

Guida all'utilizzo di mètaSalute



Roma, 28 Marzo 2018

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.

◆ Centrale Operativa

- ◆ Pagamento Diretto
- ◆ Pagamento a Rimborsò / Indiretto
- ◆ Modalità di richiesta delle Prestazioni

◆ Area Riservata ARENA

- ◆ Introduzione
- ◆ Richiedere un rimborso
- ◆ Richiedere un'autorizzazione
- ◆ Attivare la procedura dei 30 km
- ◆ Consultare una pratica

◆ APP mètasalute

- ◆ HC Advisor (portale dedicato alle recensioni delle Strutture/Medici)

◆ Servizi Accessori

- ◆ Card

CENTRALE OPERATIVA ACCESSO ALLE PRESTAZIONI







Chi Siamo

La Centrale Operativa è la struttura che supporta gli assistiti nell'accesso alle prestazioni e ai servizi del proprio piano sanitario.

Cosa Facciamo

- ⊕ Richiesta informazioni sullo stato delle pratiche e della documentazione necessaria per l'invio delle richieste di rimborso
- ⊕ Verifica medico-assicurativa in merito all'erogabilità della prestazione
- ⊕ Prenotazione presso le strutture mediche convenzionate delle prestazioni garantite dal piano sanitario
- ⊕ Fornitura informazioni sulle strutture sanitarie convenzionate
- ⊕ Invio autorizzazione a Strutture del Network Previmedical e all'assistito.



Sempre Attivi

24 h su 24 h
365 giorni all'anno
Raggiungibile da fisso e cellulare ,
dall'Italia e dall'estero con numeri
dedicati:
800 18 9671 – tasto 1

Il Network

Disponiamo di un ampio
network convenzionato.





PAGAMENTO DIRETTO



PAGAMENTO A RIMBORSO

Livelli di Servizio:
La richiesta di prestazione viene autorizzata/annullata entro 24 ore lavorative (ad eccezione delle urgenze)

Livelli di Servizio:
Rimborsi entro 20 giorni lavorativi



Previmedical®
Servizi per la Sanità Integrativa

PAGAMENTO DIRETTO



Avviene in caso di utilizzo di strutture e personale medico convenzionato, entro i limiti di indennizzo previsti dal Piano Sanitario.

L'assistito deve richiedere autorizzazione a RBM Assicurazione Salute di avvalersi del servizio con un preavviso di almeno 24 ore lavorative. Suggeriamo un preavviso maggiore per i ricoveri.

OPERATING ROOM

In caso di emergenza clinica comprovata, non è richiesto preavviso.



Il pagamento diretto è attivabile per tutte le prestazioni previste dai piani sanitari, senza limite minimo di importo.



**PAGAMENTO
DIRETTO**

In caso di assistenza diretta, sarà la **Struttura** ad occuparsi della raccolta di tutta la documentazione da inviare a **RBM Assicurazione Salute**.

Per l'autorizzazione da parte della **Centrale Operativa** viene chiesto **all'Assistito** solo di leggere/annotare on line/inviare fax, la **patologia presunta o accertata** riportata sulla **prescrizione medica**.



Cosa mi serve per aprire una pratica ambulatoriale/ricovero/dentaria (se appuntamento è fissato):

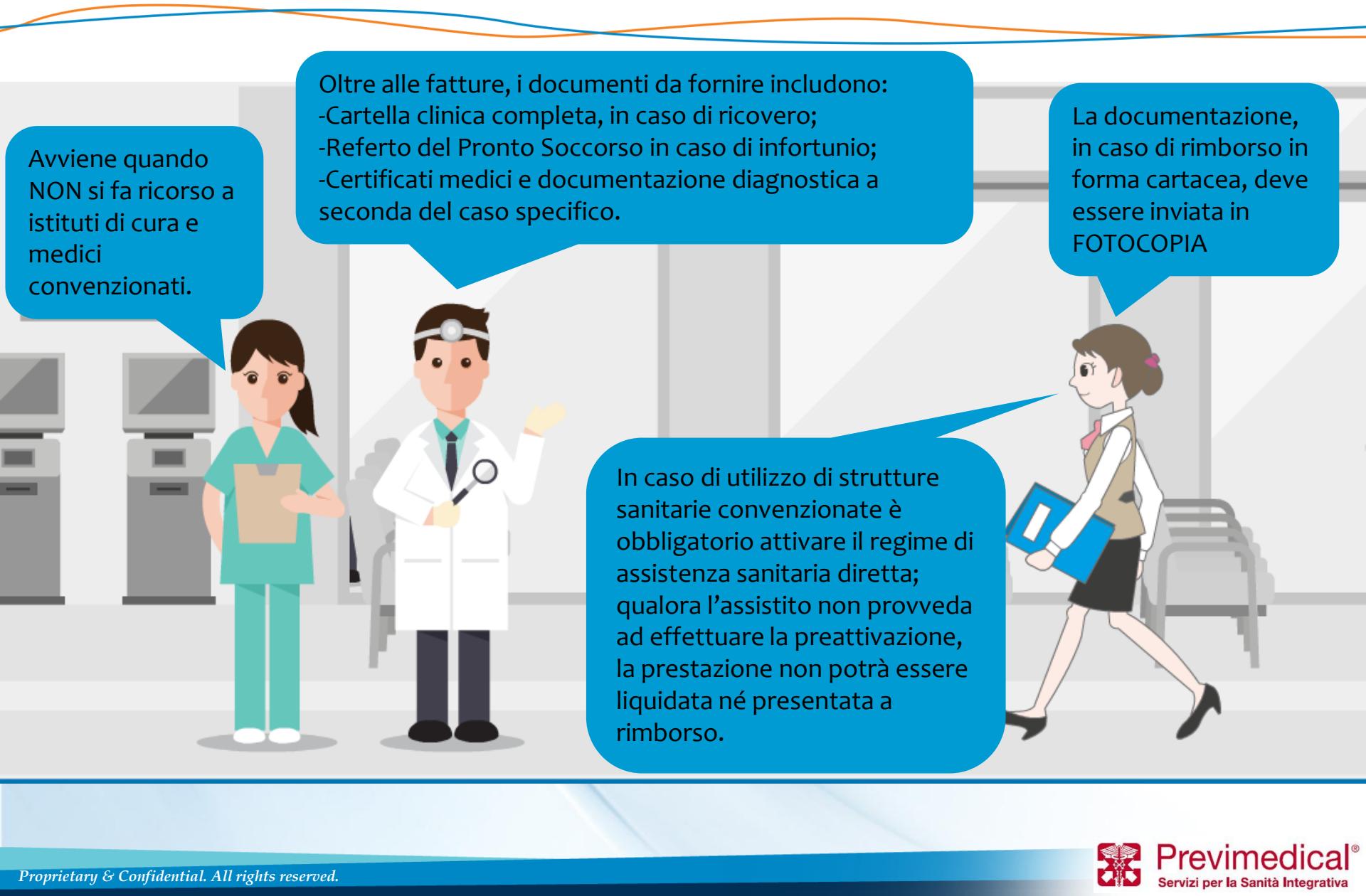
1. Prescrizione medica (redatta da Medico) con quesito diagnostico (patologia presunta o accertata);
2. Appuntamento fissato presso la Struttura;
3. Preavviso di 24 ore lavorative;
4. Struttura scelta;
5. Nome del medico (in caso di VISITA) convenzionato presso la struttura scelta



Quando devo inviare la documentazione alla Centrale Operativa?

- ❖ in caso di ricovero con intervento;
- ❖ In caso di esami di laboratorio;
- ❖ In caso di fisioterapia;
- ❖ In caso di prestazioni odontoiatriche, successive alla prima visita.

PAGAMENTO INDIRETTO



Avviene quando
NON si fa ricorso a
istituti di cura e
medici
convenzionati.

Oltre alle fatture, i documenti da fornire includono:

- 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.

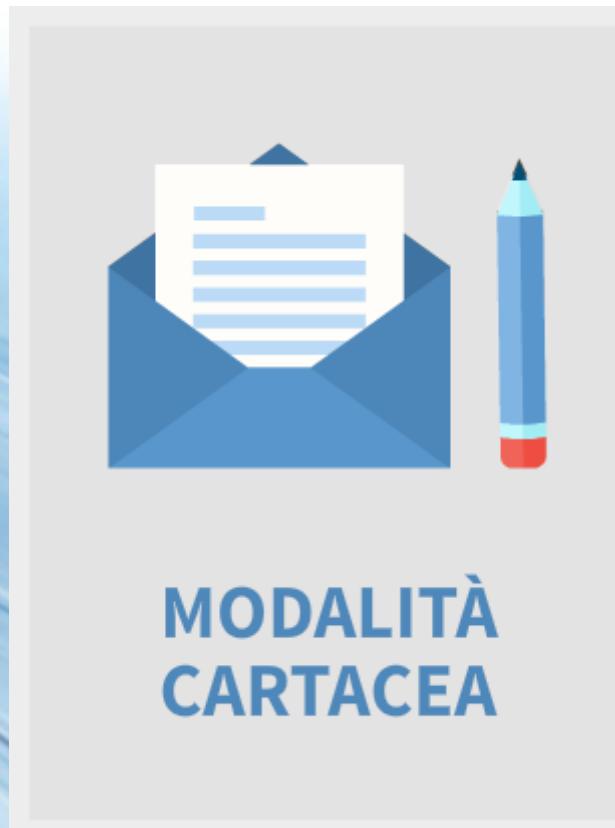
La documentazione,
in caso di rimborso in
forma cartacea, deve
essere inviata in
FOTOCOPIA

In caso di utilizzo di strutture
sanitarie convenzionate è
obbligatorio attivare il regime di
assistenza sanitaria diretta;
qualora l'assistito non provveda
ad effettuare la preattivazione,
la prestazione non potrà essere
liquidata né presentata a
rimborso.



