



MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI IN FORMA INDIRETTA (RIMBORSUALE)

Si precisa che il presente documento intende essere una Guida operativa di sintesi che non sostituisce le condizioni di polizza di cui l'assistito deve prendere visione.



**INTESA SANPAOLO
RBM SALUTE**



PAGAMENTO INDIRETTO

Avviene quando NON si fa ricorso a strutture sanitarie convenzionate.

Oltre alle fatture, si dovranno includere i seguenti documenti:

- Cartella clinica completa in caso di ricovero;
- Referto del Pronto Soccorso in caso di infortunio;
- Certificati medici e documentazione diagnostica a seconda del caso specifico.

La documentazione, in caso di rimborso in forma cartacea, deve essere inviata in FOTOCOPIA.

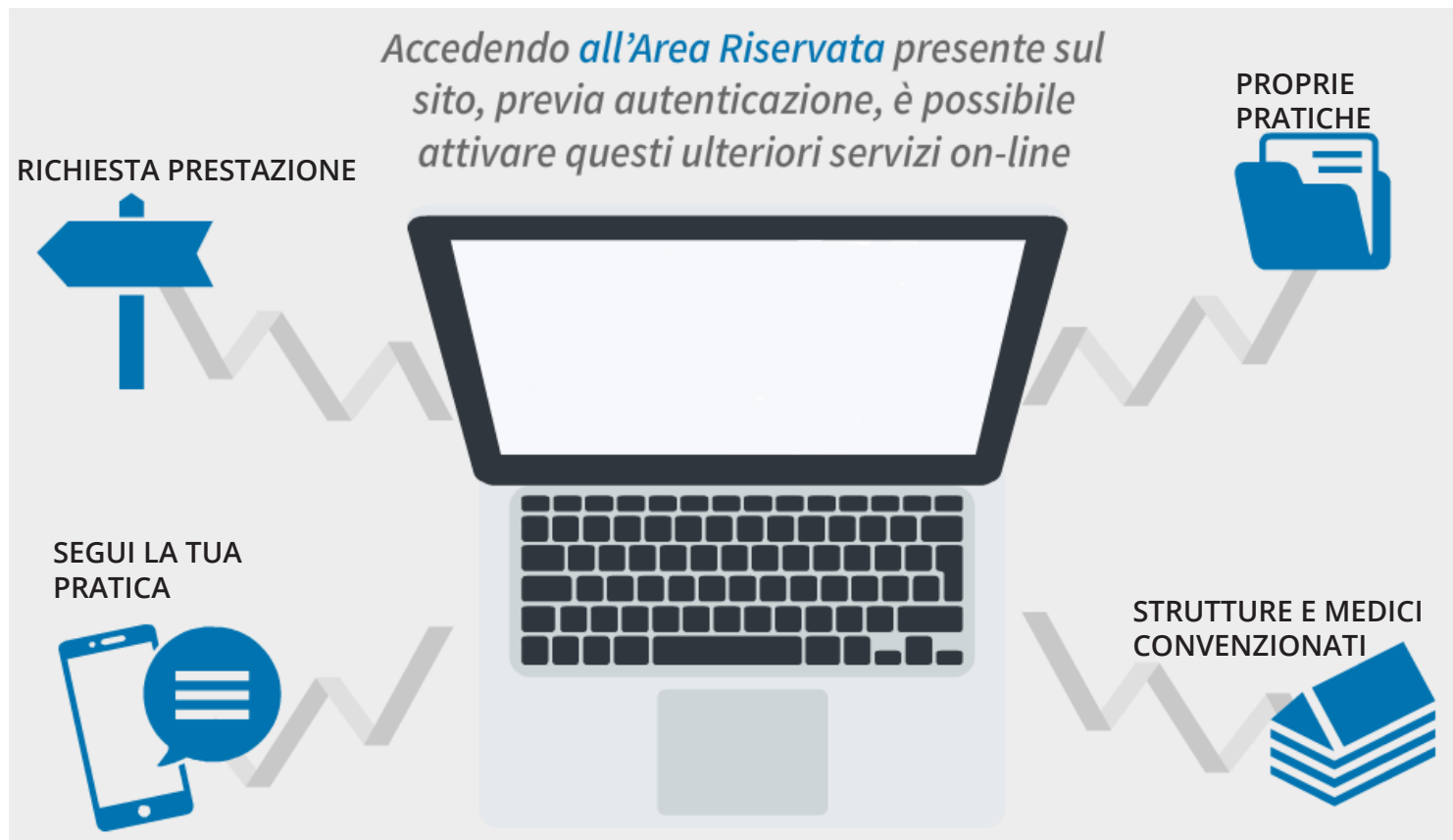


MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Per ottenere il rimborso, l'Assistito, al termine del ciclo di cure, dovrà compilare in ogni sua parte il Modulo di richiesta di rimborso ed allegare in fotocopia la documentazione giustificativa.



