanitarie per l'elaborazione delle dichiarazioni dei redditi precompilate (730 e Unico) è spedita all'iscritto richiedente oppure alla Cassa Edile?

R. Le Compagnie assicurative trasmettono i dati direttamente all'iscritto.

10. D. Per le richieste di rimborso delle spese sanitarie sostenute dall'iscritto è necessario che sia presentata alla Cassa Edile/EdilCassa anche l'attestazione di servizio?

R. Sì, così come chiarito con lettera circolare CNCE n. 38/20

11. D. Prima di presentare, con la relativa modulistica, una richiesta di prestazione in convenzionamento diretto alla Cassa Edile/EdilCassa, l'iscritto può prenotare l'appuntamento con la struttura sanitaria?

R. Sì, a patto che l'iscritto comunichi all'addetto della Cassa Edile/EdilCassa il giorno e l'orario dell'appuntamento già concordato con la struttura sanitaria, che comunque non può essere precedente alle 72 ore dalla richiesta di prestazione presentata alla Cassa Edile/EdilCassa con la consegna della relativa modulistica (modulo di richiesta prestazioni, copia prescrizione medica/impegnativa, copia attestazione di servizio).

12. D. La Cassa Edile/EdilCassa che avvia una richiesta di prestazione sanitaria, come deve considerare, ai fini della verifica della regolarità contributiva, l'impresa che ha in corso un piano di rateizzazione?

R. Fermo restando che per una prestazione sanitaria la Cassa Edile/EdilCassa deve verificare la regolarità contributiva al terzo mese antecedente la richiesta della prestazione sanitaria (es. per una prestazione sanitaria richiesta nel mese di ottobre 2020 deve essere verificare la regolarità contributiva al mese di luglio 2020), la rata o le rate di un piano rateizzazione già autorizzato, che coincidano con il periodo oggetto di verifica, non determinano l'irregolarità dell'azienda ai fini delle richieste delle prestazioni sanitarie.

13. D. La sezione del modulo "richiesta di prestazione/rimborso sanitario" riservata alle Cassa Edile/EdilCassa deve essere compilata dall'addetto della Cassa anche nel caso in cui lo stesso modulo sia presentato per e-mail?

R. No, tale sezione deve essere compilata dall'addetto della Cassa Edile/EdilCassa esclusivamente nel caso in cui il modulo sia presentato allo sportello. In questo ultimo caso, una copia del modulo, redatto anche nella sezione riservata alle Casse, dovrà essere rilasciata all'iscritto o eventuale delegato (facilitatore) a titolo di ricevuta.

14. D. Come deve essere calcolato il contributo Sanedil nel caso in cui un operaio sia alle dipendenze, con orario part time, di due datori di lavoro che applicano il CCNL edile?

R. Sulla base di quanto previsto dall'art. 11 co. 2 del regolamento delle prestazioni, per gli operai, anche in part time, il versamento deve essere effettuato comunque su un minimo di 120 ore. Pertanto entrambi i datori di lavoro sono tenuti al versamento della contribuzione nel rispetto del limite minimo delle 120 ore. A titolo esemplificativo, per un operaio che lavori in part time, con riduzione di orario al 50% (80 ore mensili) presso il datore di lavoro A e, sempre con riduzione di orario al 50% (80 ore mensili), presso il datore di lavoro B, ciascun datore di lavoro A e B, per propria competenza, dovrà versare la contribuzione Sanedil calcolata sul minimo delle 120 ore.

15. D. Le strutture sanitarie convenzionate con il Fondo Sanedil sono esclusivamente quelle indicate nella sezione pubblicata sul portale informatico del Fondo?

R. Sì, a tal fine è consigliabile, per l'iscritto che intende richiedere una prestazione sanitaria in rete, la preventiva consultazione dell'elenco pubblicato nella sezione del portale informatico del Fondo.