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**.



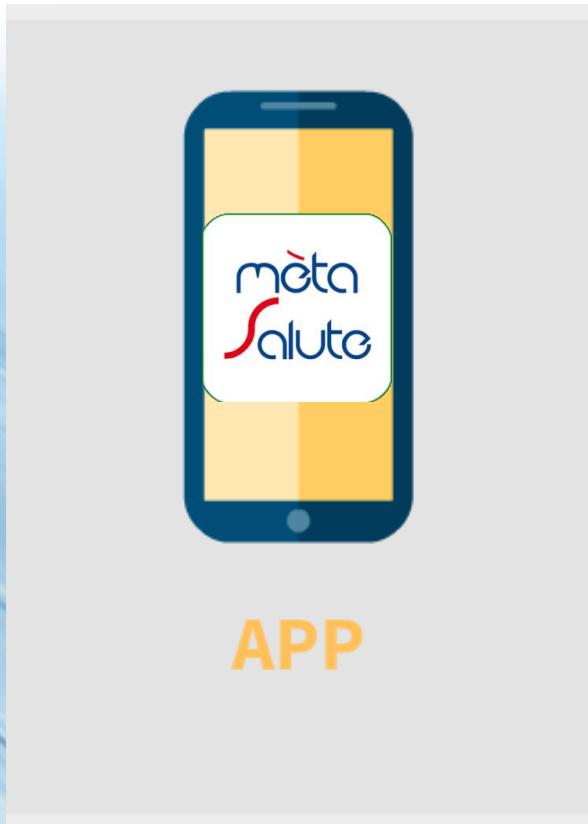


L'Assistito, ricevuta la prestazione, dovrà compilare il **Modulo di Richiesta di Rimbors** compilandolo in ogni sua parte ed allegando **fotocopia della documentazione giustificativa** di cui sopra. Il modulo ed i relativi allegati devono essere trasmessi all'indirizzo indicato sul modulo.

L'Assistito in possesso dei dati di **accesso** (login e password) potrà trasmettere **on-line** le proprie richieste di rimborso delle prestazioni sanitarie ricevute, unitamente alla **scansione della documentazione medica e di spesa**.

A tal fine l'Assistito dovrà accedere alla propria area riservata dal sito.





L'Assistito in possesso dei dati di **accesso** (login e password) potrà trasmettere on-line, tramite **APP mètasalute**, le proprie richieste di rimborso delle prestazioni sanitarie ricevute, unitamente alla **foto della documentazione medica e di spesa**.

È possibile autenticarsi utilizzando le stesse credenziali già a disposizione per il portale WEB di mètasalute.



Accedendo *all'Area Riservata* presente sul sito, previa autenticazione, è possibile attivare questi ulteriori servizi on-line





PRESA IN CARICO DIRETTA

Nell'ambito del network convenzionato Previmedical, è possibile attivare il servizio di pagamento diretto delle spese nei limiti previsti dalla copertura.

PROPRIE PRATICHE

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

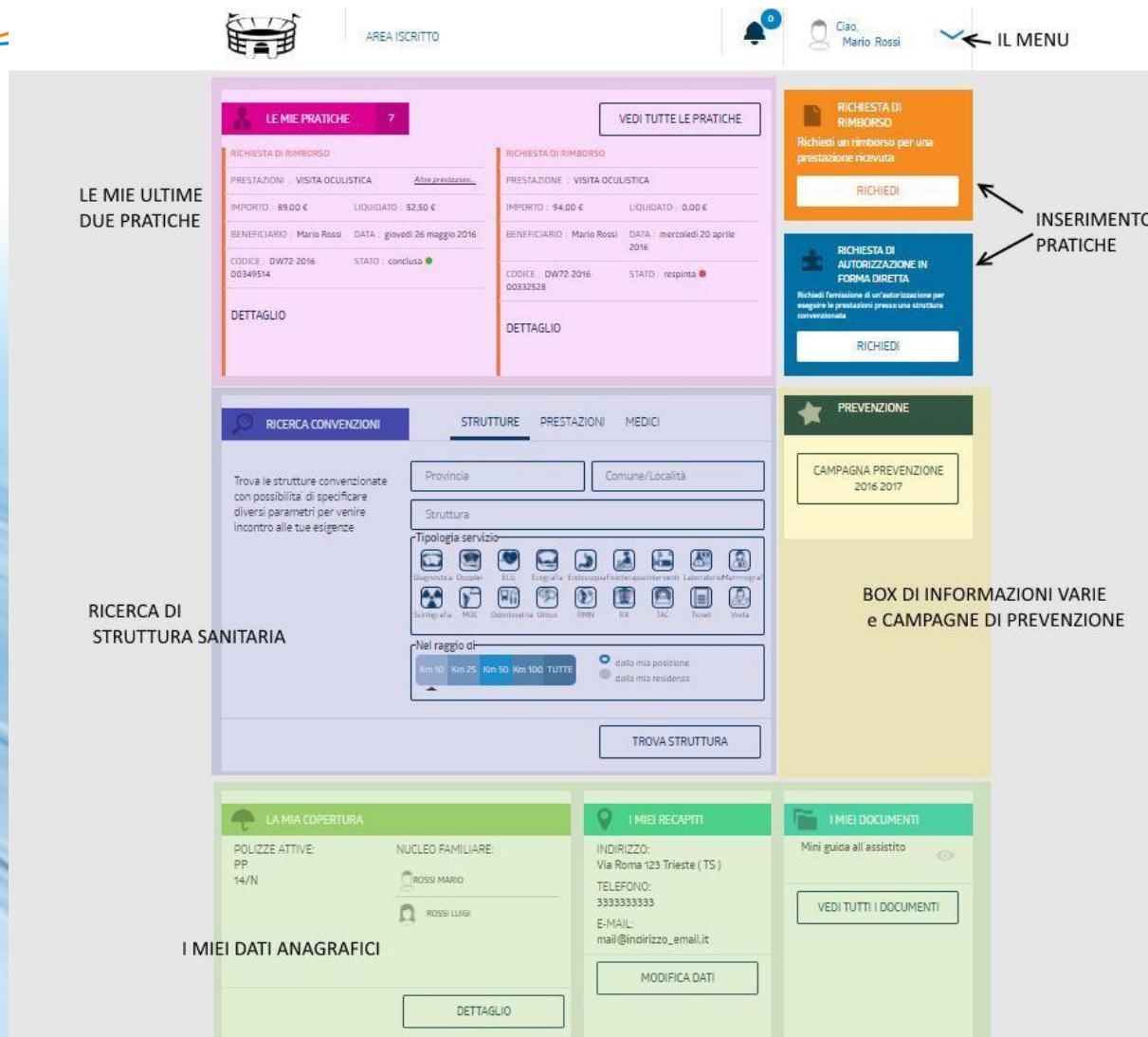
STRUTTURE E MEDICI CONVENZIONATI

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



L'AREA RISERVATA





LE MIE ULTIME DUE PRATICHE

RICERCA DI STRUTTURA SANITARIA

I MIEI DATI ANAGRAFICI

AREA ISCRITTO

Ciao, Mario Rossi

IL MENU

RICHIESTA DI RIMBORSO
Richiedi un rimborso per una prestazione ricevuta
RICHIEDI

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE IN FORMA DIRETTA
Richiedi l'autorizzazione per eseguire le prestazioni presso una struttura convenzionata
RICHIEDI

PREVENZIONE

CAMPAGNA PREVENZIONE 2016/2017

BOX DI INFORMAZIONI VARIE e CAMPAGNE DI PREVENZIONE

ARENA è l'area riservata di RBM Assicurazione Salute. Consente di gestire tutte le tue pratiche sanitarie. Potrai accedere cliccando sul tasto "Assicurazione" presente all'interno all'area riservata di mètasalute.

ARENA è un'area riservata dinamica. Selezionando ogni beneficiario potrai visualizzare le prestazioni rimborsabili / autorizzabili in base al tipo di copertura in essere / in base al sesso della persona e all'età.

RICHIESTA DI RIMBORSO (1 di 6)



AREA ISCRITTO

0
Ciao,
Mario Rossi
▼

LE MIE PRATICHE
7

RICHIESTA DI RIMBORSO

PRESTAZIONI : VISITA OCULISTICA [Altre prestazioni...](#)

IMPORTO : 89,00 € LIQUIDATO : 52,50 €

BENEFICIARIO : Mario Rossi DATA : giovedì 26 maggio 2016

CODICE : DW72-2016-00349514 STATO : conclusa ●

RICHIESTA DI RIMBORSO

PRESTAZIONE : VISITA OCULISTICA

IMPORTO : 94,00 € LIQUIDATO : 0,00 €

BENEFICIARIO : Mario Rossi DATA : mercoledì 20 aprile 2016

CODICE : DW72-2016-00332528 STATO : respinta ●

DETALIO
DETALIO

RICHIEDI

RICHIEDI

PREVENZIONE
▼

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

Si sceglie innanzitutto il beneficiario
(in questo caso è il signor Rossi, ma poteva anche essere un familiare)



RICHIESTA DI RIMBORSO

0
Ciao,
Mario Rossi
▼

Beneficiario

Selezione il beneficiario

MARIO ROSSI - RSSXXX80A01H501U (16/07/1970)

LUIGI ROSSI - RSSXXX90L16I480K (13/05/1990)

AVANTI

RICHIESTA DI RIMBORSO (2 di 6)

Beneficiario
ROSSI MARIO

Fattura

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

Data fattura (*)
17/05/2017 

Numero fattura (*)
00011-2017

Partita IVA della struttura (*)
0000000001

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 fattura: inserire data ingresso
- Numero fattura: inserire la parola DIARIA
- Struttura: struttura ospedaliera presso la quale si è svolto il ricovero

INDIETRO **AVANTI**

Si inseriscono i dati della fattura

Notare come la pagina ci avvisa se dimentichiamo qualcosa di obbligatorio o sbagliamo a compilare qualche dato

Selezionare il tipo di prestazione che abbiamo sostenuto selezionando un box tra quelli proposti.