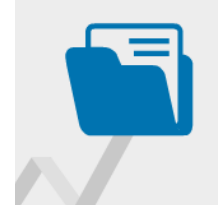
MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI



AREA RISERVATA

PROPRIE PRATICHE

Per ogni singola pratica verrà reso disponibile lo stato della pratica e inoltre:
la data rimborso; la tipologia di prestazione medica; la persona interessata (iscritto o familiare); il totale rimborsato.



SEGUI LA TUA PRATICA

Il servizio permette all'Assistito, indicando il proprio numero di telefono cellulare nel modulo di rimborso, di ricevere automaticamente via SMS tutte le informazioni relative alla propria pratica di liquidazione (ricezione, pagamento, sospensione, reiezione).



STRUTTURE E MEDICI CONVENZIONATI

È presente l'elenco di tutti i professionisti medici convenzionati che operano nelle strutture.



L'AREA RISERVATA

RICHIESTA DI RIMBORSO (1 di 6)

The screenshot shows the 'LE MIE PRATICHE' section with two columns of practice details. On the right, an orange box labeled 'RICHIESTA DI RIMBORSO' contains the text 'Richiedi un rimborso per una prestazione ricevuta' and a white button labeled 'RICHIEDI'. This box is circled in red.

Richiesta VoucherSalute*	
PRESTAZIONE : RM COLONNA 1 SEGMENTO	PRESTAZIONE : 1ª VISITA ORALE - 1ª ABLAZIONE TARTARO ...
APPUNTAMENTO : NON FISSATO	APPUNTAMENTO : NON FISSATO
STRUTTURA : Casa Di Cura Abano Terme Polispecialistica ...	STRUTTURA : Studio Dentistico Dott. Davide ...
MEDICO :	MEDICO :
BENEFICIARIO : Fvhtptl Bbbzdpb DATA : venerdì 22 febbraio 2019	BENEFICIARIO : Bnhxrxp Ttfhtxhvf Bbbzdpb DATA : giovedì 21 febbraio 2019
CODICE : MTS8724579532019 STATO : autorizzata ●	CODICE : MTS8724579462019 STATO : in lavorazione ●
PERIODO VALIDITÀ VoucherSalute* DAL 22 febbraio 2019 AL 23 marzo 2019	
DETTAGLIO	DETTAGLIO

È possibile richiedere un rimborso tramite il box arancione nella pagina principale.

Si dovrà selezionare il beneficiario (in questo caso è l'intestatario, ma è possibile selezionare anche un familiare).

The screenshot shows the 'Beneficiario' selection screen. It has a header 'Beneficiario' and a list of beneficiaries. The first beneficiary is selected with a blue radio button.

Beneficiario
Seleziona il beneficiario
<input checked="" type="radio"/> BNHXRXP TTFHTXHVf BBBZDPB - BBBBHX69L12F205V (12/07/1969)
<input type="radio"/> FVHPTBL BBBZDPB - BBBFHP02E66F205Q (26/05/2002)
<input type="radio"/> JVHJZBF BBBZDPB - BBBJHJ11R12F205W (12/10/2011)
<input type="radio"/> HHHZ BBBZDPB - BBBHHZ07A42D035K (02/01/2007)

AVANTI

RICHIESTA DI RIMBORSO (2 di 6)

Beneficiario
BBBZDPB BNHXRP TTFHHTXHVF

Documento di spesa

Inserisci qui di seguito i dati relativi alla fattura/ricevuta che intendi mettere a rimborso

Data documento di spesa (*)
05/02/2019

Numero documento di spesa (*)
00011-2019

Partita IVA della struttura (*)
00000000001
Partita iva non valida

Struttura (*)

Campo obbligatorio

INDIETRO

AVANTI

In caso di richiesta di Indennità Diaria (ricoveri a totale carico del SSN) compilare nel seguente modo:

- Data documento di spesa: inserire data ingresso
- Numero documento di spesa: inserire la parola DIARIA
- Struttura: struttura ospedaliera presso la quale si è svolto il ricovero

Si inseriscono i dati della fattura.

Nota bene: nel caso in cui i dati inseriti siano parziali, il sistema segnala in rosso i campi obbligatori da compilare.

Si dovrà selezionare tra i box proposti il tipo di prestazione che è stata effettuata.