16. D. Nel caso di richiesta di prestazione in rete, con o senza appuntamento, per il completamento della procedura di inserimento dati, l'addetto della Cassa Edile/EdilCassa deve inviare ad Unisalute il modulo "richiesta di prestazione/rimborso sanitario" e/o altra documentazione?

R. No, per le richieste di prestazioni sanitarie in rete, con o senza appuntamento, il modulo di richiesta prestazione, l'attestato di servizio e la prescrizione medica (impegnativa) non devono essere inviate ad Unisalute. Tale documentazione deve, comunque, essere custodita dalla Cassa Edile/EdilCassa ricevente, attraverso un proprio sistema di archiviazione.

17. D. Nel caso di richiesta di prestazione sanitaria nella modalità rimborsuale, per il completamento della procedura di inserimento dati, l'addetto della Cassa Edile/EdilCassa quale documentazione deve inviare ad Unisalute?

R. L'addetto della Cassa Edile/EdilCassa deve inviare ad Unisalute il modulo "richiesta di prestazione/rimborso sanitario", la prescrizione medica e la relativa ricevuta di spesa.

18. D. Al fine di ottenere il rimborso del ticket sanitario da parte di Unisalute deve essere caricata dall'addetto della Cassa Edile/EdilCassa anche la prescrizione del medico?

R. Sì, per ottenere il rimborso del ticket sanitario è sempre necessaria la prescrizione medica. In via eccezionale, esclusivamente per le prestazioni avvenute nei mesi di Ottobre 2020 e Novembre 2020, solo nel caso in cui l'iscritto non ne sia più in possesso (perché la prescrizione è stata ritirata in occasione della prestazione), allora la Compagnia accetterà in via straordinaria il caricamento del solo ticket.

19. D. Cosa si intende per "periodo di copertura" che deve essere inserito dalla Cassa Edile/EdilCassa per il lavoratore?

R. La locuzione "periodo di copertura" si riferisce al periodo assicurativo, della durata di un mese (es. 1 ottobre - 31 ottobre), subordinato alla verifica della regolarità contributiva aziendale, in cui l'iscritto è legittimato a richiedere una prestazione sanitaria, eseguibile anche nel mese successivo (vd. FAQ 20). Es. Richiesta di prestazione in rete presentata (a sportello, posta elettronica o posta R.R.) il 30 ottobre 2020, per una visita specialistica del 14 novembre 2020; la Cassa Edile deve verificare la contribuzione relativa al periodo di competenza del terzo mese antecedente a quello in cui l'iscritto richiede la prestazione sanitaria, (regolarità contributiva del mese di luglio 2020) e quindi, accertata la regolarità, comunicare ad Unisalute la copertura del lavoratore per i mesi di ottobre e l'estensione per il mese di novembre 2020.

20. D. Nell'ambito delle attività di gestione delle prenotazioni di prestazioni sanitarie in rete a "scavalco del periodo di copertura", quale procedura deve essere eseguita dell'addetto alla Cassa Edile/EdilCassa?

R. Nel caso di prestazioni sanitarie eseguite nel mese successivo a quello risultante in copertura, l'addetto della Cassa Edile/EdilCassa deve indicare, *distinguendolo con un'icona di colore giallo*, anche il mese successivo a quello *utilizzato per la verifica della regolarità contributiva* (es. il 4 novembre 2020 la CE verifica la regolarità aziendale per l'iscritto afferente il mese di competenza agosto 2020 e, se regolare, mette in copertura l'iscritto per il mese di novembre 2020 e l'estensione per il mese di dicembre 2020).

