



NEL SEGNO DEI DIRITTI

Gruppo Bancario Crédit Agricole Italia

GUIDA RIASSUNTIVA COPERTURA SANITARIA Crédit Agricole 2022/2023



NB: Questa guida vuole essere riassuntiva dell'originale contratto di assicurazione sanitaria. In nessun caso può sostituire la convenzione della quale si evidenziano esclusivamente le caratteristiche principali.

RIEPILOGO PRESTAZIONI EROGATE DALLA POLIZZA	
ELENCO SINTETICO PRESTAZIONI	NELLE PAGINE SUCCESSIVE TROVATE MAGGIORI INFORMAZIONI DI DETTAGLIO MA GENERICAMENTE: - LA POLIZZA OPERA PRINCIPALMENTE A COPERTURA DEI CASI DI MALATTIA O INFORTUNIO - LA POLIZZA COMPRENDE ANCHE RIMBORSI PER PRESTAZIONI SPECIALISTICHE EXTRAOSPEDALIERE - INDENNITA' RECUPERO TOSSICODIPENDENTI - INVALIDITA' PERMANENTE: COPERTURA IN CASO DI INVALIDITA' PERMANENTE ALMENO DEL 60% DA MALATTIA (PER IL SOLO DIPENDENTE) CHE COMPORTI L'IMPOSSIBILITA' DI PROSEGUIRE IL RAPPORTO DI LAVORO - CURE DENTARIE: COPERTURA PER CURE DENTARIE PROTESI DENTARIE SOGGETTA A MASSIMALE COMPLESSIVO DI POLIZZA - PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE: CHECK UP -- SINDROME METABOLICA -- DIAGNOSI COMPARATIVA IN PRESENZA DI SPECIFICHE PATOLOGIE
PRESTAZIONI IN STRUTTURE CONVENZIONATE E NON CONVENZIONATE	
PRESTAZIONI STRUTTURE NON CONVENZIONATE:	SONO PREVISTE GENERICAMENTE DELLE FRANCHIGIE
PRESTAZIONI STRUTTURE CONVENZIONATE:	FRANCHIGIE LIMITATE O AZZERATE OCCORRE EFFETUARE PRENOTAZIONE PREVENTIVA TRAMITE SITO www.unisalute.it (fare attenzione alla descrizione della prestazione proposta da ogni struttura) O TELEFONICAMENTE TRAMITE UNISALUTE NUM. VERDE 800822449 (lun-ven 8,30/19,30) ATTENZIONE: se si ricorre ad una struttura Convenzionata bypassando la prenotazione e pagando direttamente poi Unisalute tratta il sinistro come se fosse effettuato in strutture Non Convenzionate

CURE SPECIALISTICHE CON RICOVERO e/o INTERVENTO A SEGUITO DI INFORTUNIO O MALATTIA , PARTO (CESAREO O FISILOGICO) O ABORTO TERAPEUTICO

A	NUMERO GIORNI DI COPERTURA DELLE SPESE MEDICHE PRIMA DEL RICOVERO O INTERVENTO relative a: spese per l'assistenza medica ed infermieristica, cure, medicazioni, trattamenti fisioterapici e rieducativi, esami, accertamenti diagnostici (ivi compresi gli onorari medici) e visite mediche sostenute precedentemente al ricovero o l'intervento ambulatoriale	120
B	NUMERO GIORNI DI COPERTURA DELLE SPESE MEDICHE DOPO IL RICOVERO O INTERVENTO relative a: esami, accertamenti diagnostici (ivi compresi gli onorari medici), visite mediche, medicazioni, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse le spese alberghiere), il tutto sempre che sia reso indispensabile dall'evento considerato.	120
C	NUMERO DI GIORNI DI COPERTURA SUCCESSIVI PER LE SPESE FISIOTERAPICHE RESE NECESSARIE DA INGESSATURA applicate a seguito di un infortunio ed effettuate presso un Pronto Soccorso del SSN, anche in assenza di ricovero. La presente estensione NON è valida per ingessature effettuate in strutture sanitarie private.	120
D	INTERVENTO CHIRURGICO	Sono comprese le spese degli onorari dei medici, del chirurgo, dell'assistente, dell'anestesista, ecc..., i diritti di sala operatoria e il materiale di intervento ivi compresi gli apparecchi protesici interni o terapeutici e le endoprotesi.