Beneficiario
ROSSI MARIO

Fattura
Numero fattura: 00011-2017

Tipologia

Selezione la tipologia prestazione



Diaria (per ricoveri a totale carico SSN)



Ricovero/Intervento e prestazioni collegate



Accertamenti diagnostici e visite



Odontoiatria



Fisioterapia



Lenti



Altre prestazioni sanitarie

La tua copertura non prevede la garanzia: prestazioni odontoiatriche

INDIETRO

RICHIESTA DI RIMBORSO (3 di 6)

Beneficiario
ROSSI MARIO

Fattura
Numero fattura: 00011-2017

Tipologia
Accertamenti diagnostici e visite

Modalità

In quale modalità è stata eseguita la prestazione?

TICKET PRIVATO

INDIETRO

Scelta del regime di ticket o privato. Il signor Rossi sceglie "ticket"

Qui il signor Rossi deve specificare meglio la prestazione

Beneficiario
ROSSI MARIO

Fattura
Numero fattura: 00011-2017

Tipologia
Accertamenti diagnostici e visite

Modalità
Ticket

Tipo esame

Selezione la tipologia di prestazione prevista dal tuo piano sanitario

Visite Accertamento diagnostico Esami di laboratorio Visite e accertamento

INDIETRO

Beneficiario
ROSSI MARIO

Fattura
Numero fattura: 00011-2017

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 asl

INDIETRO

AVANTI

Qui si deve inserire la patologia



RICHIESTA DI RIMBORSO (4 di 6)

Beneficiario
ROSSI MARIO

Fattura
Numero fattura: 00011-2017

Tipologia
Accertamenti diagnostici e visite

Modalità
Ticket

Tipo esame
Visite

Patologia
Patologia: MIOPIA

Prestazione

Selezione la prestazione
SELEZIONA...

Selezione...
 VISITA ALLERGOLOGICA
 VISITA ANDROLOGICA
 VISITA ANGIOLOGICA
 VISITA CHIRURGIA VASCOLARE
 VISITA CHIRURGIA GENERALE
VISITA OCULISTICA (COMPRESO FONDUS OCULI)
 VISITA DERMATOLOGICA
 VISITA DIETOLOGICA
 VISITA EMATOLOGICA
 VISITA FISIATRICA
 VISITA SPECIALISTICA FISIOTERAPICA - T.E.N.S.
 VISITA GASTROENTEROLOGICA

Indietro Avanti

In questa pagina il sistema ci propone, in base alle risposte che abbiamo dato precedentemente, una tendina tra cui scegliere la prestazione corretta.(nel caso del signor Rossi la visita oculistica)

inoltre il signor Rossi dovrà indicare l'importo della fattura di cui sta richiedendo il rimborso.

Beneficiario
ROSSI MARIO

Fattura
Numero fattura: 00011-2017

Tipologia
Accertamenti diagnostici e visite

Modalità
Ticket

Tipo esame
Visite

Patologia
Patologia: MIOPIA

Prestazione

Selezione la prestazione
VISITA OCULISTICA (COMPRESO FONDUS OCULI)

Importo unitario, escluso bollo (*)
100

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

RICHIESTA DI RIMBORSO (5 di 6)

Beneficiario
ROSSI MARIO

Fattura
Numero fattura: 00011-2017

Tipologia
Accertamenti diagnostici e visite

Modalità
Ticket

Tipo esame
Visite

Patologia
Patologia: MIopia

Prestazione
Prestazione: VISITA OCULISTICA (COMPRESO FONDUS OCULI)

Documentazione

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

SELEZIONA FILE

Nessun file selezionato

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

SELEZIONA FILE

INDIETRO

AVANTI

A questo punto Arena chiede al signor Rossi di caricare il file del ticket che ha pagato.

Beneficiario
ROSSI MARIO

Fattura
Numero fattura: 00011-2017

Tipologia
Accertamenti diagnostici e visite

Modalità
Ticket

Tipo esame
Visite

Patologia
Patologia: MIopia

Prestazione

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

SELEZIONA FILE

fattura_visita_oculistica.pdf 

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

SELEZIONA FILE

INDIETRO

AVANTI

Beneficiario
ROSSI MARIO

Fattura
Numero fattura: 00011-2017

Tipologia

Aggiungere una nuova prestazione?

SI

NO

INDIETRO

Il signor Rossi potrebbe avere anche un'altra prestazione da inserire per cui Arena glielo chiede.



Previmedical
Servizi per la Sanità Integrativa

RICHIESTA DI RIMBORSO (6 di 6)

Beneficiario	ROSSI MARIO
Fattura	Numero fattura: 00011-2017
VISITA OCULISTICA (COMPRESO FONDUS OCULI)	
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

ITxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

MARIO ROSSI

INDIETRO

AVANTI

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**.

Vedrò la pratica nella pagina principale e potrò tenerla monitorata.

Beneficiario	ROSSI MARIO
Fattura	Numero fattura: 00011-2017
VISITA OCULISTICA (COMPRESO FONDUS OCULI)	
Tipologia	Accertamenti diagnostici e visite
Modalità	Ticket
Tipo esame	Visite
Patologia	Patologia : MIopia Codice patologia :
Prestazione	Prestazione: VISITA OCULISTICA (COMPRESO FONDUS OCULI) Importo: 100.00 €
Quantità: 1	Importo bollo: ticket fattura_visita_oculistica.pdf
Conferma	documento di prescrizione
Documentazione	Ixxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx - Intestatario IBAN: MARIO ROSSI
IBAN	
<small>Informativa ai sensi dell'art. 13 Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n°196</small> <small>In conformità all'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n°196 (di seguito denominato Codice), la sottoscritta Società in qualità di titolare, La informa sull'uso dei Suoi dati personali e sui Suoi diritti (art. 7 del Codice).</small> <small>a) Trattamento dei dati personali per finalità assicurative</small> <small>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, eventualmente anche sensibili (1), al fine di fornire i servizi assicurativi da Lei richiesti o in Sua 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.</small> <small>b) Trattamento dei dati personali per finalità promozionali e/o ricerche di mercato</small> <small><input checked="" type="checkbox"/> Esprimo il consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili per finalità assicurative in base all'informatica (*)</small> <small><input type="checkbox"/> Accetto al trattamento dei dati personali al fine di essere informato sulle coperture integrative del mio piano sanitario</small>	
INDIETRO	CONFERMA I DATI

AUTORIZZAZIONI IN FORMA DIRETTA (1 di 7)



AREA ISCRITTO

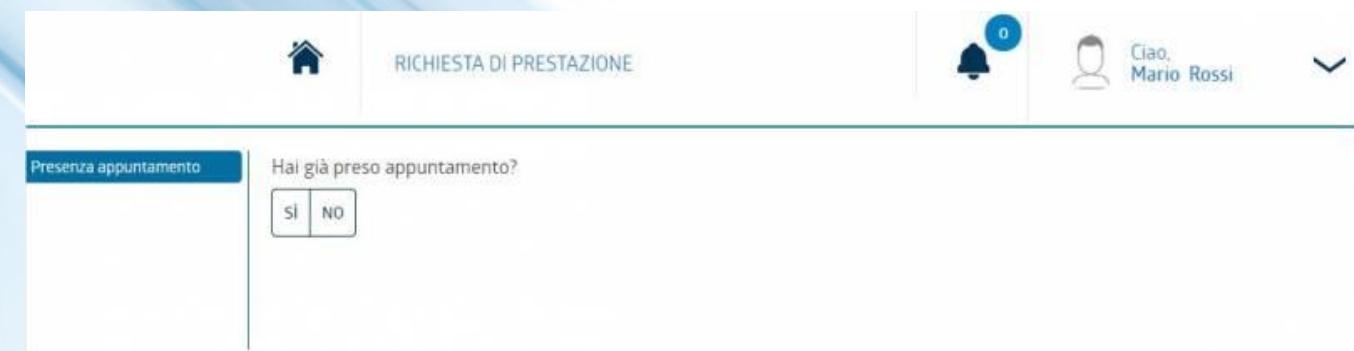


Ciao,
Mario Rossi



È possibile richiedere un'autorizzazione in forma diretta tramite il box blu nella pagina principale

Clicca se ha già la prenotazione o meno



AUTORIZZAZIONI IN FORMA DIRETTA (2 di 7)

Presenza appuntamento	SI
Dati appuntamento	

Inserisci la data dell'appuntamento (*)

31/05/2017 

Ora dell'appuntamento (*)

1000

[INDIETRO](#)

[AVANTI](#)

Inserisci i dati
dell'appuntamento

Selezione il
beneficiario della
prestazione

Presenza appuntamento	SI
Dati appuntamento	31-maggio-2017 10:00
Beneficiario	

Selezione il beneficiario

- MARIO ROSSI - RSSXXX80A01H501U (16/07/1970)
- LUIGI ROSSI - RSSXXX90L16I480K (13/05/1990)