Beneficiario
BBBZDPB BNHXRP TTFHHTXHVF

Documento di spesa
Numero documento di spesa: 00011-2019

Tipologia

Seleziona la tipologia prestazione

Diaria (per ricoveri a totale carico SSN)

Ricovero/Intervento e prestazioni pre/post ricovero

Accertamenti diagnostici e visite

Odontoiatria

Fisioterapia

6d
Lenti

Altre prestazioni sanitarie

Altre richieste non sanitarie

INDIETRO

RICHIESTA DI RIMBORSO (3 di 6)

Beneficiario
888ZDP8 BNHXKXP TTFHHTXHV

Documento di spesa
Numero documento di spesa: 00011-2019

In quale modalità verrà eseguita la prestazione?

TICKET PRIVATO

INDIETRO

Si sceglierà la tipologia di rimborso tra regime di ticket o privato. In questo caso «ticket».

Si dovrà selezionare tra i box proposti il tipo di prestazione che è stata effettuata.

Beneficiario
888ZDP8 BNHXKXP TTFHHTXHV

Documento di spesa
Numero documento di spesa: 00011-2019

Seleziona la tipologia di prestazione prevista dal tuo piano sanitario

Visite Accertamento diagnostico Esami di laboratorio Visite e accertamento

INDIETRO

Beneficiario
888ZDP8 BNHXKXP TTFHHTXHV

Documento di spesa
Numero documento di spesa: 00011-2019

Inserisci la patologia

MIOPIA

Codice della patologia indicato dal medico

Compilare SOLO SE nella prescrizione in tuo possesso viene indicato il codice patologia asi

INDIETRO AVANTI

Si dovrà inserire la patologia.

RICHIESTA DI RIMBORSO (4 di 6)

Benefenziario
BBBZDPB BNHXKXP TTFHHTXHXVF

Documento di spesa
Numero documento di
spesa: 00011-2019

Tipologia
Accertamenti diagnostici e visite

Modalità
Ticket

Tipo esame
Visite

Patologia
Patologia: MIORIA

Prestazione

Seleziona la prestazione

ALTRO

Importo unitario, escluso bollo (*)
46,15

Quantità (numero di prestazioni per cui si richiede il rimborso) (*)
1

Importo del bollo
Indicare 2,00 se nel documento di spesa in tuo possesso è riportata la marca da bollo

INDIETRO

AVANTI

In questa pagina è necessario indicare l'importo del ticket per il quale si sta richiedendo il rimborso.

Nota bene: si ricorda che per le fatture private di importo superiore a 77,47€ è necessario apporre la marca da bollo di 2€.

A questo punto il sistema chiede di caricare il file del ticket pagato.

Benefenziario
BBBZDPB BNHXKXP TTFHHTXHXVF

Documento di spesa
Numero documento di
spesa: 00011-2019

Tipologia
Accertamenti diagnostici e visite

Modalità
Ticket

Tipo esame
Visite

Patologia
Patologia: MIORIA

Prestazione
Prestazione: ALTRO

Documentazione

Carica il ticket (sono accettati formati jpg, jpeg e pdf)

SELEZIONA FILE

Carica la prescrizione medica (sono accettati formati jpg, jpeg e pdf) (OPZIONALE)

SELEZIONA FILE

INDIETRO

AVANTI



INTESA SANPAOLO
RBM SALUTE

RICHIESTA DI RIMBORSO (5 di 6)

Beneficiario
BBBZDPB BNHXRXP TTFHHTXHVIF

Documento di spesa
Numero documento di spesa: 00011-2019

Tipologia
Accertamenti diagnostici e visite

Modalità
Ticket

Tipo esame
Visite

Patologia
Patologia: MIOPIA

Prestazione
Prestazione: ALTRO

Documentazione

Carica il ticket (sono accettati formati jpg, jpeg e pdf)

AGGIUNGI FILE

ticket.pdf ✕

Carica la prescrizione medica (sono accettati formati jpg, jpeg e pdf) (OPZIONALE)

SELEZIONA FILE

INDIETRO

AVANTI

Il sistema a questo punto chiede se si desidera caricare un'eventuale altra prestazione per la quale si vuole richiedere il rimborso.

Beneficiario
BBBZDPB BNHXRXP TTFHHTXHVIF

Documento di spesa
Numero documento di spesa: 00011-2019

Tipologia
Accertamenti diagnostici e visite

Modalità
Ticket

Aggiungere una nuova prestazione?

