

TABELLA RIMBORSI



TABELLA RIMBORSI

PRESTAZIONE SANITARIA	STRUTTURA UTILIZZATA	CALL CENTER
DIARIA per ricovero, intervento o day hospital	Qualsiasi	
Ospedalizzazione domiciliare a seguito di malattia e infortunio	Strutture e medici convenzionati	Telefonare al num. Verde 800.994884 per prendere appuntamento
	Strutture NON convenzionate	
Prestazioni di Alta Specializzazione	Servizio Sanitario Nazionale (ospedali o cliniche pubbliche)	
	Strutture e medici convenzionati	Telefonare al num. Verde 800.994884 per prendere appuntamento
	Strutture NON convenzionate	
Protesi ortopediche e acustiche		
Assistenza infermieristica domiciliare in caso di ricovero		
TICKET per visite Specialistiche, Accertamenti Diagnostici e Pronto Soccorso	Servizio Sanitario Nazionale (ospedali o cliniche pubbliche)	
Visite specialistiche (solo per i Soci Cisl)	Strutture e medici convenzionati	Telefonare al num. Verde 800.994884 per prendere appuntamento con prescrizione medica che dichiari la patologia presunta o conclamata



DOCUMENTI RICHIESTI PER IL RIMBORSO	MISURA DELLA PRESTAZIONE	MASSIMALE
Modulo di rimborso compilato Copia cartella clinica	Indennità per i giorni di ricovero previsti	
	Rimborso delle spese fino ai 120 gg dopo la fine del ricovero	
Modulo di rimborso compilato Copia cartella clinica, della prescrizione medica e della documentazione di spesa	Rimborso delle spese fino ai 120 gg dopo la fine del ricovero, con applicazione di uno scoperto del 20% a sinistro	fino a 4,000,00 € l'anno a persona
Modulo di rimborso compilato, copia della prescrizione medica che dichiara la patologia presunta o conclamata e copia del ticket	Rimborso del 100%	
Prescrizione medica indicante patologia presunta o conclamata	Rimborso del 70% con un minimo non indennizzabile di € 40,0 per accertamento diagnostico o ciclo di terapie	fino a 5.000,00 € l'anno
Modulo di rimborso compilato Copia della fattura	Rimborso del 70% con un minimo non indennizzabile di € 40,00	
Modulo di rimborso compilato Copia della fattura	Rimborso all'80% con un minimo non indennizzabile di € 100,00 a fattura	fino a 1.000,00 € l'anno a nucleo familiare
Modulo di rimborso compilato Copia delle fatture	Rimborso di € 25,00 al giorno per i primi 30 gg successivi al ricovero	
Modulo di rimborso compilato Copia della prescrizione medica e del ticket	Rimborso del 100%	
	A carico dell'Iscritto € 30,00 per ogni visita effettuata	fino a 750,00 € l'anno a nucleo familiare



TABELLA RIMBORSI

PRESTAZIONE SANITARIA	STRUTTURA UTILIZZATA	CALL CENTER
Trattamenti fisioterapici a seguito di malattia e infortunio	Servizio Sanitario Nazionale (ospedali o cliniche pubbliche)	
	Strutture e medici convenzionati	Telefonare al num. Verde 800.994884 per prendere appuntamento
	Strutture NON convenzionate	
Pacchetto Gravidanza	Servizio Sanitario Nazionale (ospedali o cliniche pubbliche)	
Cure dentarie da infortunio	Servizio Sanitario Nazionale (ospedali o cliniche pubbliche)	
	Strutture e medici convenzionati	Telefonare al num. Verde 800.994884 per prendere appuntamento
	Strutture NON convenzionate	
Pulizia dei denti (detartrasi)	Qualsiasi	
Cure odontoiatriche d'emergenza	Qualsiasi	
Cure odontoiatriche conservative	Solo strutture e medici convenzionati	
Implantologia dentale	Solo strutture e medici convenzionati	
Pacchetto check up (solo per il titolare)	Solo strutture e medici convenzionati	Telefonare al num. Verde 800.994884 per prendere appuntamento
Prestazioni non previste dal Piano Sanitario (SERVIZIO CARD)	Solo strutture e medici convenzionati	Esibire la Card personale in sede di accesso alla struttura



DOCUMENTI RICHIESTI PER IL RIMBORSO	MISURA DELLA PRESTAZIONE	MASSIMALE
Modulo di rimborso compilato Certificato di Pronto Soccorso Copia della prescrizione medica e del ticket	Rimborso del 100%	fino a 300,00 € l'anno a nucleo familiare
	Fondo Arcobaleno salda il 100% di quanto dovuto direttamente alla struttura	
Modulo di rimborso compilato Certificato di Pronto Soccorso Copia della prescrizione medica e della fattura	Rimborso all' 80% con un minimo non indenizzabile di € 50,00 a fattura	
Modulo di rimborso compilato Copia della prescrizione medica e del ticket	Rimborso del 100% con un minimo non indenizzabile di € 30,00 ad invio	fino a 250,00 € l'anno a nucleo familiare
Modulo di rimborso compilato Certificato di Pronto Soccorso Copia della prescrizione medica e del ticket	Rimborso del 100%	fino a 750,00 € l'anno a nucleo familiare
	Fondo Arcobaleno salda il 100% di quanto dovuto direttamente alla struttura	
Modulo di rimborso compilato Certificato di Pronto Soccorso Copia della prescrizione medica e della fattura	Rimborso al 75% con un minimo non indenizzabile di € 100,00 a fattura	
Modulo di rimborso compilato Copia della fattura		fino a 60,00 € l'anno a persona
Modulo di rimborso compilato Copia della fattura		fino a 100,00 € l'anno a nucleo familiare
Modulo di rimborso compilato Copia della fattura		
Modulo di rimborso compilato Referti radiografici precedenti e successivi all'intervento e copia della fattura	La garanzia si attiva per un numero minimo di 3 impianti	fino a 1.500,00 € all'anno a persona
	Una volta ogni due anni: Fondo Arcobaleno salda il 100% di quanto dovuto direttamente alla struttura	
	Sconto medio tra il 15% ed il 35%	