[INDIETRO](#)

[AVANTI](#)

Presenza appuntamento	SI
Dati appuntamento	31-maggio-2017 10:00
Beneficiario	ROSSI MARIO
Struttura	

Trova la struttura presso la quale hai prenotato la prestazione in convenzione

POLICLINICO VATTELAPESCA

Provincia

Comune/Località

[TROVA STRUTTURA](#)

Selezione la struttura

POLICLINICO VATTELAPESCA
VIA ROMA 1 (VE)



[INDIETRO](#)

Trova la struttura

AUTORIZZAZIONI IN FORMA DIRETTA

(3 di 7)

Presenza appuntamento
Sì

Dati appuntamento
31-maggio-2017 10:00

Beneficiario
ROSSI MARIO

Struttura
POLICLINICO VATTELAPESCA

Tipologia

Selezione la tipologia di prestazione che hai prenotato



INDIETRO

Selezione la tipologia di prestazione

Selezione la tipologia di prestazione

Presenza appuntamento
Sì

Dati appuntamento
31-maggio-2017 10:00

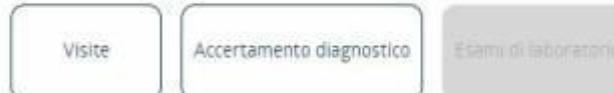
Beneficiario
ROSSI MARIO

Struttura
POLICLINICO VATTELAPESCA

Tipologia
Accertamenti diagnostici e visite

Tipo esame

Selezione la tipologia di prestazione prevista dal tuo piano sanitario



INDIETRO

Trova un medico tra quelli presenti nella struttura scelta (OPZIONALE)

SPECIALIZZAZIONE...

Cognome medico

Nome medico

TROVA MEDICO

INDIETRO

AVANTI

Inserisci il nome del medico, in caso ne sia in possesso

AUTORIZZAZIONI IN FORMA DIRETTA (4 di 7)

Presenza appuntamento
Sì

Dati appuntamento
31-maggio-2017 10:00

Beneficiario
ROSSI MARIO

Struttura
POLICLINICO VATTELAPESCA

Tipologia
Accertamenti diagnostici e visite

Tipo esame
Accertamento diagnostico

Medico



INDIETRO

Selezione la tipologia di prestazione

Trova la prestazione

Presenza appuntamento
Sì

Dati appuntamento
31-maggio-2017 10:00

Beneficiario
ROSSI MARIO

Struttura
POLICLINICO VATTELAPESCA

Tipologia

Trova la prestazione che devi effettuare tra le prestazioni disponibili

RX GINOCCHIO

RX GINOCCHIO

RX POLSO

RX GINOCCHIO

RX GOMITO

TROVA PRESTAZIONE

INDIETRO

Presenza appuntamento
Sì

Dati appuntamento
31-maggio-2017 10:00

Beneficiario
ROSSI MARIO

Struttura
POLICLINICO VATTELAPESCA

Tipologia
Accertamenti diagnostici e visite

Tipo esame
Accertamento diagnostico

Medico

Tipologia prestazione

Trova la prestazione che devi effettuare tra le prestazioni disponibili

RX GINOCCHIO

TROVA PRESTAZIONE

Selezione la prestazione

RX GINOCCHIO

RX POLSO

RX GOMITO

INDIETRO

Selezione la prestazione emersa dalla ricerca



Previmedical
Servizi per la Sanità Integrativa

AUTORIZZAZIONI IN FORMA DIRETTA (5 di 7)

Presenza appuntamento
 Sì

Dati appuntamento
31-maggio-2017 10:00

Beneficiario
ROSSI MARIO

Struttura
POLICLINICO VATTELAPESCA

Aggiungere una nuova prestazione?

Aggiungere una
nuova prestazione

Presenza appuntamento
 Sì

Dati appuntamento
31-maggio-2017 10:00

Beneficiario
ROSSI MARIO

Struttura
POLICLINICO VATTELAPESCA

Tipologia
Accertamenti diagnostici e visite

Tipo esame
Accertamento diagnostico

RX GINOCCHIO

Prescrizione

Inserisci la patologia (*)

MENISCOPATIA

Inserisci la prestazione prescritta (*)

RX GINOCCHIO

Data prescrizione (*)

17/05/2017



Tipo ricetta:

RICETTA ROSSA

RICETTA BIANCA

Medico prescrizione (*)

LUIGI BIANCHI

Numero prescrizione (*)

001122

Inserisci i
dati della
prescrizione
medica

AUTORIZZAZIONI IN FORMA DIRETTA

(6 di 7)

Presenza appuntamento	Si
Dati appuntamento	31-maggio-2017 10:00
Beneficiario	ROSSI MARIO
Struttura	POLICLINICO VATTELAPESCA
Tipologia	Accertamenti diagnostici e visite
Tipo esame	

Carica il documento di prescrizione (sono accettati formati jpg, jpeg e pdf)

SELEZIONA FILE

impegnativa_RX_ginocchio.pdf 

L'inserimento della documentazione è necessario per le richieste di prestazioni quali analisi di laboratorio, fisioterapia, psicoterapia, ricovero, intervento ambulatoriale.

INDIETRO

AVANTI

Inserire eventualmente la documentazione medica

Presenza appuntamento	Si
Dati appuntamento	31-maggio-2017 10:00
Beneficiario	ROSSI MARIO
Struttura	POLICLINICO VATTELAPESCA
Tipologia	Accertamenti diagnostici e visite
Tipo esame	Accertamento diagnostico
	RX GINOCCHIO
Prescrizione	MENISCOPATIA
Documentazione	

Come vuoi essere avvisato dell'appuntamento?

EMAIL **SMS**

Inserisci l'email (*)

MAIL@INDIRIZZO.EMAIL.IT

Eventuali note

INDIETRO

AVANTI

Scelta di avviso appuntamento

Conferma i dati inseriti e creazione numero pratica

Presenza appuntamento	Si
Dati appuntamento	31-maggio-2017 10:00
Beneficiario	ROSSI MARIO
Struttura	POLICLINICO VATTELAPESCA
Tipologia	MENISCOPATIA
Accertamento diagnostico e visite	
Tipo esame	
Accertamento diagnostico	
RX GINOCCHIO	
Prescrizione	
Documentazione	
Notifica	
Email: mail@indirizzo_email.it	
Conferma	

Patologia : MENISCOPATIA Prestazione prescritta : RX GINOCCHIO Data prescrizione : 31-maggio-2017 Tipo ricetta : ROSSA Numero prescrizione : 001122 Medico prescrizione : LUIGI BIANCHI documento di prescrizione impegnativa_rx_ginocchio.pdf Email a: mail@indirizzo_email.it

Informativa ai sensi dell'art. 13 Decreto Legge n. 136 del 28 giugno 2008 n. 696

In conformità all'art. 13 del Decreto Legge n. 136 del 28 giugno 2008 n. 696 (di seguito denominato Codice), la sottoscritta Società in qualità di titolare, La Informa sull'uso dei Suoi dati per i suoi diritti (art. 7 del Codice).

a) Trattamento dei dati personali per finalità assicurative

Nei rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, Le informiamo che la nostra Società intende acquisire o già detiene dati personali che La riguardano, eventualmente anche sensibili (I), al fine di fornire i servizi assicurativi da Lei richiesti o a Sua favore previsti. Senza i Suoi dati alcuni dei quali ci debbono essere forniti da Lei o da terzi per obbligo di legge (I), non potremo fornirle, in tutto o in parte, i nostri servizi e/o prodotti assicurativi.

b) Trattamento dei dati personali per finalità promozionali e/o ricerche di mercato

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

Caricamento documenti allegati in corso
100 %

INDIETRO **CONFERMA I DATI**

La tua pratica è stata inserita con successo.

Il numero pratica assegnato è **XXX724226822017**

Riepilogo

Presenza appuntamento	Si
Dati appuntamento	31-maggio-2017 10:00
Beneficiario	ROSSI MARIO (RSSXXX80A01H501U) - 16-luglio-1970
Struttura	POLICLINICO VATTELAPESCA VIA ROMA 1 ROMA (RM)
Tipologia	MENISCOPATIA
Accertamenti diagnostici e visite	
Tipo esame	
Accertamento diagnostico	
RX GINOCCHIO	
Prescrizione	
Documentazione	
Notifica	
Email: mail@indirizzo_email.it	
Conferma	

Patologia : MENISCOPATIA Prestazione prescritta : RX GINOCCHIO Data prescrizione : 31-maggio-2017 Tipo ricetta : ROSSA Numero prescrizione : 001122 Medico prescrizione : LUIGI BIANCHI documento di prescrizione impegnativa_rx_ginocchio.pdf Email a: mail@indirizzo_email.it

Puoi controllare lo stato di avanzamento nella

SEZIONE PRATICHE



Previmedical
Servizi per la Sanità Integrativa

ATTIVARE LA PROCEDURA DEI 30 KM (1 di 5)



AREA ISCRITTO



LE MIE PRATICHE 7

RICHIESTA DI RIMBORSO

PRESTAZIONI : VISITA OCULISTICA	Altre prestazioni...
IMPORTO : 89,00 €	LIQUIDATO : 52,50 €
BENEFICIARIO : Mario Rossi	DATA : giovedì 26 maggio 2016
CODICE : DW72-2016-00349514	STATO : conclusa ●

DETALLO

VEDI TUTTE LE PRATICHE

RICHIESTA DI RIMBORSO

PRESTAZIONE : VISITA OCULISTICA	
IMPORTO : 94,00 €	LIQUIDATO : 0,00 €
BENEFICIARIO : Mario Rossi	DATA : mercoledì 20 aprile 2016
CODICE : DW72-2016-00332528	STATO : respinta ●

DETALLO

RICHIESTA DI RIMBORSO
 Richiedi un rimborso per una prestazione ricevuta

RICHIEDI

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE IN FORMA DIRETTA
Richiedi l'emissione di un'autorizzazione per eseguire le prestazioni presso una struttura convenzionata

RICHIEDI

È possibile richiedere un'autorizzazione in forma diretta tramite il box blu nella pagina principale



RICHIESTA DI PRESTAZIONE

Presenza appuntamento

Hai già preso appuntamento?