SI NO

INDIETRO

RICHIESTA DI RIMBORSO (6 di 6)

Beneficiario
BBBZDPB BNHXRXP TTFHHTXHVF

Documento di spesa
Numero documento di spesa: 00011-2019

ALTRO

IBAN

Inserisci qui l'IBAN relativo al conto corrente dove verrà predisposto l'eventuale bonifico. Indica anche l'intestatario del conto

☒ iban predefinito

IT.

☐ pagamento su altro conto

INDIETRO

AVANTI

È bene accertarsi che sia presente il proprio codice IBAN nell'area riservata/dati anagrafici.

Dopo aver controllato sul riepilogo di aver scritto tutto correttamente, infine si CONFERMA.

A seguito della conferma si potrà visualizzare la pratica nella pagina principale e monitorare lo stato.

Beneficiario
BBBZDPB BNHXRXP TTFHHTXHVF

Documento di spesa
Numero documento di spesa: 00011-2019

ALTRO

IBAN
IT40050343240000000020106
BNHXRXP TTFHHTXHVF BBBZDPB

Conferma

Beneficiario
BBBZDPB BNHXRXP TTFHHTXHVF (BBB88HX69L12F205V) - 12-luglio-1969

Documento di spesa
Data documento di spesa: 5-febbraio-2019 Numero documento di spesa: 00011-2019 Struttura: CDI PIVA struttura: 000000000000

ALTRO

Tipologia
Modalità
Tipo esame
Patologia
Prestazione
Documentazione

IBAN

Accertamenti diagnostici e visite
Ticket
Visite
Patologia : MIopia Codice patologia :
Prestazione: ALTRO Importo: 46,15 € Quantità: 1 Importo bollo:
ticket ticket.pdf
documento di prescrizione
IT.
BBBZDPB

- Intestatario IBAN: BNHXRXP TTFHHTXHVF

Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR)

In conformità all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), la sottoscritta Società in qualità di Titolare, La informa sull'uso dei Suoi dati personali e sui Suoi diritti.

a) Trattamento dei dati personali per finalità assicurative

Nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, La informiamo che la nostra Società intende acquisire o già detiene dati personali che La riguardano, anche sensibili (1), al fine di fornire i servizi e/o prodotti assicurativi da Lei richiesti o in Suo favore previsti. Senza i Suoi dati - alcuni dei quali ci debbono essere forniti da Lei o da terzi per obbligo di legge(2), - non potremo fornire, in tutto o in parte, i nostri servizi e/o prodotti assicurativi; pertanto il consenso prestato a tale fine risulta obbligatorio.

☒ Esprimo il consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili per finalità assicurative in base all'informativa (1)

☒ Accento al trattamento dei dati personali al fine di essere informato sulle coperture integrative del mio piano sanitario

INDIETRO

CONFERMA I DATI

INTESA SANPAOLO
RBM SALUTE



Insieme per controllare la qualità delle prestazioni sanitarie

Il portale HCAdvisor, consente di:

- lasciare il proprio feedback, a seguito di una visita medica in forma diretta, alla struttura/medico;
- promuovere lo sviluppo di una web community in cui utenti, medici e strutture sanitarie sono in contatto all'interno di una piattaforma condivisa in cui si raccolgono feedback relativi ai servizi offerti dalla rete di strutture e medici convenzionati Previmedical.

Per accedere al Portale è necessario accedere all'area riservata.

The screenshot shows the user interface of the HCAdvisor portal for a user named Andrea Bentornato. At the top, there is a greeting 'CIAO ANDREA, BENTORNATO!' next to a user icon. Below this are four navigation buttons: 'Home', 'Scrivi recensione', 'Vedi recensioni', and 'Profilo'. A section titled 'Cosa potresti fare oggi' contains three main action cards: 1. 'SCRIVI UNA RECENSIONE' with a star and pencil icon, stating 'Recentemente hai avuto modo di visitare 1 struttura. Lascia un giudizio!'; 2. 'VEDI LE TUE RECENSIONI' with a magnifying glass over a document icon, stating 'Cerca nello storico delle tue recensioni'; 3. 'MODIFICA PROFILO' with a person icon, stating 'Tieni aggiornato il tuo profilo, verifica i dati inseriti'. At the bottom, there is a search bar with a magnifying glass icon and the text 'CERCA:'. To the right of the search bar is a link for '+ Ricerca Avanzata'. Below the search bar are two input fields: 'Inserisci struttura:' with the value 'ES: Ospedale Santa Chiara' and 'Provincia:' with the value 'ES: Roma'. A search button with a magnifying glass icon is located to the right of these fields.

INTESA SANPAOLO
RBM SALUTE