21. D. Come devono essere conteggiati i periodi aggiuntivi di copertura sanitaria in caso di disoccupazione?

R. I periodi aggiuntivi di copertura assicurativa per disoccupazione (60 giorni per il piano Base o 90 giorni per il piano Plus), devono essere conteggiati su base mensile, ossia più 2 mesi di copertura per il piano BASE e più 3 mesi di copertura per il piano PLUS. A tal fine le Casse Edili/EdilCasse dovranno aggiungere successivamente al mese in cui è avvenuto il licenziamento le relative mensilità aggiuntive (es. se il licenziamento di un lavoratore che rientrerebbe nel piano Base è avvenuto a novembre 2020, la Cassa potrà aggiungere dicembre 2020 e Gennaio 2021 come periodi di copertura).

22. D. Durante l'esercizio assicurativo (1° ottobre – 30 settembre), la variazione della qualifica da operaio, a cui sia stato già attribuito il piano Plus, ad impiegato determina l'assegnazione al piano sanitario Base?

R. No. Il passaggio di qualifica da operaio, a cui sia stato già attribuito il piano sanitario Plus, ad impiegato non comporta la retrocessione al piano sanitario Base, tenuto conto che l'anzianità di servizio maturata nella categoria operaia rileva ai fini del conteggio dei periodi di contribuzione utili per l'assegnazione al piano sanitario Plus dell'impiegato.

23. D. Nel caso in cui i rischi coperti dalla polizza UnipolSai (Garanzie per infortuni) dovessero essere coperti anche da Unisalute (Piani sanitari Base e Plus), l'addetto della Cassa è tenuto a presentare, su istanza dell'iscritto, entrambe le richieste di rimborso alla due Compagnie?

R. Sì, fermo l'obbligo dell'iscritto di dichiarare nei rispettivi moduli l'eventuale esistenza di altre polizze a copertura del medesimo rischio assicurato, le garanzie per gli stessi rischi coperti dalle due compagnie Unisalute e UnipolSai saranno gestiti, nel rispetto dei limiti rimborsuali contrattualmente previsti, da entrambe le compagnie.

24. D. Nell'ipotesi di prestazioni in modalità rimborsuale presentate in un mese successivo a quello in cui la spesa sia stata sostenuta, come "periodo di copertura" deve essere indicato il mese cui fa riferimento la data del documento di spesa?

R. Sì. Per la corretta gestione delle pratiche di rimborso, l'addetto della Cassa dovrà verificare la contribuzione relativa al periodo di competenza del terzo mese antecedente a quello afferente la data del documento di spesa e quindi, accertata la regolarità, dovrà inserire nel sistema gestionale SiSanedil il periodo di copertura del mese coincidente. Es. Richiesta di prestazione a rimborso presentata il 2 febbraio 2021, con allegato documento di spesa datato 20 ottobre 2020. La Cassa dovrà verificare la contribuzione relativa al periodo di luglio 2020 e, accertata la regolarità, dovrà inserire nel sistema gestionale SiSanedil come periodo di copertura il mese di ottobre 2020.

25. D. Nel caso di maturazione del diritto alla prestazione Ape, che non sia stata erogata per meri errori procedurali della Cassa, il lavoratore operaio ha diritto al piano sanitario Plus?

R. Sì. Nel caso in cui, pur avendo maturato il diritto, la prestazione Ape non sia liquidata o sia liquidata oltre la data del 30 settembre di ciascun anno, per meri errori procedurali della singola Cassa (es. errata acquisizione del codice IBAN del lavoratore, errata imputazione del contributo dell'impresa) l'iscritto operaio avrà comunque diritto al Piano sanitario Plus

26. D. L'addetto della Cassa per attivare una richiesta di prestazione riconducibile al pacchetto cure odontoiatriche deve eseguire l'iter autorizzativo e/o la prenotazione completa?

R. No. L'addetto della Cassa, una volta ricevuto il modulo di richiesta prestazione debitamente compilato, previo inserimento delle informazioni nel gestionale SI.Sanedil, si dovrà limitare a trasferire tali informazioni nel gestionale della Compagnia assicurativa, invitando l'iscritto a recarsi presso una delle strutture/medici odontoiatri convenzionate. Effettuata la visita sarà il medico dentista ad inviare alla Compagnia il piano di cure concordato con l'iscritto. Diversamente, per le richieste di prestazioni riconducibili alla prevenzione odontoiatrica (ablazione del tartaro), l'addetto della Cassa dovrà procedere attraverso l'iter autorizzativo e/o la prenotazione completa.