Ciao,
Mario Rossi

Clicca se ha già la prenotazione o meno

ATTIVARE LA PROCEDURA DEI 30 KM (2 di 5)

Presenza appuntamento

No

Proposta appuntamento

Indicare il periodo entro il quale si desidera effettuare la prestazione

Data indicativa dell'appuntamento (da) (*)

22/03/2018



Data indicativa dell'appuntamento (a) (*)

30/03/2018



Ora indicativa dell'appuntamento (*)

0800

Note (indicare eventuali preferenze di giornate o fasce orarie)

INDIETRO

AVANTI

Inserisci la
preferenza per
l'appuntamento

Scegli se desideri
estendere la ricerca
oppure scaricare la
dichiarazione per la
domanda di rimborso.
(prestazioni
odontoiatriche)

Prestazione

VISITA ORALE

Non è stata trovata nessuna struttura nel raggio di 30km dal tuo domicilio.

Clicca [qui](#) per la dichiarazione da allegare alla domanda di rimborso.

Clicca [qui](#) per estendere la ricerca.

INDIETRO



Previmedical®
Servizi per la Sanità Integrativa

Selezione la prestazione presso la struttura desiderata

Prestazione

VISITA ORALE

Selezione la prestazione erogata dalla struttura



STRUTTURE (49)

PROGETTO DENTALE APOLLONIA SRL
VIALE TABOGA 305
33013 GEMONA DEL FRIULI (UD)

+ Prestazioni (3)



Previmedical
Servizi per la Sanità Integrativa

ATTIVARE LA PROCEDURA DEI 30 KM (4 di 5)



RBM ASSICURAZIONE SALUTE S.p.A.

Sede Legale e Direzione Generale:
via Forlani, 24 - 31022 Borgo Vandi, Preganziol (TV)
Tel.: +39 - 0422 662700 - Fax: +39 - 0422 1745025

Sede Secondaria:
via Victor Hugo, 4 - 20123 Milano (MI)
Tel.: +39 02 91431789 - Fax +39 02 91431702
direzionecommerciale@rbmsalute.it - info@rbmsalute.it - rbmsalutespa@pec.rbmSalute.it - www.rbmSalute.it

Preganziol, 13/03/2018

Dipendente: CODICE FISCALE - NOME E COGNOME

Assistito: CODICE FISCALE - NOME E COGNOME

Domicilio Assistito: VIA E NUMERO CIVICO
CAP - PROVINCIA -

Garanzia: Cure Dentarie

In assenza di un Centro Convenzionato situato entro una distanza dal domicilio dell'Assistito inferiore a 30 km, per lo svolgimento delle prestazioni sopra indicate, si autorizza l'Assicurato ad effettuare le prestazioni presso:

NOME STRUTTURA CONVENZIONATA
COMUNE DELLA STRUTTURA

Alle spese sostenute verranno applicate le condizioni previste per le prestazioni effettuate nei centri convenzionati.
Tale estensione dei livelli di copertura non è applicabile con riferimento ai Centri siti al di fuori dei confini nazionali.

Amministratore Delegato e
Direttore Generale
RBM Assicurazione Salute SpA

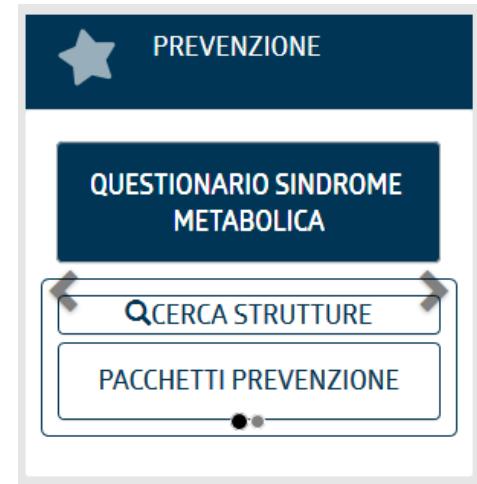
La presente attestazione ha una validità di 30 giorni dalla data di emissione

RBM ASSICURAZIONE SALUTE S.p.A. - Socio Unico
Capitale Sociale € 100.000.000 i.v. - C.C.I.A.A. di TV C.F.P. MA 05796440963 - R.E.A. 360145
Impresa Iscritta al numero 1.00161 dell'Albo delle imprese di assicurazione, autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2556 del 17/10/2007 (G.U. 02/11/2007 n. 25).



Previmedical
Servizi per la Sanità Integrativa

Nel caso di pacchetto prevenzione, l'iscritto, una volta indicate le preferenze, verrà invitato a contattare la Centrale Operativa. La Centrale Operativa provvederà a indicare le strutture dove poter effettuare il pacchetto prevenzione.



Gentile Assistito, il sistema non ha individuato un Centro autorizzato all'erogazione del pacchetto di prevenzione nel raggio di 30 Km dal Suo domicilio. Quanto premesso, potrà accedere, senza alcuna spesa a Suo carico, al Network di strutture convenzionate con Mètasalute, contattando la Centrale Operativa al NUMERO VERDE 800.189671

Prestazione

METASALUTE: PREVENZIONE DONNA (HPV)

Non è stata trovata nessuna struttura nel raggio di 30km dal tuo domicilio. Clicca [qui](#) per estendere la ricerca.

[INDIETRO](#)



Previmedical®
Servizi per la Sanità Integrativa

CONSULTARE LE PROPRIE PRATICHE (1 di 3)

AREA ISCRITTO

Ciao.
Mario Rossi

LE MIE PRATICHE 7

RICHIESTA DI RIMBORSO

PRESTAZIONE : VISITA OCULISTICA [dettaglio](#)

IMPORTO : 89,00 € LIQUIDATO : 52,50 €

BENEFICIARIO : Mario Rossi DATA : giovedì 26 maggio 2016

CODICE : DWY2-2016-00340514 STATO : condotta ●

DETALIO

RICHIESTA DI RIMBORSO

PRESTAZIONE : VISITA OCULISTICA

IMPORTO : 94,00 € LIQUIDATO : 0,00 €

BENEFICIARIO : Mario Rossi DATA : mercoledì 20 aprile 2016

CODICE : DWY2-2016-00352528 STATO : risposta ●

DETALIO

RICHIESTA DI RIMBORSO

RICHIEDI

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE IN FORMA DIRETTA

Richiedi l'emissione di un'autorizzazione per eseguire le prestazioni presso una struttura convenzionata

RICHIEDI

Vedi tutte le pratiche

2016

26 MAG 2016 RICHIESTO: VISITA OCULISTICA	26 APR 2016 RICHIESTO: VISITA OCULISTICA	14 MAG 2016 PRESTAZIONE: TIPO DI ACCADEMICO: DRAGA
● ● ●	● ● ●	● ● ●

2015

18 MAR 2015 PRESTAZIONE: TIPO DI ACCADEMICO: DRAGA	15 APR 2015 PRESTAZIONE: TIPO DI ACCADEMICO: DRAGA	02 APR 2015 PRESTAZIONE: VISITE SPECIALISTICHE TIPO DI ACCADEMICO: MEDICO VALORE:	02 MAR 2015 PRESTAZIONE: TIPO DI ACCADEMICO: UNICO -- 31 - 61 ANNI VALORE: AGGIORNAMENTO: 24 MAR 2015 - ore 08:30
● ● ●	● ● ●	● ● ●	● ● ●

Le dirette sono
in ARANCIONE
Le indirette in
BLU

CONSULTARE LE PROPRIE PRATICHE (2 di 3)

2016

RICHIESTA DI RIMBORSO

PRESTAZIONI
VISITA OCULISTICA

IMPORTO 89,00 €	LIQUIDATO 52,50 €
BENEFICIARIO ROSSI MARIO	BENEFICIARIO RIMBORSO ROSSI MARIO
CODICE DW72-2016-00349514	STATO CONCLUSA ●

[DETTAGLIO](#)

RICHIESTA DI RIMBORSO

prestazione
VISITA OCULISTICA

IMPORTO 94,00 €	LIQUIDATO 0,00 €
BENEFICIARIO ROSSI MARIO	BENEFICIARIO RIMBORSO ROSSI MARIO
CODICE DW72-2016-00332528	STATO RESPINTA ●

MOTIVO RESPINGIMENTO
L'INTEGRAZIONE DOCUMENTALE RICHIESTA NON RISULTA
PERVENUTA ALLA CASSA ENTRO IL PERIODO PREVISTO PER
L'INOLTRO (ENTRO 60 GIORNI A DECORRERE DALLA DATA DI
SOSPENSIONE DELLA PRATICA ESSENDO SCADUTO TALE
PERIODO, IL SINISTRO VIENE RESPINTO).

