

CENTRALE OPERATIVA ACCESSO ALLE PRESTAZIONI

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.

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 o analogha prescrizione medica in base alla prestazione richiesta;
- Certificati medici e documentazione diagnostica a seconda del caso specifico.

La forma indiretta avviene quando si fa ricorso a strutture sanitarie convenzionate senza aver preventivamente attivato la forma diretta (autorizzazione).



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.



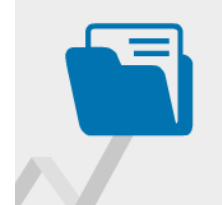
MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI



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 displays the 'LE MIE PRATICHE' (My Practices) section. It features two cards for reimbursement requests. The first card is for a 'TICKET VISITE E DIAGNOSTICA ORDINARIA' with a requested amount of 48.45 €. The second card is for an 'ORTOPANTOMOGRAFIA O ORTOPANORAMICA' with a requested amount of 38.00 €. A red circle highlights a red callout box that says 'RICHIESTA DI RIMBORSO' and 'Richiedi un rimborso per una prestazione ricevuta' with a 'RICHIEDI' button.

RICHIESTA DI RIMBORSO	RICHIESTA DI RIMBORSO
PRESTAZIONE : TICKET VISITE E DIAGNOSTICA ORDINARIA	PRESTAZIONE : ORTOPANTOMOGRAFIA O ORTOPANORAMICA
IMPORTO RICHIESTO : 48,45 € IMPORTO RICONOSCIUTO : 48,45 €	IMPORTO RICHIESTO : 38,00 € IMPORTO RICONOSCIUTO : 38,00 €
BENEFICIARIO PRESTAZIONE : DATA : lunedì 15 ottobre 2018 Ljth A'Yladzevbw	BENEFICIARIO PRESTAZIONE : DATA : venerdì 12 ottobre 2018 Ljth A'Yladzevbw
CODICE : DW3318-3175242 STATO : conclusa ●	CODICE : DW3318-3172725 STATO : conclusa ●

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' (Beneficiary) selection screen. It prompts the user to 'Seleziona il beneficiario' (Select the beneficiary) and lists four options with radio buttons. The first option is selected.

Beneficiario
Seleziona il beneficiario
<input checked="" type="radio"/> BNHXRXP TTFHHTXHVF 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 BNHXKXP TTFHHTXHV F

Documento di spesa

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

Data documento di spesa (*)

Numero documento di spesa (*)

Partita IVA della struttura (*)

Partita iva non valida

Struttura (*)

Campo obbligatorio

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

INDIETRO **AVANTI**

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 BNHXKXP TTFHHTXHV F

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	 Lenti	 Altre prestazioni sanitarie
 Altre richieste non sanitarie						

INDIETRO

RICHIESTA DI RIMBORSO (3 di 6)

Beneficiario
BBBZDPB BNHXKXP TTFHHTXHV F

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
BBBZDPB BNHXKXP TTFHHTXHV F

Documento di spesa
Numero documento di spesa: 00011-2019

Tipologia
Accertamenti diagnostici e visite

Modalità
Ticket

Tipo esame

Seleziona la tipologia di prestazione prevista dal tuo piano sanitario

Visite Accertamento diagnostico Esami di laboratorio Visite e accertamento

INDIETRO

Beneficiario
BBBZDPB BNHXKXP TTFHHTXHV F

Documento di spesa
Numero documento di spesa: 00011-2019

Tipologia
Accertamenti diagnostici e visite

Modalità
Ticket

Tipo esame
Visite

Patologia

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)

Beneficiario
BBBZDPB BNHXKXP TTFHHTXHV F

Documento di spesa
Numero documento di spesa: 00011-2019

Tipologia
Accertamenti diagnostici e visite

Modalità
Ticket

Tipo esame
Visite

Patologia
Patologia: MIOPIA

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.

Beneficiario
BBBZDPB BNHXKXP TTFHHTXHV F

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)
SELEZIONA FILE

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

INDIETRO AVANTI

RICHIESTA DI RIMBORSO (5 di 6)

Beneficiario
BBBZDPB BNHXKXP TTFHHTXHV

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 BNHXKXP TTFHHTXHV

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

ALTR0

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 monitorarne lo stato.

Beneficiario
BBBZDPB BNHXRXP TTFHHTXHVF

Documento di spesa
Numero documento di spesa: 00011-2019

ALTR0

IBAN
IT49050943240000000020106
BNHXRXP TTFHHTXHVF BBBZDPB

Conferma

Beneficiario
BBBZDPB BNHXRXP TTFHHTXHVF (BBBBHX69L12F205V) - 12.Luglio-1969

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

ALTR0

Tipologia
Accertamenti diagnostici e visite

Modalità
Ticket

Tipo esame
Visite

Patologia
Patologia : MIOPIA Codice patologia :

Prestazione
Prestazione: ALTR0 Importo: 46,15 € Quantità: 1 Importo bollo: ticket.ticket.pdf

Documentazione
documento di prescrizione

IBAN
IT. Intestatario IBAN: BNHXRXP TTFHHTXHVF

BBBZDPB

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 fornirle, 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)

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

INDIETRO **CONFERMA I DATI**