



UIL CREDITO, ESATTORIE E ASSICURAZIONI
Aderente a Union Network International – UNI

UILCA Gruppo Intesa Sanpaolo Coordinamento nazionale

Milano, 27 gennaio 2011

**AGLI ISCRITTI UILCA
GRUPPO INTESA SANPAOLO**

Fondo Sanitario Integrativo, riunione del Comitato di Progetto

Nella giornata di lunedì 24 gennaio le Organizzazioni Sindacali del primo tavolo di confronto e l'Azienda si sono riuniti in qualità di Comitato di Progetto del Fondo Sanitario Integrativo di Gruppo per chiarire alcuni aspetti interpretativi delle norme e per una prima verifica del difficile percorso di avvio della nuova struttura di assistenza. In apertura di incontro l'Azienda ha comunicato che provvederà a sollecitare l'attivazione dell'iscrizione (conferma) a tutti coloro che non avessero ancora provveduto in tal senso, con particolare riferimento ai destinatari di comunicazioni cartacee (lungoassenti, esodati e pensionati).

Successivamente sono stati forniti alcuni dati, che di seguito elenchiamo:

ISCRITTI CON PRESTAZIONI DIRETTE

	in servizio	Esodati	Pensionati
Bacino potenziale	52.300	5.200	18.700
Iscritti	45.100	379	11.700
Percentuale	86,00%	7,00%	62,00%

ISCRITTI CON PRESTAZIONI POLIZZA UNISALUTE

	in servizio	Esodati	Pensionati
Bacino potenziale	10.680	539	5.848
Iscritti	7.594	86	1.150
Percentuale	71,00%	16,00%	20,00%

I punti affrontati durante la riunione sono stati molteplici.

Di seguito riepiloghiamo le decisioni assunte in merito ai vari argomenti:

Addebito Contribuzioni

Con il cedolino stipendio del mese di gennaio si provvederà ai primi addebiti secondo le nuove norme ed al previsto accredito in previdenza del maggior onere, per gli

aventi diritto (**chi non avesse una posizione di previdenza complementare a contribuzione definita/zainetto ha tempo fino a giugno per rimediare, pena la perdita dello storno contributivo**). Le contribuzioni saranno calcolate sui nuclei familiari vecchi, mentre a febbraio verranno fatti i relativi conguagli sui nuclei variati. Per quanto riguarda i destinatari di polizza saranno addebitati mensilmente lo 0,50% e l'eventuale 0,05% a tutti, mentre, per quanto riguarda i familiari non a carico, si provvederà al relativo addebito (in unica rata in quanto trattasi di premio annuale) man mano che verranno caricati in procedura.

Per tutti i dettagli relativi a queste operazioni sarà pubblicata una Web News che rinvierà alla procedura Cedolino On Line.

I lavoratori assunti tra la metà del mese di novembre e fine anno e quelli che nello stesso periodo hanno ceduto il contratto di lavoro all'interno del Gruppo stanno ricevendo in questi giorni le indicazioni (mail) per procedere alla conferma/variazione della propria iscrizione, mediante l'accesso al sito del Fondo Sanitario. In caso gli interessati non ricevessero la suddetta comunicazione entro la prossima settimana i nominativi andranno segnalati tramite le Organizzazioni Sindacali.

Call Center

In merito alla richiesta di spiegazioni avanzata dalle Organizzazioni Sindacali rispetto alle numerose segnalazioni ricevute circa l'impossibilità di accesso al Call Center Previmedical ed i lunghissimi tempi di attesa, l'Azienda ha fornito alcuni dati forniti dalla stessa Previmedical.

Nei mesi di dicembre e gennaio si è registrata una media di 5.000 chiamate ogni giorno, con picchi di 7.000. A fronte di questo impegno nelle ore di punta (10.00-17.00) gli operatori sono passati da un numero iniziale di 35 a 55. La percentuale di risposte "immediate" è dell'87-89%. Per immediate non si intende però il tempo di risposta, ma quelle chiamate in cui non è caduta la linea o l'utente non abbia rinunciato all'attesa. La Uilca e le altre Organizzazioni Sindacali oltre a evidenziare questo aspetto hanno fortemente contestato la veridicità dei dati forniti, chiedendo un ulteriore impegno per fare fronte alle richieste dei lavoratori.