[DETTAGLIO](#) [MODIFICA](#)

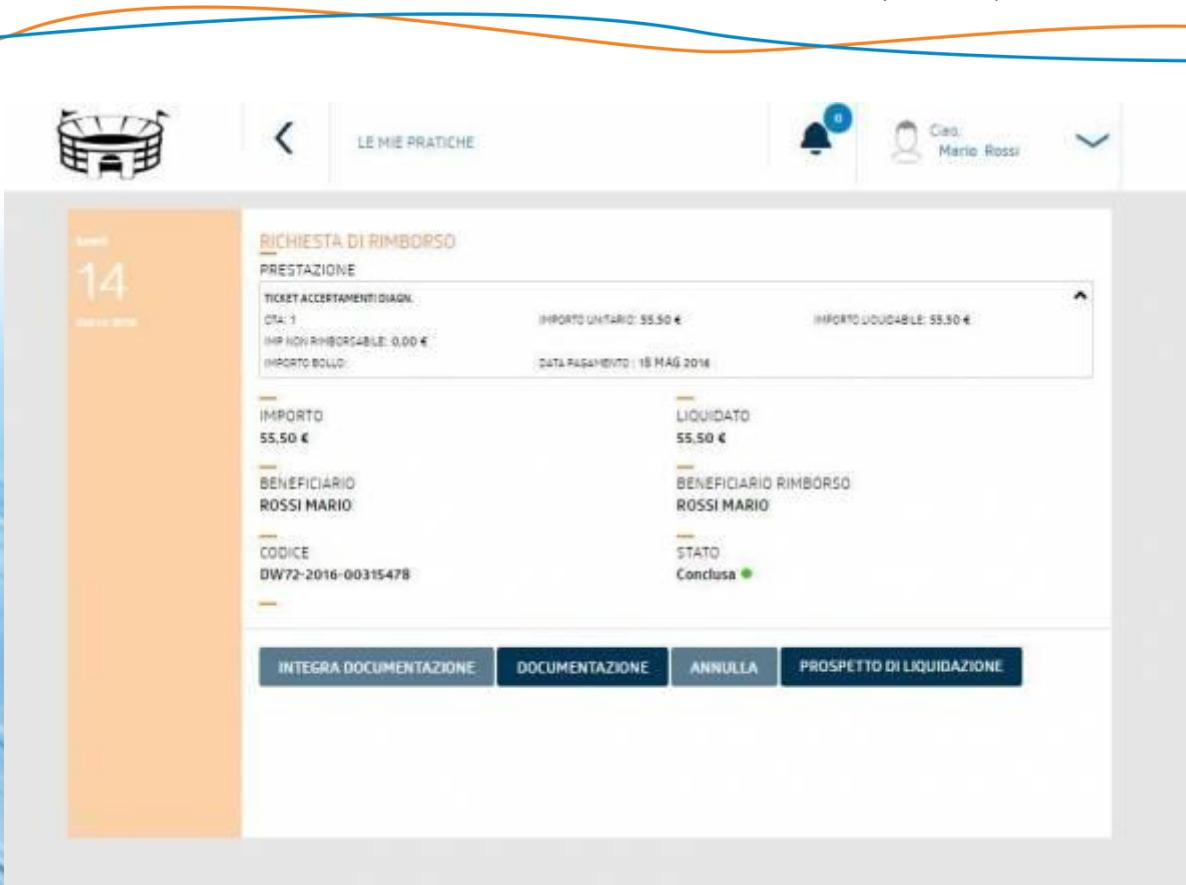
RICHIESTA DI RIMBORSO

prestazione
TICKET ACCERTAMENTI DIAGN.

IMPORTO 55,50 €	LIQUIDATO 55,50 €
BENEFICIARIO ROSSI MARIO	BENEFICIARIO RIMBORSO ROSSI MARIO
CODICE DW72-2016-00315478	STATO CONCLUSA ●

Vedi tutte le pratiche

CONSULTARE LE PROPRIE PRATICHE (3 di 3)



The screenshot shows a claim detail page. At the top, there's a header with a bell icon and a user profile for "Ciao: Mario Rossi". Below the header, the page title is "RICHIEDA DI RIMBORSO". The claim details include:

- PRESTAZIONE:** TICKET ACCERTAMENTI DIAGN.
- IMPORTE UNITARIO:** 55,50 €
- IMPORTE LIQUIDABILE:** 55,50 €
- DATA PAGAMENTO:** 18 MAG 2016
- IMPORTO:** 55,50 €
- LIQUIDATO:** 55,50 €
- BENEFICIARIO:** ROSSI MARIO
- BENEFICIARIO RIMBORSO:** ROSSI MARIO
- CODICE:** BW72-2016-00315478
- STATO:** Conclusa (green dot)

At the bottom, there are buttons: INTEGRA DOCUMENTAZIONE, DOCUMENTAZIONE, ANNULLA, and PROSPETTO DI LIQUIDAZIONE.

Possono essere aperte cliccando su **DETTAGLIO** per vederle meglio ed effettuare varie operazioni su di esse (ad esempio allegare della documentazione se è il caso)

STATI PRATICA

In lavorazione	●
Autorizzata	●
In pagamento	●
Conclusa	●
Sospesa	●
Respinta	●
Conclusa con prestazioni respinte	●

L'APP mètasalute





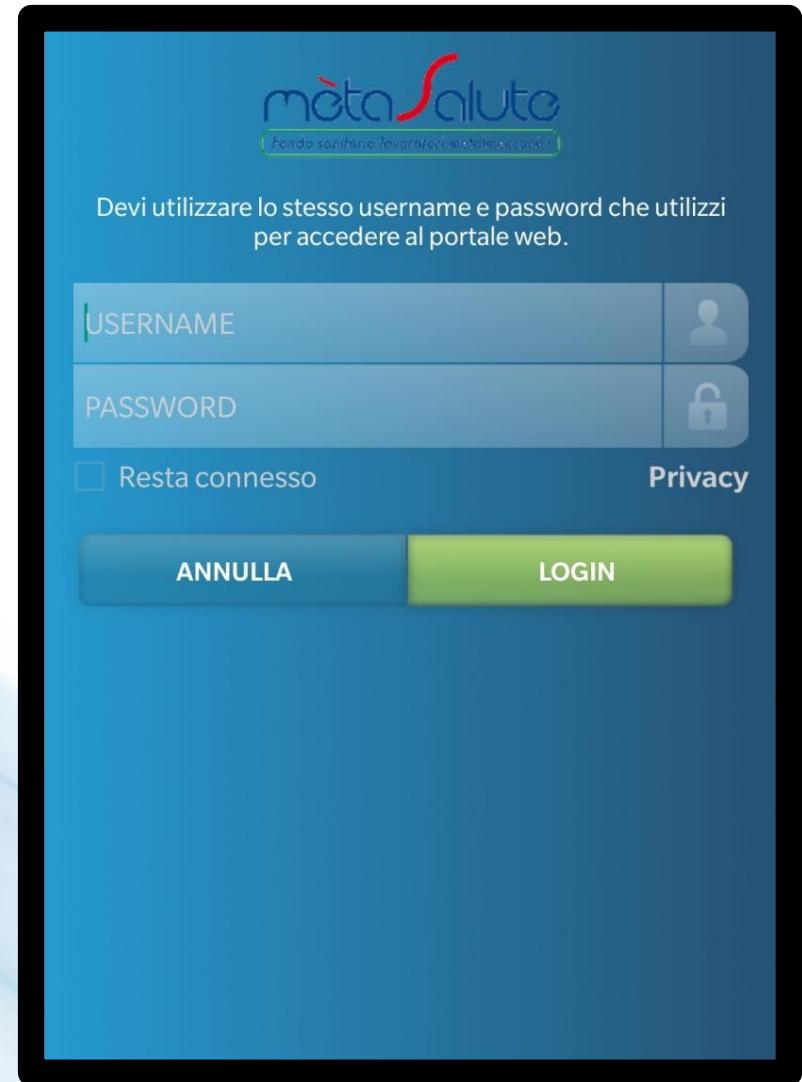
Il **menu principale** permette di accedere alle funzioni fornite dall'applicativo:

- Visualizzazione e modifica dati anagrafici e di contatto
- Notifiche relative alle proprie pratiche
- Contatti RBM Salute
- Ricerca strutture convenzionate
- Status e dettagli delle proprie pratiche
- Inserimento domanda di rimborso online
- Inserimento richiesta di autorizzazione a prestazione presso strutture convenzionate (Pic on line)

È possibile autenticarsi utilizzando le stesse credenziali già a disposizione per il portale WEB di mètasalute.

Attenzione: prima di accedere ricordati di:

- Aver scaricato l'APP corretta;
- Aver completato la registrazione sul sito di mètasalute;
- Essere sicuri di non aver modificato la password sul sito di mètasalute;
- Verificare che la password sul sito mètasalute non si scaduta.





