

Rimborso vaccinazioni

Garanzia confermata in via definitiva dal 1.1.2023

CADIPROF rimborsa agli iscritti il **50% *** delle spese sostenute durante il periodo di copertura per i trattamenti vaccinali **riguardanti loro stessi, i coniugi/conviventi e i loro figli** dal compimento del 3° anno e fino al compimento del 18° anno di età.

*** Il 100% del costo del vaccino Anti Influenzale per tutti i soggetti (iscritto/a, coniuge o convivente e figli) in età compresa tra 18 e 64 anni, per gli acquisti effettuati nel periodo 1° settembre-31 gennaio di ogni anno, fino a concorrenza del massimale annuo.**

La prestazione è erogabile fino a concorrenza dei limiti di rimborso massimo sotto indicati:

- **250,00 €** (duecentocinquanta) per anno
- **con un sotto massimale di 100,00 €** (cento) per ciascun iscritto
- **con un sotto massimale di 150,00 €** (centocinquanta) per coniuge o convivente e figli richiedibile per nucleo familiare.

Sono compresi in garanzia:

Fascia di età 3-18 anni (figli di dipendenti iscritti)

- Vaccino Anti HPV
- Vaccino Anti Meningococco Quadrivalente ACW135Y
- Vaccino Anti Meningococco B

Fascia di età 14-17 anni (figli di dipendenti iscritti)

- *Vaccino Influenzale stagionale (con prescrizione medica per patologia Gruppi a rischio: vedi [allegato](#))
- Vaccino Anti Pneumococco

Fascia di età 18-64 anni (dipendenti iscritti, loro coniuge/convivente e figli)

- *Vaccinazione Influenzale Stagionale
- Vaccino Anti Pneumococco

Fascia di età 18-64 anni (dipendenti iscritti e loro coniuge o convivente)

- Vaccino Anti Difterite Tetano Pertosse
- Vaccino Anti Morbillo Rosolia
- Vaccino Anti Meningococco Quadrivalente ACW135Y
- Vaccino Anti Meningococco B
- Vaccino Anti Epatite A (con prescrizione medica per patologia Gruppi a rischio: vedi [allegato](#))
- Vaccino Anti Morbillo Parotite Rosolia
- Vaccino Anti HPV

Per l'attivazione del rimborso, oltre al [modulo](#) Pacchetto Famiglia, è necessario presentare la seguente documentazione:

- [Autocertificazione dello Stato di Famiglia](#);
- Copia fotostatica degli scontrini/ticket con specifica indicazione del codice fiscale del soggetto beneficiario ("scontrino parlante");
- [Attestazione del medico curante o del pediatra](#);
- Copia dell'ultima busta paga.

N.B. Tutta la documentazione di cui ai punti precedenti se inviata via mail deve essere in formato digitale (file PDF o JPEG).

Per informazioni su come richiedere il rimborso visita la sezione [Richiesta rimborso](#)

Si ricorda che il termine di prescrizione per le richieste di rimborso è di due anni dalla data della spesa e che si estendono alla presente garanzia, ove applicabili, tutte le disposizioni previste dal regolamento amministrativo e dalle [Disposizioni generali](#).

Accedi alla pagina "[Allegato "Gruppi a rischio secondo il PNPV 2017-2019"](#)".