Polizza Banco di Napoli

Gli iscritti con polizza Banco di Napoli sono 5.470 in servizio e 598 esodati. I pensionati sono ricompresi nei 1.150 che hanno aderito con prestazioni della polizza Unisalute. **I lavoratori con polizza del Banco di Napoli devono porre particolare attenzione in quanto la comunicazione di variazione del nucleo familiare va effettuata entro il 31 gennaio.** Rimane in sospeso un quesito a causa delle diverse previsioni esistenti tra polizza Banco Napoli e Statuto del Fondo Sanitario per quanto concerne i genitori degli iscritti alla polizza del Banco di Napoli con età superiore ai 75 anni, che non possono essere iscritti alla polizza, ma tra 2 anni, avendo un età inferiore agli 80 anni, potrebbero essere iscritti al Fondo.

Unisalute

Mercoledì 26 gennaio era il termine in cui sono state inviate a Unisalute le anagrafiche di tutti gli aventi diritto all'iscrizione anche in mancanza di conferma (i 10.680 Caponucleo) e successivamente i familiari inseriti.

Questo per consentire la copertura e l'assegnazione delle password per l'accesso al sito Unisalute e le conseguenti operazioni. In ogni caso i carichi familiari verranno gestiti direttamente dal Fondo Sanitario e girati a Unisalute, che su questo fronte non potrà intervenire. In riferimento a Unisalute sono state chieste verifiche in merito ad

alcune fattispecie quali ad esempio: l'esclusione di patologie preesistenti, prevista per i pensionati, per cui l'Azienda sostiene che sono in corso chiarimenti che *di fatto* inficerebbero questa esclusione; la problematica della franchigia minima di 1.000 euro a prescindere dal tipo di prestazione chiedendone una modulazione.

Le Organizzazioni Sindacali hanno altresì sottolineato la necessità di comprendere meglio le capacità di copertura delle convenzioni Unisalute sul territorio, visto che alcune prestazioni possono essere effettuate solo in convenzione.

Lavoratori di filiali cedute

Come previsto dall'accordo sulla cessione di 96 filiali al Gruppo Crédit Agricole, per i lavoratori oggetto della vendita a Cariparma è stata sottoscritta, attraverso la Casdic, la polizza Allianz, per coloro che, non provenendo da nessuno dei Vecchi Fondi, sarebbero transitati dalla polizza Unisalute. Si tratta di 129 casi.

Fruizione delle prestazioni in convenzione (dirette)

Dal primo gennaio le richieste di prestazioni in convenzione sono state 7.476, di cui ne sono state evase 6.360 entro le 48 ore dalla richiesta e altre 462 oltre le 48 ore.

Dall'avvio della procedura di richiesta on-line (19 gennaio) vi sono state ulteriori 1.480 attivazioni. Le domande di rimborso pervenute dal 1° gennaio sono state 462.

Nonostante questi dati, il direttore del Fondo Sanitario ha preso atto dei disguidi avvenuti in merito alle prestazioni in convenzione (autorizzazioni mai giunte all'esercente, ritardi nell'autorizzazione all'utente) legati alla complessità della fase di avvio diversa dalle prassi delle ex Casse Sanpaolo e Intesa.

In proposito, i casi in cui il lavoratore, per mancata conferma da parte di Previmedical, ha dovuto pagare direttamente la prestazione verranno presi in considerazione dal Consiglio per individuare la soluzione idonea al fine di non arrecare un danno economico agli interessati.

Le Organizzazioni Sindacali hanno inoltre chiesto che i tempi di validità della prenotazione siano allineati a 30 giorni (come previsto per i ricoveri) anche per le specialistiche e la diagnostica. È stato inoltre segnalato che la modulistica richiesta è ridondante e in parte errata (indicazione del conto corrente ecc.), ottenendo che nei prossimi giorni venga modificata.

Nel caso di esame concomitante con la visita in convenzione nei prossimi giorni verranno segnalati degli "abbinamenti" preautorizzati, per i quali non sarà necessaria una doppia autorizzazione (es. Viene autorizzata visita ginecologica. Durante la visita il medico esegue il pap-test che non era stato richiesto. Verrà pre-autorizzato come esame convenzionato e si pagherà solo il maggiore degli importi previsti tra la visita e l'esame. Nel caso in esempio i 35 euro del pap-test).

Nell'eventualità l'importo previsto per le convenzioni sia superiore a quanto si sarebbe dovuto pagare a "rimborso" Previmedical non attiverà l'autorizzazione in convenzione, l'indiretta, in quanto più conveniente per il collega.