La ricerca **strutture convenzionate** può operare in due modalità:

- con i classici criteri (provincia, CAP, nome struttura e comune)
- cercare strutture in un dato *range* kilometrico a partire dal proprio recapito o dalla posizione attuale

ELENCO STRUTTURE

VEDI LISTA **VEDI MAPPA**

- CASA DI CURA VILLA SERENA SPA**
VIA MAGENTA 45
PIOSSASCO - TO
- CASALE DOTT.SSA GIOVANNA**
VIA VAL DELLA TORRE 19/8
TORINO - TO
- CDC CENTRO POLISPECIALISTICO
PRIVATO SRL (CERNAIA)**
VIA FABRO 12
TORINO - TO
- CDC SPA (CERNAIA)**
VIA POLLENZO 5/B
TORINO - TO
- CEM DI MARENGO MICHELE E C. SNC**
STRADA GENOVA 56
MONCALIERI - TO
- CENTRO ARTEMISIA SRL**
VIA PIEMONTE 32
STRAMBINO - TO
- CENTRO DI ODONTOIATRIA C.D.O. SNC
DI TOMASI MORGANO DR. ARELIO & C.**
VIA OSASCO 42
TORINO - TO
- CENTRO FISIOTERAPICO CHIERESE
SAS**
VIA PALAZZO DI CITTA' 12
CHIERI - TO

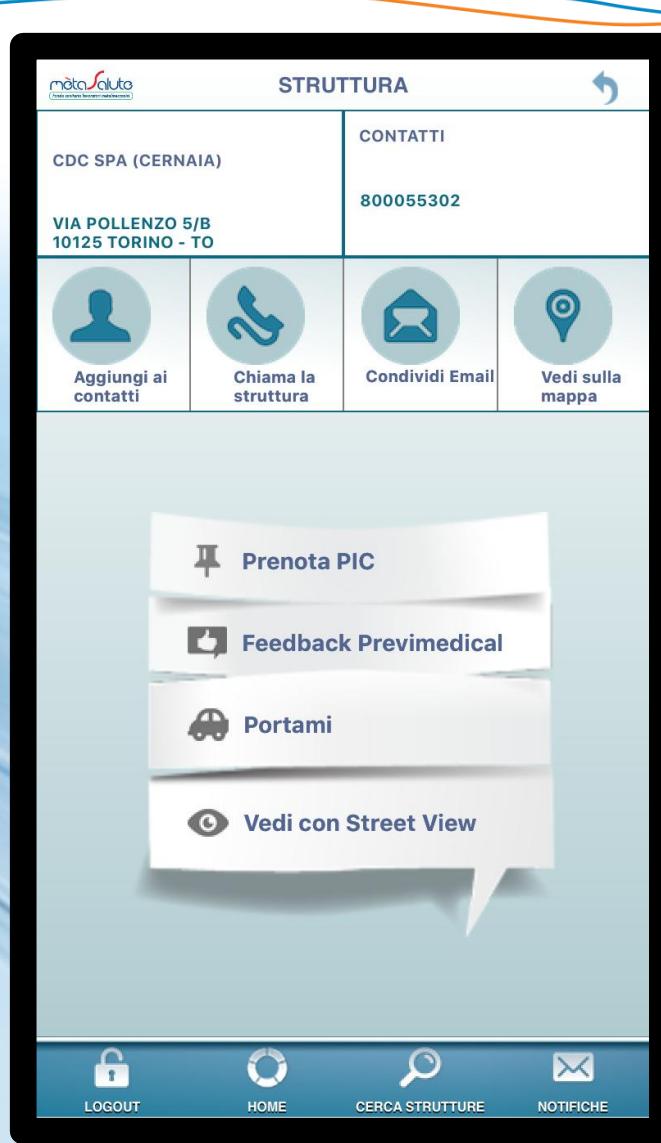
LOGOUT **HOME** **CERCA STRUTTURE** **NOTIFICHE**

ELENCO STRUTTURE

VEDI LISTA **VEDI MAPPA**

CDC SPA (CERNAIA)

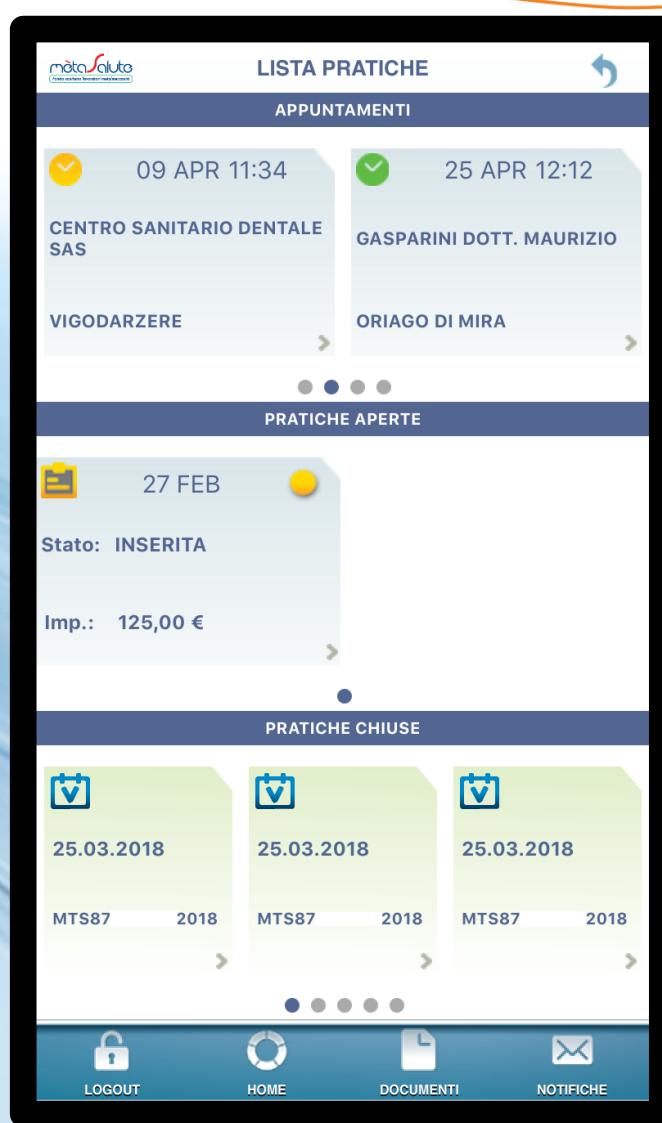
LOGOUT **HOME** **CERCA STRUTTURE** **NOTIFICHE**



È possibile accedere alle informazioni disponibili per la struttura selezionata.

È possibile inoltre aggiungerla tra i contatti, avviare una chiamata direttamente dalla app o avviare il navigatore integrato.





La lista pratiche offre una visione omnicomprensiva della situazione delle proprie pratiche classificandole in tre categorie:

- Appuntamenti presso strutture convenzionate, approvati o meno
- Pratiche indirette aperte, inoltrate alla compagnia o sospese
- Pratiche conclusive



DETALIO DOMANDA DI RIMBORSO

DW29-13-162637

Richiesta: 31/07/13
Richiesto: € 150,00
Liquidato: -
Stato: SOSPESA

Motivazione
Manca documentazione patologia

DETALIO PRESTAZIONI PER ROSSINI MARIO

VISITA ODONTOIATRICA
Richiesto: € 150,00
Liquidato:



LE MIE PRATICHE

APPUNTAMENTI DKV29341592013

DOMENICA 15 DICEMBRE - ORE 10:00

Struttura: BIOS SPA
Medico: BIANCHI MASSIMO
Data richiesta: martedì 14 maggio 2013
Beneficiario: ROSSI MARIA

Aggiungi ai contatti Aggiungi un avviso Aggiungi al calendario Vedi sulla mappa

PRESTAZIONI PREVISTE

PRIMA VISITA OTORINOLARINGOATRICA



LE MIE PRATICHE

APPUNTAMENTI

GIOVEDÌ 25 OTTOBRE - ORE 08:00

Struttura: VIGNA CLARA SRL
Medico: -
Data richiesta: venerdì 19 ottobre 2012
Beneficiario: ROSSI MARIA

Aggiungi ai contatti Documenti pratica Feedback Vedi sulla mappa

PRESTAZIONI PREVISTE

Quota a carico dell'assistito: 35 euro pari al 10% con min 35 euro



DETALIO DOMANDA DI RIMBORSO

DW29-13-162639

Richiesta: 31/07/13
Richiesto: € 100,00
Liquidato: -
Stato: INERITA

Motivazione

DETALIO PRESTAZIONI PER ROSSI MARIA

VISITA ALLERGOLOGIA
Richiesto: € 100,00
Liquidato:



DETALIO DOMANDA DI RIMBORSO

DW29-13-160064

Richiesta: 17/06/13
Richiesto: € 88,19
Liquidato: € 48,19
Stato: CONCLUSA

DETALIO PRESTAZIONI PER ROSSINI MARIO

CIMED - 11/06/13
MAMMOGRAFIA+VISITA SENOLOGICA
Richiesto: € 88,19
Liquidato: € 48,19

TIPOLOGIA PRESTAZIONE

Che tipo di prestazione devi fare

VISITA
Esempio: Visita Oculistica, Ginecologica, Cardiologica, etc. Non utilizzare la funzione per visite legate a pre/post ricoveri e/o per Grandi Eventi Patologici e/o per prestazioni odontoiatriche.

DIAGNOSTICA
Esempio: Risonanze magnetiche, TAC, ecografie, radiografie, esami endoscopici, mammografie, ecc. Non utilizzare la funzione per esami del sangue.