E	ASSISTENZA MEDICA, MEDICINALI, CURE	Sono comprese le spese per esami, accertamenti diagnostici, le cure, i trattamenti fisioterapici rieducativi e i medicinali durante il periodo di ricovero purchè resi indispensabili dall'evento considerato.	
F	MASSIMALE SPESE IN CASO DI PARTO CESAREO	7747,00 euro	In alternativa, 65 € al giorno con due giorni di franchigia sia per ricovero presso SSN o clinica privata. Ai fini del computo delle giornate di ricovero si considera il giorno di ingresso e di uscita una sola giornata.
G	MASSIMALE SPESE IN CASO DI PARTO NON CESAREO	2583,00 euro	
H	CORSO PREPARAZIONE AL PARTO per anno e nucleo familiare se effettuato presso ospedale o strutture private da personale qualificato in tal senso	517,00 euro	
I	RIMBORSO SPESE GIORNALIERE PER VITTO E PERNOTTAMENTO DELL'ACCOMPAGNATORE IN ISTITUTO DI CURA O STRUTTURA ALBERGHIERA OVE NON SUSSISTA DISPONIBILITA' OSPEDALIERA. NUMERO MASSIMO DI GIORNI PER ANNO E NUCLEO FAMILIARE	52 ,00 euro giornalieri, per un max di 30 giorni	
L	MASSIMALE RIMBORSO SPESE DI TRASPORTO PER IL RICOVERO IN ITALIA CON QUALSIASI MEZZO SANITARIAMENTE ATTREZZATO (per anno assicurativo e nucleo familiare). IL MASSIMALE VALE ANCHE PER LE SPESE DI RICOVERO ALL'ESTERO MA CON INTERVENTO CHIRURGICO	5000,00 euro	
M	RIMBORSO AUTO PRIVATA PER RICOVERO CON INTERVENTO CHIRURGICO ALL'ESTERO	l'impresa liquiderà un importo pari al costo del biglietto ferroviario di seconda classe	
N	SPESE PER RIMPATRIO SALMA (per anno assicurativo e nucleo familiare)	3000,00 euro	

O	SPESE ASSISTENZA INFERMIERISTICA DOMICILIARE (per anno assicurativo e nucleo familiare) 26,00 euro giornalieri, per un max di 15 giorni	
P	INTERVENTO AGLI OCCHI: LIMITATAMENTE AL SOLO DIPENDENTE SPESE DEGLI INTERVENTI PER LA CORREZIONE DEI VIZI DI RIFRAZIONE OCULARE IN CASO DI UTILIZZO DI STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE CON UNISALUTE	per il dipendente CA 1.000,00 euro per occhio, comprese la visita specialistica pre e post intervento solo se effettuate in struttura privata convenzionata
Q	INTERVENTO AGLI OCCHI: LIMITATAMENTE AL SOLO DIPENDENTE SPESE DEGLI INTERVENTI PER LA CORREZIONE DEI VIZI DI RIFRAZIONE OCULARE IN CASO DI UTILIZZO DI STRUTTURE SANITARIE PRIVATE NON CONVENZIONATE CON UNISALUTE	Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'80%, con il minimo non indennizzabile di 40,00 euro, comunque entro il limite di spesa di 1.000,00 euro ad occhio. Per la presente prestazione non sono rimborsabili i ticket del SSN.

Le fatture delle visite devono essere presentate contestualmente a quelle dell'intervento. Per ottenere il rimborso occorre allegare alla fattura copia della richiesta del medico curante, contenente la patologia presunta o accertata.

MASSIMALI ANNUI RELATIVI A CURE SPECIALISTICHE CON RICOVERO E/O INTERVENTO/GRANDI INTERVENTI

COPERTURA MASSIMA ANNUA PER PERSONA E/O NUCLEO FAMILIARE

300.000,00 euro disponibilità unica

COPERTURA ULTERIORI INTERVENTI SOPRAGGIUNTI RISPETTO A QUANTO AUTORIZZATO

Rientrano nelle coperture gli ulteriori interventi sopraggiunti/concomitanti rispetto a quanto autorizzato dalla società e che dovessero rendersi necessari/opportuni in occasione di operazioni/accertamenti diagnostici.