È stato chiarito e verrà ribadito ai convenzionati che in caso di prestazione indiretta saranno comunque applicati i prezzi in convenzione.

Prescrizioni

A seguito di richiesta sindacale è stata fatta chiarezza sulla questione relativa alle prescrizioni, peraltro complicata dalle indicazioni spesso fornite dagli operatori del Call Center Previmedical.

Le indicazioni sottoriportate valgono **sia per le prestazioni "a rimborso" che per quelle "in convenzione"**.

Definizione: prescrizione medica è qualsiasi prescrizione emessa dal medico di base o medico specialista. Quindi sia le impegnative "rosse" emesse dal medico di base che una semplice prescrizione in carta bianca dal medico di base o da qualsiasi specialista.

- La prescrizione NON è necessaria per nessuna visita specialistica e per nessuna terapia purchè eseguita da medico iscritto ad un albo professionale (es. psicologo e fisioterapista). Nella fattura dovrà essere indicato l'albo e il numero di iscrizione.
- La prescrizione è necessaria per esami e diagnostica. (es. Qualora l'ortopedico che mi sta visitando mi prescriva su carta bianca una risonanza. È sufficiente questa prescrizione per eseguire la risonanza)
- **L'indicazione della patologia non è obbligatoria**, ma può essere opportuno indicarla nei casi in cui sono previsti massimali maggiori o franchigie minori (es. nell'oncologia) e per fruire di sconti legati a particolari patologie (es. il diabete). Nel caso di fattura emessa da un medico NON specialista è necessaria l'indicazione della patologia (es. infortunio in montagna e il medico disponibile non ha alcuna specializzazione, andrà indicata la patologia per cui si è visitati).

È stato inoltre chiarito che la franchigia di 500 euro per i ricoveri senza intervento non viene applicata a tutti i casi di gravi malattie, come da elenco allegato al regolamento delle prestazioni.

I 100 euro necessari per presentare richieste di rimborso prima del mese di ottobre si intendono per "nominativo" e non per nucleo.

I ticket sono rimborsati integralmente e imputati ai relativi plafond.

Per "analoga copertura sanitaria", che esenta dalla penalizzazione, in caso di non iscrizione del familiare, si intende una qualsiasi copertura "collettiva" (es. Fondest per il settore commercio) o una copertura assicurativa privata comprensiva di prestazioni odontoiatriche.

La cartella clinica non è richiesta se ricoverati in struttura pubblica. Basta la lettera di dimissioni con le date di ricovero e di dimissioni e le terapie eseguite. Nel caso di strutture private la cartella è richiesta e il costo non è rimborsabile.

L'anagrafe dei denti è istituita e Previmedical esegue i controlli di congruenza.

Dalla settimana prossima sarà attiva la procedura di caricamento on-line delle richieste di rimborso.

Varie

Da circa una settimana i nuclei familiari confermati/variati sono stati "validati" e il personale in servizio ha anche ricevuto una mail di conferma. Invitiamo comunque tutti ad accedere alla parte riservata del sito del Fondo e verificare il corretto inserimento dei carichi (prima della validazione questa verifica non era possibile in quanto compariva solo il caponucleo).

Le Organizzazioni Sindacali hanno segnalato la necessità di un intervento per consentire ai soci che avessero smarrito la password o non riuscissero a eseguire la procedura di invio di una nuova, per aver scordato anche la risposta alla domanda segreta, di poter ottenere una nuova password.

Nella giornata di mercoledì 26 è stata quindi attivata la casella di posta nuovapasswordfsi@previmedical.it, che servirà unicamente alla generazione di una nuova password, che sarà strettamente personale e sarà inviata all'indirizzo di posta dal quale è stata formulata la richiesta. Per ottenere risposta sarà sufficiente inserire nome, cognome e codice fiscale **nell'oggetto della mail inviata**.

Per il personale in quiescenza e in pre-pensionamento questa funzionalità sarà disponibile dal prossimo 7 febbraio.

In quest'ambito sarà inoltre riattivata la mail per la richiesta di riapertura del processo di conferma/variazione del nucleo per coloro che avessero sbagliato la conferma.

Durante l'incontro è stato specificato che l'imposta di bollo non è rimborsata dal Fondo Sanitario, ma, in caso di mancanza della stessa, le fatture verranno pagate ugualmente e non respinte. La regolarizzazione sarà a cura dell'iscritto.

Segreteria **Uilca** Gruppo Intesa Sanpaolo