



SaluteMia

**Società di Mutuo Soccorso
dei Medici e degli Odontoiatri**

sito
e-mail
Tel.

www.salutemia.net
prestazionisanitarie@salutemia.net
06 21.011.350

- Neonati**
copia prescrizioni mediche con indicazione patologia presunta o accertata
copia fatture e/o ricevute fiscali / ticket
- “Trapianto” (*) pag. 14.**
copia prescrizioni mediche con indicazione patologia presunta o accertata
copia fatture e/o ricevute fiscali / ticket
- Prestazioni dentarie**
eventuale copia prescrizioni mediche con indicazione patologia presunta o accertata
copia fatture e/o ricevute fiscali / ticket ,copia scheda anamnestica odontoiatrica, firmata dal dentista e dal paziente,riportante il dettaglio della prestazione.
- “Non autosufficienza” (*) pag. 22 Allegato “C” pag 29. ed “assistenza” (*) pag. 22.**
copia cartella clinica completa ed eventuali prescrizioni mediche
eventuale copia fatture e/o ricevute fiscali / ticket
- Rimpatrio della salma**
certificato di Morte
copia fatture e/o ricevute fiscali / ticket
- “Assistenza maternità base” (*) pag. 20 o “assistenza maternità estesa” (*) pag. 20.**
copia prescrizioni mediche con indicazione patologia presunta o accertata
copia fatture e/o ricevute fiscali / ticket
- “Prestazioni diagnostiche particolari” (*) pag. 21.**
copia prescrizioni mediche con indicazione patologia presunta o accertata
copia fatture e/o ricevute fiscali / ticket

PIANO SANITARIO INTEGRATIVO 1 - RICOVERO

- Tutti i ricoveri, con o senza intervento chirurgico, a seguito di infortuni o malattie, anche in regime di day hospital**
copia cartella clinica completa
copia prescrizioni mediche con indicazione patologia presunta o accertata
copia fatture e/o ricevute fiscali / ticket
- “Assistenza medica, medicinali, cure durante il ricovero” (*) pag. 12 e pag. 15.**
copia prescrizioni mediche con indicazione patologia presunta o accertata
copia fatture e/o ricevute fiscali / ticket
- Accompagnatore**
copia cartella clinica completa, certificandone i giorni di assistenza
copia fatture e/o ricevute fiscali / ticket
- “Neonati” (*) pag.14.**
copia prescrizioni mediche con indicazione patologia presunta o accertata
copia fatture e/o ricevute fiscali / ticket
- Prestazioni pre e post ricovero**
copia prescrizioni mediche con indicazione patologia presunta o accertata
copia fatture e/o ricevute fiscali / ticket
- Assistenza infermieristica**
copia cartella clinica completa, certificandone i giorni di assistenza
copia fatture e/o ricevute fiscali / ticket
- Trasporto dell’assistito**
copia prescrizioni mediche con indicazione patologia presunta o accertata
copia fatture e/o ricevute fiscali / ticket

PIANO SANITARIO INTEGRATIVO 2 - SPECIALISTICA

- “Alta diagnostica integrata” (*) pag. 17.**
copia prescrizioni mediche con indicazione patologia presunta o accertata
copia fatture e/o ricevute fiscali / ticket
- “Analisi di laboratorio” (*) pag. 17.**
copia prescrizioni mediche con indicazione patologia presunta o accertata
copia fatture e/o ricevute fiscali / ticket
- “Visite specialistiche “(*) pag. 17.**
copia prescrizioni mediche con indicazione patologia presunta o accertata
copia fatture e/o ricevute fiscali / ticket
- “Fisioterapia” (*) pag. 17.**
copia prescrizioni mediche con indicazione patologia presunta o accertata
copia fatture e/o ricevute fiscali / ticket



SaluteMia

**Società di Mutuo Soccorso
dei Medici e degli Odontoiatri**

sito
e-mail
Tel.

www.salutemia.net
prestazionisanitarie@salutemia.net
06 21.011.350

PIANO SANITARIO INTEGRATIVO 3 - ODONTOIATRIA

- “Igiene e prevenzione” (*) pag. 19.**
copia fatture e/o ricevute fiscali / ticket
eventuali copia prescrizioni mediche con indicazione patologia
presunta o accertata
- “Cure di secondo livello” (*) pag. 19.**
copia fatture e/o ricevute fiscali / ticket
eventuali copia prescrizioni mediche con indicazione patologia
presunta o accertata
- “Cure di primo livello” (*) pag. 19.**
copia fatture e/o ricevute fiscali / ticket
eventuali copia prescrizioni mediche con indicazione patologia
presunta o accertata

(*) Come da regolamento scaricabile dal sito: www.salutemia.net

SI ALLEGA LA COPIA DELLE SEGUENTI FATTURE

| DATA | IMPORTO | N. FATTURA |
|------|---------|------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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.

MODALITÀ DI TRASMISSIONE

Il presente modulo di richiesta di rimborso per prestazioni sanitarie, unitamente a copia delle fatture pagate, dovrà essere inviato a SaluteMia attraverso una delle seguenti modalità:

- via email all'indirizzo prestazionisanitarie@salutemia.net
- via posta ordinaria all'indirizzo SaluteMia, Via della Mercede, 33 - 00187 Roma

LUOGO E DATA _____, ____ / ____ / _____ FIRMA _____