RICOVERO A SEGUITO MALATTIA E/O INFORTUNIO - FRANCHIGIE

IN CASO DI UTILIZZO DI STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE CON UNISALUTE ED EFFETTUATE DA MEDICI CONVENZIONATI	NO FRANCHIGIA
IN CASO DI UTILIZZO DI STRUTTURE SANITARIE NON CONVENZIONATE CON UNISALUTE E/O STRUTTURE CONVENZIONATE CON MEDICI NON CONVENZIONATI	Le prestazioni vengono rimborsate nella misura del 90% con il minimo non indennizzabile di 413,00 euro e un massimo di 2.066,00 euro. Ad eccezione delle prestazioni Pre/Post ricovero con la sola applicazione dello scoperto del 10%. <i>Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale le prestazioni vengono rimborsate nella misura dell'80% con un minimo non indennizzabile di 40,00 euro.</i>

GLI INDENNIZZI DI CUI AL PUNTO A - B e C	Scoperto 10% - In caso invece le prestazioni siano eseguite dal SSN i ticket verranno rimborsati senza scoperti
PER I GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI E LE GRAVI MALATTIE	NO FRANCHIGIA O SCOPERTO

RICOVERO A SEGUITO MALATTIA E/O INFORTUNIO - DIARIA SOSTITUTIVA

DIARIA SOSTITUTIVA NEL CASO NON SIANO SOSTENUTE SPESE DURANTE IL RICOVERO PRESSO LE STRUTTURE DEL SSN	65,00 euro
NUMERO MASSIMO DEI GIORNI DI CORRESPONSIONE DELLA DIARIA (per anno assicurativo e nucleo familiare)	300 con una franchigia 2 giorni (sarà corrisposta quindi a partire dal terzo giorno). Al fine del computo delle giornate di ricovero si considera il giorno di ingresso e di uscita una sola giornata
DAY HOSPITAL CONSECUTIVI	la franchigia di 2 giorni verrà applicata a conclusione di ogni ciclo di terapia risultante da ogni singola cartella clinica

RIMBORSO DELLE SPESE PER VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI PERTINENTI A MALATTIA O INFORTUNIO

1	Onorari dei medici conseguenti a visite specialistiche.	6.165,00 euro per anno assicurativo e per nucleo familiare, le spese per le seguenti prestazioni specialistiche, ambulatoriali e domiciliari purchè pertinenti ad una malattia o infortunio Relativamente alle visite specialistiche, i documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata
2	Onorari dei medici per prestazioni specialistiche (escluse quelle odontoiatriche e ortodontiche).	
3	Analisi ed esami diagnostici	
4	Cura delle malattie neoplastiche e del sangue.	
5	Cure dentarie e paraodontopatie, rese necessarie da infortunio effettuate ambulatoriamente (denuncia fatta entro 48 ore dall'infortunio con ampia prova)	

ATTENZIONE: non vengono accettate prestazioni di "operatori sanitari" anche se iscritti all'albo ma solo di medici specialisti.

FRANCHIGIE STRUTTURE CONVENZIONATE

In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con UNISALUTE e con prestazioni effettuate da medici convenzionati, le prestazioni di cui al punto 1- 2 - 3 vengono liquidate direttamente dalla compagnia con uno scoperto di 25,00 euro, per ogni visita o accertamento diagnostico (va presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata). Durante la visita, eventuali ulteriori accertamenti, avranno sempre uno scoperto di 25,00 euro se in copertura piano.

FRANCHIGIE STRUTTURE NON CONVENZIONATE

In caso di utilizzo di strutture sanitarie NON convenzionate con UNISALUTE. L'indennizzo dei punti 1 - 3 - 4 - 5 verrà liquidato con uno scoperto del 20% franchigia minima 40,00 euro. Per il punto 2 lo scoperto 20% e la franchigia minima 40,00 euro si applica cumulativamente sino ad un massimo di 5 prestazioni specialistiche, semprechè l'iscritto invii le richieste di rimborso delle spese sostenute in un'unica soluzione.