27. D. In caso di richiesta di rimborso di una prestazione sanitaria con data di fatturazione rientrante nel periodo di competenza di una denuncia Mut regolarmente pagata, la Cassa può avviare l'iter di rimborso anche se manca l'attestato di servizio del lavoratore?

R. Sì, la Cassa può procedere a condizione che sia in grado di verificare il pagamento della denuncia Mut o altro sistema equivalente del mese di competenza in cui risulti emessa la fattura/ticket sanitario.

28. D. Per una richiesta di prestazione sanitaria, se il lavoratore non è nella condizione di poter produrre l'attestazione di servizio, è ammissibile una documentazione alternativa attestante lo stato di servizio?

R. Sì, in tali ipotesi l'addetto della Cassa può richiedere al lavoratore di presentare copia dell'ultima busta paga afferente il mese antecedente la richiesta di prestazione, da cui risulti, a tutela della normativa privacy, esclusivamente lo stato di servizio del lavoratore. A tal fine, sarà cura del lavoratore richiedente non rendere visibili eventuali dati sensibili presenti nel corpo della busta paga.

29. D. Per una richiesta rimborsuale di prestazione sanitaria presentata in modalità telematica, al fine della corretta identificazione del lavoratore richiedente, è necessario che sia allegata copia del documento di identità?

R. Sì, solo per le richieste di rimborso presentata in modalità telematica la Cassa dovrà richiedere al lavoratore di produrre, tra la documentazione prevista, anche copia di un documento d'identità valido.

30. D. Per i lavoratori con età anagrafica superiore ai 71 anni il contributo Sanedil è dovuto?

R. No, l'obbligo della contribuzione in favore del Sanedil sussiste fino al compimento del 71° anno di età del lavoratore, in quanto le garanzie assicurative riconosciute dalle Compagnie, partner del Fondo, trovano applicazione fino al compimento del 71° anno d'età dell'iscritto.

31. D. In quale occasione l'addetto della Cassa è tenuto ad inserire nel portale SiSanedil il periodo di estensione della copertura sanitaria distinto dall'icona di colore giallo?

R. Ad integrazione della Faq n. 20, il mese di estensione distinto dall'icona di colore giallo, anche in presenza di elementi certi riferibili alla data e all'ora dell'appuntamento con la struttura sanitaria/medico comunicati dall'iscritto, **deve** essere inserito dall'addetto della Cassa ad ogni richiesta di prestazione sanitaria in convenzionamento diretto, ferma restando la verifica della copertura assicurativa riferita al mese in cui viene presentata la richiesta di prestazione (Cfr. Faq n. 19).

32. D. Prima di avviare l'iter procedurale per una richiesta di prestazione sanitaria presentata da un iscritto operaio o impiegato dipendente di un'impresa edile, l'addetto alla Cassa come verifica la regolarità contributiva dell'azienda? Deve consultare la B.N.I. ?

R. No. la verifica delle regolarità contributiva dell'impresa deve interessare i cantieri attivi e il personale operaio ed impiegatizio occupato nel territorio di competenza della Cassa alla quale risulti iscritto il lavoratore richiedente. Resta inteso che nel caso la richiesta di una prestazione sanitaria interessi un

impiegato che non transiti attraverso il Mut o altro sistema equivalente, la verifica della regolarità contributiva da parte della Cassa dovrà necessariamente essere effettuata attraverso il gestionale del Fondo Sanedil (cfr FAQ n. 3), ovvero in mancanza di elementi accertativi certi ed aggiornati, contattando gli operatori del Fondo Sanedil.