

Data ____/____/____ Firma dell'iscritto/a* _____
La firma deve essere apposta per esteso e leggibile e non deve essere autenticata

***Firma dell'iscritto o, se iscritto minorenne, del genitore con proprio nome e cognome**

DATI ANAGRAFICI CASSA EDILE/EDILCASSA RICEVENTE (Da compilare a cura dell'operatore della cassa solo in caso di richiesta a sportello)	
Cassa Edile/EdilCassa di _____	Codice CNCE _____
Cognome operatore referente _____	Telefono _____
Indirizzo email referente _____	

RIMBORSO DI UNA PRESTAZIONE GIÀ AVVENUTA

Documentazione richiesta

Per velocizzare i processi di rimborso ti chiediamo di inviare i documenti relativi allo stesso sinistro in un'unica soluzione

Ricovero in Istituto di cura per grande intervento chirurgico

- ☐ copia cartella clinica completa ed eventuali prescrizioni mediche
☐ copia fatture e/o ricevute fiscali

Prestazioni pre e post ricovero

- ☐ copia prescrizioni mediche
☐ copia fatture e/o ricevute fiscali

Prestazioni di alta specializzazione e visite specialistiche

- ☐ copia fatture e/o ricevute fiscali
☐ copia prescrizioni mediche con indicazione patologia presunta o accertata

Ticket sanitari

- ☐ copia Ticket, fatture e/o ricevute fiscali
☐ copia prescrizioni mediche con indicazione patologia presunta o accertata (non necessaria in caso di Pronto Soccorso)

Trattamenti fisioterapici riabilitativi

- ☐ copia fatture e/o ricevute fiscali
☐ copia prescrizioni mediche con indicazione patologia
☐ copia certificato Pronto Soccorso (in caso di infortunio)

Prestazioni odontoiatriche particolari (ablazione tartaro)

- ☐ copia fatture e/o ricevute fiscali
☐ diario clinico

Implantologia/avulsione

- ☐ copia fatture e/o ricevute fiscali
☐ copia radiografie e referti radiografici
☐ diario clinico

Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero

- ☐ copia fatture e/o ricevute fiscali
☐ copia prescrizione medica con quesito diagnostico
☐ copia radiografia pre e post prestazione e relativi referti
☐ diario clinico

Ortodonzia/protesi mobili dentarie, cure odontoiatriche conservative

- ☐ copia fatture e/o ricevute fiscali
☐ diario clinico

Ticket per prestazioni odontoiatriche

- ☐ copia Ticket e/o ricevute fiscali

Prestazioni diagnostiche particolari

- ☐ copia fatture e/o ricevute fiscali

Protesi ortopediche e acustiche

- ☐ copia prescrizioni mediche
☐ copia fatture e/o ricevute fiscali

Lenti

- ☐ copia fatture e/o ricevute fiscali
☐ copia attestazione variazione visus rilasciata da optometrista/oculista

Ticket per ecografie in gravidanza

- ☐ copia fatture e/o ricevute fiscali

SEZIONE DIARIE/INDENNITÀ

Indicare data inizio ____/____/____ e fine ____/____/____ ricovero

Ricovero in Istituto di cura per grande intervento chirurgico: richiesta indennità sostitutiva

- ☐ copia cartella clinica completa ed eventuali prescrizioni mediche
☐ copia fatture e/o ricevute fiscali

Indennità giornaliera per ricovero in caso di positività COVID-19

- ☐ copia cartella clinica completa (con evidenza della positività al COVID-19)

Diaria post ricovero a seguito di terapia intensiva per COVID-19

- ☐ copia cartella clinica completa (con evidenza della positività al COVID-19)

Se si tratta di documenti integrativi riferiti ad un sinistro già in essere, ti chiediamo di indicare il numero di sinistro a cui si riferiscono:

N° SINISTRO _____

Questo ci permetterà di accelerare la valutazione e il rimborso.

Si allega la copia delle seguenti fatture:

NUMERO	DATA	IMPORTO	NUMERO	DATA	IMPORTO

e si dichiara di essere a conoscenza che, ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, UniSalute avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali di spesa.

Dichiaro di non avere altre coperture sanitarie e di non aver presentato ad altre Assicurazioni, Casse, Fondi o Enti medesima richiesta di rimborso, in caso contrario indicare l'Assicurazione/Cassa/Fondo/Ente: _____
(Informazione obbligatoria ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile).

RICHIESTA DI PRESTAZIONE IN RETE

SPECIFICARE LA PRESTAZIONE RICHIESTA RIPORTANDO QUANTO INDICATO NELLA PRESCRIZIONE DEL MEDICO:

INDICARE NOME E INDIRIZZO DELLA STRUTTURA CONVENZIONATA CON UNISALUTE:

DATA: ____/____/____ **ORARIO:** _____

(N.B.: L'APPUNTAMENTO È VALIDO PER SANEDIL SOLO SE PRIMA CONFERMATO DA UNISALUTE)

Documentazione richiesta per prestazioni in rete: Copia della prescrizione del medico curante e di altra eventuale documentazione indicata in Guida.

☐ Si tratta di prenotazione di pacchetto prevenzione, non è richiesta copia della prescrizione del medico curante.

In caso di Visite Specialistiche indicare il nome del medico convenzionato: _____

Data ____/____/____ **Firma** _____

Firma dell'Isritto/a o, se iscritto minorenne, del genitore con proprio nome e cognome