FRANCHIGIE SSN

In caso di utilizzo di strutture del SSN, Unisalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'assicurato.

AMNIOCENTESI E VILLOCENTESI o test di screening prenatale "Harmony"

1.000 euro per anno assicurativo e nucleo familiare con franchigia del 30% e un minimo non indennizzabile di 200,00 euro per esame.

Tale limite di spesa è da intendersi aggiuntivo al massimale di 6.165,00 euro.

Per ottenere il rimborso, è necessario che l'assicurato allegghi sempre la copia della richiesta del medico curante, contenente la patologia presunta o accertata. Nel caso più prestazioni siano elencate su un'unica fattura, le stesse verranno liquidate come se fossero un'unica prestazione nel caso si tratti delle seguenti: visita urologica + ecografia, visita ginecologica + ecografia + pap-test, visita cardiologica + elettrocardiogramma + ecocardiogramma + ecodoppler, visita senologica + mammografia + ecografia.

TRATTAMENTI FISIOTERAPICI A SEGUITO DI MALATTIA O INFORTUNIO

Pagamento delle spese per trattamenti di riabilitazione a seguito infortunio o malattia, sempre prescritti da un medico, ed effettuati da personale medico o paramedico abilitato in terapia e riabilitazione, il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa. Massimale di 800,00 euro per anno assicurativo e nucleo familiare.		TRATTAMENTO FISIOTERAPICO E LASERTERAPIA: ai sensi della polizza vengono contemplati come due diversi trattamenti, con due diversi massimali e franchigie. Servono, se effettuati anche in sovrapposizione temporale, due diverse prescrizioni
FRANCHIGIE STRUTTURE CONVENZIONATE	In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con Unisalute ed effettuate da medici convenzionati, le prestazioni vengono direttamente erogate dalla compagnia con un minimo non indennizzabile di 100,00 euro per ciclo di terapia.	
FRANCHIGIE STRUTTURE NON CONVENZIONATE	In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con Unisalute, le prestazioni vengono rimborsate con una franchigia del 20% e un minimo non indennizzabile di 200,00 euro per ciclo di terapia.	
FRANCHIGIE SSN	In caso di utilizzo di strutture del SSN, Unisalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'iscritto.	

RIMBORSO PER PRESTAZIONI SPECIALISTICHE EXTRAOSPEDALIERE

SPESE PER PRESTAZIONI SPECIALISTICHE EXTRAOSPEDALIERE SOTTO ELENCA TE, PURCHE' PERTINENTI A INFORTUNIO O MALATTIA		4.165,00 euro per anno assicurativo e nucleo familiare
ELENCO	Cobaltoterapia - Chemioterapia - Laserterapia (a scopo riabilitativo) - Dialisi - Radioterapia - Trattamento HIFU - Ablatermia	
FRANCHIGIE/SCOPERTO (non contemplata la possibilità di ricorrere a STRUTTURE CONVENZIONATE)	20% della spesa sostenuta con franchigia minima 40,00 euro per ogni ciclo di terapia. Per le prestazioni eseguite dal SSN i ticket verranno interamente rimborsati senza scoperto e/o franchigia	

Per ottenere il rimborso occorre allegare alla fattura copia della richiesta del medico curante, contenente la patologia presunta o accertata.

INDENNITA' RECUPERO TOSSICODIPENDENTI

COMPONENTI NUCLEO FAMILIARE CON ETA' INFERIORE A 14 ANNI ALL'ATTO DELLA STIPULA	775,00 euro per anno dopo ricovero continuativo presso Comunità terapeutica
---	---

INVALIDITA' PERMANENTE ALMENO DEL 60% DA MALATTIA (PER IL SOLO DIPENDENTE)

La polizza interviene anche per il caso di invalidità permanente conseguente a malattia, anche se la malattia fosse preesistente alla data di effetto della polizza, purchè manifestatasi non oltre un anno dalla cessazione della copertura assicurativa. Massimale assicurato 77.500,00 euro. E' considerata invalidità permanente la perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità generica dell'assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo. Qualora l'invalidità permanente consenta la prosecuzione di un rapporto di lavoro "a part time" il massimale viene ridotto a 52.000,00 euro, e comunque rapportato proporzionalmente alla riduzione dell'orario di lavoro settimanale.

