

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;
- 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



PROPRIE PRATICHE

Per ogni singola pratica verrà reso disponibile lo stato della lavorazione e:

la data del pagamento, la tipologia della prestazione medica, la persona interessata (iscritto o familiare), il totale del rimborso.



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 a user interface for 'LE MIE PRATICHE'. It features two columns of 'Richiesta VoucherSalute*' entries. The first entry on the left has a 'PRESTAZIONE' of 'RM COLONNA 1 SEGMENTO', 'APPUNTAMENTO' of 'NON FISSATO', 'STRUTTURA' of 'Casa Di Cura Abano Terme Polispecialistica...', 'MEDICO' of '...', 'BENEFICIARIO' of 'Fvhptbl Bbbzdpb', 'DATA' of 'venerdì 22 febbraio 2019', 'CODICE' of 'MTS8724579532019', and 'STATO' of 'autorizzata'. The second entry on the right has a 'PRESTAZIONE' of '1ª VISITA ORALE - 1ª ABLAZIONE TARTARO...', 'APPUNTAMENTO' of 'NON FISSATO', 'STRUTTURA' of 'Studio Dentistico Dott. Davide...', 'MEDICO' of '...', 'BENEFICIARIO' of 'Bnhxrp Tfhhtxhvf Bbbzdpb', 'DATA' of 'giovedì 21 febbraio 2019', 'CODICE' of 'MTS8724579462019', and 'STATO' of 'in lavorazione'. A red circle highlights an orange button labeled 'RICHIESTA DI RIMBORSO' with the text 'Richiedi un rimborso per una prestazione ricevuta' and a 'RICHIEDI' sub-button.

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

Si dovrà selezionare il beneficiario (in questo caso è il Signor Rossi, ma è possibile selezionare anche un familiare)

The screenshot shows a 'Beneficiario' selection screen. It has a header 'Beneficiario' and a section 'Seleziona il beneficiario'. Below this, there is a list of four options, each with a radio button and a name followed by an ID and date in parentheses:

- BNHXRP TTFHHTXHVFB B B B Z D P B - B B B H X 6 9 L 1 2 F 2 0 5 V (12/07/1969)
- FVHPTBL B B B Z D P B - B B B F H P 0 2 E 6 6 F 2 0 5 Q (26/05/2002)
- JVHJZBF B B B Z D P B - B B B J H J 1 1 R 1 2 F 2 0 5 W (12/10/2011)
- H H H Z B B B Z D P B - B B B H H Z 0 7 A 4 2 D 0 3 5 K (02/01/2007)

 An 'AVANTI' button is located at the bottom right.

RICHIESTA DI RIMBORSO (2 di 6)

Beneficiario
BBBZDPS BNHXKXP TFFHHTXHV

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

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
BBBZDPS BNHXKXP TFFHHTXHV

Documento di spesa
Numero documento di spesa: 00011-2019

Tipologia

Selezione 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

Tipologia
Accertamenti diagnostici e visite

Modalità

In quale modalità verrà eseguita la prestazione?

TICKET PRIVATO

INDIETRO

Si sceglierà la tipologia di rimborso tra regime di ticket o privato. Il signor Rossi sceglie «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.

Nota bene: le algie non sono rimborsabili ai sensi del Piano Sanitario.

RICHIESTA DI RIMBORSO (4 di 6)

Beneficiario
BBBZDPB BNHXKXP TTFHXTXHV

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
ALTR0 -

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 il Sig. Rossi dovrà indicare l'importo del ticket per il quale 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 al Signor Rossi di caricare il file del ticket che ha pagato.

Beneficiario
BBBZDPB BNHXKXP TTFHXTXHV

Documento di spesa
Numero documento di spesa: 00011-2019

Tipologia
Accertamenti diagnostici e visite

Modalità
Ticket

Tipo esame
Visite

Patologia
Patologia: MIOPIA

Prestazione
Prestazione: ALTR0

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 TTFHXTXHV

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 informerà il signor Rossi circa un'eventuale altra prestazione per la quale desidera richiedere il rimborso.

Beneficiario
BBBZDPB BNHXKXP TTFHXTXHV

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

ALTRA

IBAN

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

iban predefinito
 pagamento su altro conto

IT:XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

INDIETRO **AVANTI**

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

Il signor Rossi controlla sul riepilogo di aver scritto tutto correttamente ed infine **CONFERMA**.

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

Beneficiario
BBBZDPB BNHXRXP TTFHHTXHVF

Documento di spesa
Numero documento di spesa: 00011-2019

ALTRA

IBAN
IT:XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Conferma

Beneficiario
BBBZDPB BNHXRXP TTFHHTXHVF (BBBHX69L12F205V) - 12-luglio-1969

Documento di spesa
Data documento di spesa: 5-febbraio-2019 Numero documento di spesa: 00011-2019 Struttura: CDI PIVA struttura: 00000000000

ALTRA

Tipologia
Accertamenti diagnostici e visite

Modalità
Ticket

Tipo esame
Visite

Patologia
Patologia : MIOPIA Codice patologia :

Prestazione
Prestazione: ALTRA Importo: 46.15 € Quantità: 1 Importo bollo: ticket ticket.pdf

Documentazione
documento di prescrizione

IBAN
IT:XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX - 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 (*)

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

INDIETRO **CONFERMA I DATI**

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. At the top, the user is identified as "CIAO ANDREA, BENTORNATO" next to a profile icon. Below this are navigation buttons for "Home", "Scrivi recensione", "Vedi recensioni", and "Profilo".

The main section is titled "Cosa potresti fare oggi" and contains three interactive cards:

- SCRIVI UNA RECENSIONE**: "Recentemente hai avuto modo di visitare 1 struttura. Lascia un giudizio!"
- VEDI LE TUE RECENSIONI**: "Cerca nello storico delle tue recensioni"
- MODIFICA PROFILO**: "Tieni aggiornato il tuo profilo, verifica i dati inseriti"

At the bottom, there is a search section labeled "CERCA:" with a magnifying glass icon. It includes a "Ricerca Avanzata" link and two search input fields: "Inserisci struttura:" (containing "ES: Ospedale Santa Chiara") and "Provincia:" (containing "ES: Roma").