CURE DENTARIE PROTESI DENTARIE

Rimborso per cure e protesi dentarie (ortodontiche e odontoiatriche) fino alla concorrenza di un massimale unico di 460.000,00 euro per l'insieme di tutti gli assicurati compresi anche i familiari fiscalmente a carico assicurati. Verrà rimborsato fino alla concorrenza di un massimale di 10.000,00 € per sinistro e con una franchigia assoluta di 1.500.00 €, il 50% dell'importo rimanente. Ogni nucleo familiare potrà usufruire di un'unica prestazione nel corso dell'anno assicurativo. Per prestazioni che si ripetono nel biennio la percentuale di rimborso si ridurrà al 40%, al secondo anno. Il rimborso delle prestazioni avverrà entro il 28 febbraio dell'anno successivo alla richiesta, con l'avvertenza che, qualora l'ammontare complessivo dei rimborsi dovesse superare il massimale cumulativo annuo globale previsto, i relativi indennizzi verranno ridotti in proporzione.



PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE - CHECK UP

CHECK UP gratuito presso un centro convenzionato previa prenotazione tramite centrale operativa. Verranno effettuati i seguenti esami:

Emocromo - Glicemia - Colesterole parziale - Colesterolo totale - Trigliceridi - FT3 - FT4 - TSH - TRS - Ferro - TAS - VES - Esame delle urine completo - Elettrocardiogramma a riposo oppure il alternativa il pap test o il PSA

PRESTAZIONE

FAMILIARI A CARICO: Il pacchetto delle prestazioni può essere usufruito una sola volta all'anno per nucleo familiare.
FAMILIARI NON A CARICO: la prestazione è estesa ad un componente tra i familiari non a carico

PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE - SINDROME METABOLICA

Per attivare la copertura l'Iscritto dovrà compilare il questionario raggiungibile cliccando su www.unisalute.it e "confermare il suo invio" a Unisalute

Solo nel caso in cui l'Iscritto si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica "non conclamata", poiché gli indicatori del rischio di Sindrome Metabolica devono essere regolarmente monitorati, Unisalute provvederà all'organizzazione e al pagamento delle prestazioni specificatamente indicate da effettuarsi con cadenza semestrale in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione

PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE - DIAGNOSI COMPARATIVA

Il Piano sanitario dà la possibilità all'Iscritto di avere un secondo e qualificato parere sulla precedente diagnosi fatta dal proprio medico, con le indicazioni terapeutiche più utili per trattare la patologia in atto.

ATTIVAZIONE PRESTAZIONE

Telefonando al numero verde della Centrale Operativa UniSalute 800-822449, l'Iscritto verrà informato sulla procedura da attivare per ottenere la prestazione.

PATOLOGIE COPERTE

La prestazione è fornita esclusivamente per le seguenti patologie: - AIDS - Morbo di Alzheimer - Perdita della vista - Cancro - Coma - Malattie cardiovascolari - Perdita dell'udito - Insufficienza renale - Perdita della parola - Trapianto di organo - Patologia neuro motoria - Sclerosi multipla - Paralisi - Morbo di Parkinson - Infarto - Ictus - Ustioni Gravi

GRANDI INTERVENTI E GRAVI MALATTIE

Il massimale per i grandi interventi e gravi malattie è di 300.000,00 euro. Per i grandi interventi chirurgici fare riferimento all'elenco del fascicolo informativo o alla guida analitica della Polizza. Vengono considerate Gravi Malattie (Infarto del Miocardio - Coronaropatia - Ictus Cerebrale - Malattia Oncologica). Per i grandi interventi chirurgici e le "gravi malattie" l'indennizzo sarà liquidato senza alcuno scoperto e nessuna franchigia.

NUCLEO FAMILIARE

L'assicurazione è prestata anche per i familiari fiscalmente a carico (coniuge o convivente) e ai figli purchè conviventi e risultanti dallo Stato di famiglia. Per i figli di coniugi separati, anche se non conviventi, ma fiscalmente a carico. Per i figli fiscalmente a carico ma con residenza diversa sino ad età di 26 anni. Per il coniuge fiscalmente a carico ma con diversa residenza, purchè non legalmente separato.

FAMILIARI FISCALMENTE NON A CARICO

E' possibile estendere a pagamento la copertura della polizza anche ai familiari fiscalmente non a carico, limitatamente al coniuge/convivente e ai figli purchè conviventi, come risulta dallo Stato di famiglia. E' possibile estendere la copertura al coniuge con diversa residenza purchè non legalmente separato, dietro versamento del premio aggiuntivo.

PREMIO PER OGNI FAMILIARE NON A CARICO

530,00 euro

TEMINI DI DENUNCIA DEI SINISTRI

La denuncia del sinistro è da effettuare, al momento che l'assicurato ne abbia la possibilità e comunque entro 20 giorni dall'evento, o in caso di ricovero dalla data di dimissione. La denuncia deve essere corredata dalla documentazione medica.

Spese per cure e protesi dentarie ogni nucleo familiare dovrà presentare una unica richiesta di risarcimento (sinistro) entro il 05/01 dell'anno successivo a quello di competenza delle spese sostenute.

ATTENZIONE: per le cure dentarie e paraodontopatie, rese necessarie da infortunio seppure effettuate ambulatoriamente la denuncia va fatta entro 48 ore dall'infortunio con ampia prova.

RIFERIMENTI PER EVENTUALI RICHIESTE DI INFORMAZIONI

SITO	www.unisalute.it
NUMERO VERDE	800-822449
DALL'ESTERO PER L' ITALIA	051 6389046



PRENOTAZIONE VELOCE

Dal sito di Unisalute o tramite app si possono prenotare online le prestazioni. Prima di una prestazione in struttura convenzionata verificare anche se il medico scelto è convenzionato con Unisalute.

DOCUMENTAZIONE GENERALMENTE RICHIESTA PER RIMBORSI RELATIVI A: RICOVERO/INTERVENTO

MODULO RICHIESTA RIMBORSO	COMPILATO E SOTTOSCRITTO (DISPONIBILE SUL SITO)	Unisalute avrà la facoltà di richiedere la produzione dei documenti originali, oltre ad eventuali controlli medici attraverso il rilascio di una specifica autorizzazione per superare il vincolo del segreto professionale a cui sono sottoposti i medici
COPIA CARTELLA CLINICA CON SCHEDA DIMISSIONI OSPEDALIERA (SDO) CONFORME ALL'ORIGINALE	IN CASO DI RICOVERO	
COPIA COMPLETA DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA	IN CASO DI INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE	
COPIA CARTELLA CLINICA CON SCHEDA DIMISSIONI OSPEDALIERA (SDO) CONFORME ALL'ORIGINALE	IN CASO DI INDENNITA' GIORNALIERA	
Tutta la documentazione medica relativa alle prestazioni precedenti e successive al ricovero/intervento chirurgico ambulatoriale e ad esso connessa dovrà essere inviata unitamente a quella dell'evento a cui si riferisce	In caso di prestazioni extraricovero, copia della prescrizione contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico curante. Copia della documentazione di spesa (distinte e ricevute) in cui risulti il quietanzamento.	

DOCUMENTAZIONE GENERALMENTE RICHIESTA PER RIMBORSI RELATIVI A: VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI, TRATTAMENTI FISIOTERAPICI PERTINENTI A MALATTIA O INFORTUNIO

Per ottenere il rimborso, è necessario che l'assicurato alleggi sempre la copia della richiesta del medico curante, contenente la patologia presunta o accertata. Nel caso più prestazioni siano elencate su un'unica fattura, le stesse, se comprese nell'elenco seguente se effettuate presso strutture non convenzionate, verranno liquidate come se fossero un'unica prestazione:

visita urologica + ecografia,
visita ginecologica + ecografia + pap-test,
visita cardiologica + elettrocardiogramma + ecocardiogramma + ecocolordoppler,
visita senologica + mammografia + ecografia.

STRUTTURE CONVENZIONATE:

sul sito www.unisalute.it (area clienti)

PROBLEMI O RITARDI

In caso di ritardi o problemi nella liquidazione del sinistro siete pregati di contattare il vostro rappresentante sindacale aziendale per comunicare le problematiche. Occorre comunicare:

- data e numero del sinistro
- numero della fattura
- copia prescrizione



FISAC