PRESTAZIONE ODONTOIATRICA
Ablazione del tartaro, visita orale, visita orale e ablazione tartaro, ortopantomografia (OPT), TAC arcate dentarie (DENTALSCAN)

Ricovero
Prenotazione Ricoveri e interventi ambulatoriali

PACCHETTO PREVENZIONE
Pacchetti prevenzione Uomo Over 50, Cardiovascolare e posturale

DATI IMPEGNATIVA

PRESCRIZIONE

Numero prescrizione **145376**

Data **13/03/2018**

Medico **Rossi**

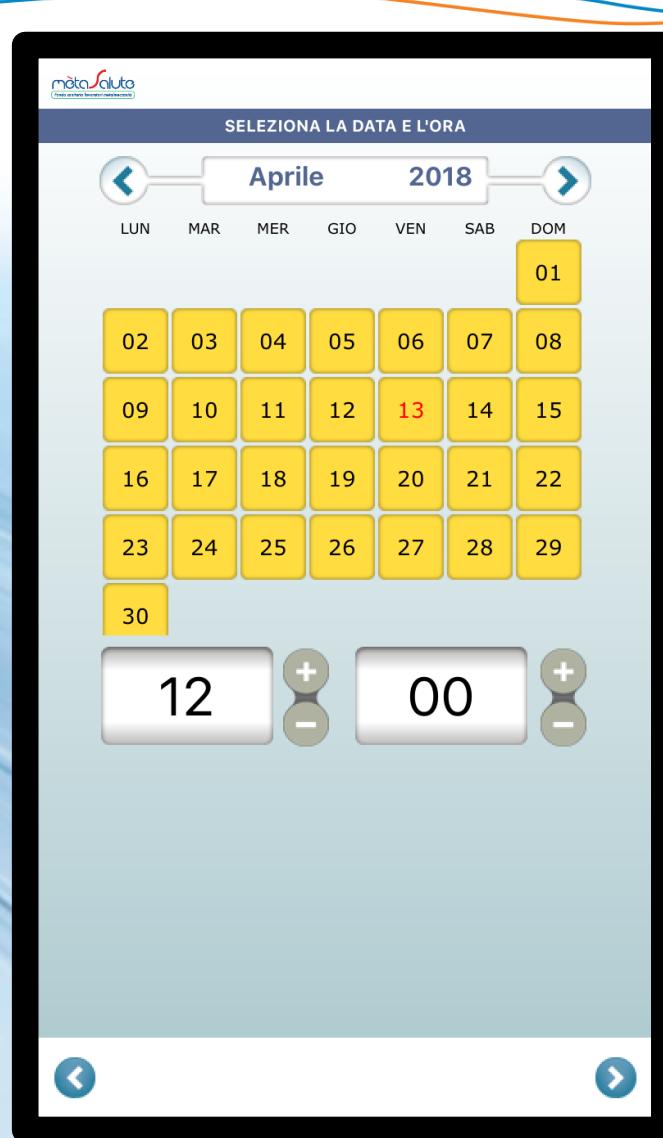
DIAGNOSI

miopia

IMPEGNATIVA

 **ACQUISISCI**





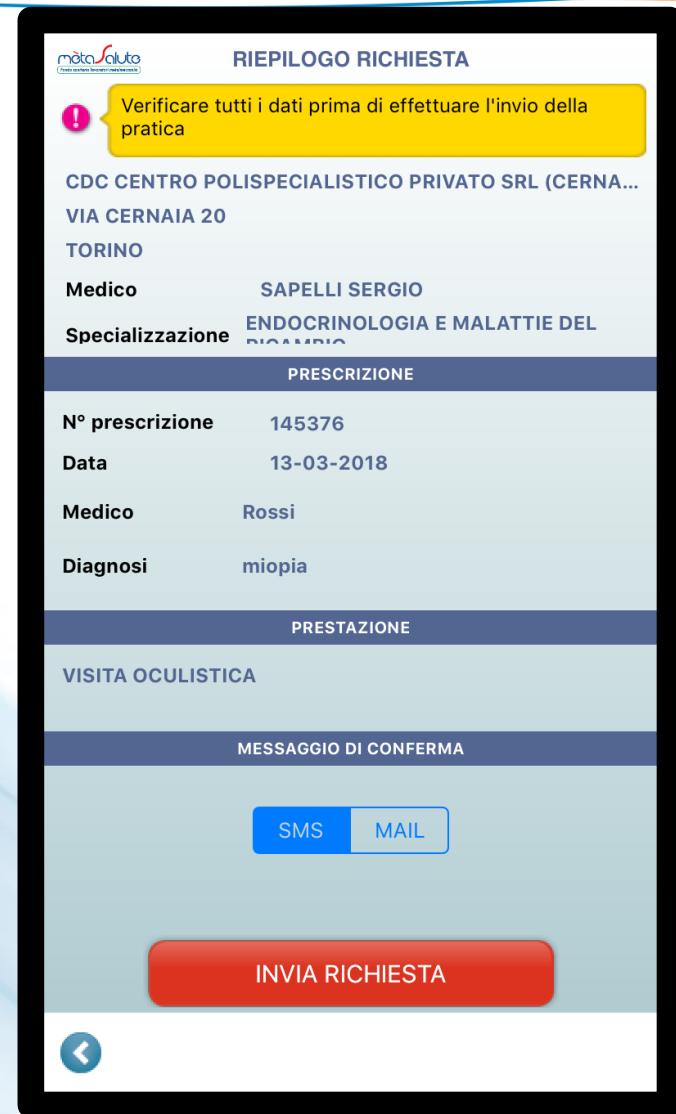


SELEZIONE PRESTAZIONE

ABC	VISITA CARDIOLOGICA	+ (button)
DEF	VISITA CARDIOLOGICA PEDIATRICA	+ (button)
GHI	VISITA CHIRURGIA VASCOLARE	+ (button)
JKL	VISITA DERMATOLOGICA	+ (button)
MNO	VISITA OCULISTICA	+ (button)
PQR	VISITA ORL	+ (button)
STU		
VWX		
YZ		

Se la prestazione non è presente nell'elenco inserirla manualmente

PROCEDI MANUALMENTE



RIEPILOGO RICHIESTA

Verificare tutti i dati prima di effettuare l'invio della pratica

CDC CENTRO POLISPECIALISTICO PRIVATO SRL (CERNAIA 20 TORINO)

Medico SAPELLI SERGIO
Specializzazione ENDOCRINIOLOGIA E MALATTIE DEL DIABETICO

PRESCRIZIONE

Nº prescrizione 145376
Data 13-03-2018

Medico Rossi
Diagnosi miopia

PRESTAZIONE

VISITA OCULISTICA

MESSAGGIO DI CONFERMA

SMS MAIL

INVIA RICHIESTA

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE (successive alla prima, con app.to fissato)

Aggiunta danno

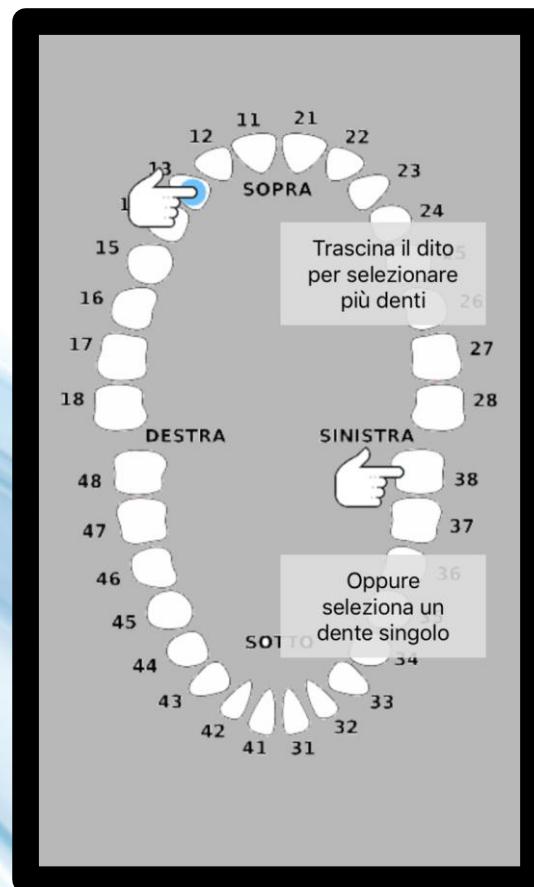
RICERCA PRESTAZIONE

Digita una prestazione...

Danni aggiunti

Nessun danno aggiunto, seleziona una prestazione per aggiungere il primo

Proseguì



PATOLOGIA, PRESCRIZIONE e DOCUMENTI

Patologia

Bruxismo

Prescrizione

Bite notturno

Documenti da allegare

Prescrizione clinica

ALTRA DOCUMENTAZIONE

Proseguì

Con la Card RBM Assicurazione Salute ciascun assicurato mètasalute avrà diritto, presso le strutture del network, all'applicazione delle tariffe ridotte riservate agli assicurati RBM Assicurazione Salute anche per prestazioni che non siano ricomprese nel Piano Sanitario mètasalute.

La CARD è disponibile all'interno dell'area riservata di mètasalute sotto la sezione "Assicurazione".



Il portale HCAdvisor, consente di:

- lasciare il proprio feedback, a seguito di una visita medica in forma diretta, della 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 www.fondometasalute.it e cliccare sul tasto "Assicurazione".

The screenshot shows the HC Advisor dashboard for a user named Andrea. At the top, there is a greeting 'CIAO ANDREA, BENTORNATO!' next to a profile icon. Below the greeting are four buttons: 'Home' (blue), 'Scrivi recensione' (orange), 'Vedi recensioni' (orange), and 'Profilo' (orange). The main section is titled 'Cosa potresti fare oggi?' and contains three cards: 'SCRIVI UNA RECENSIONE' (with a pencil icon), 'VEDI LE TUE RECENSIONI' (with a magnifying glass icon), and 'MODIFICA PROFILO' (with a person icon). Below these cards, there is descriptive text and a note about recent activity. At the bottom, there is a search bar with placeholder text 'Inserisci struttura:' and 'Provincia:', and a 'Ricerca Avanzata' button.

CIAO ANDREA, BENTORNATO!

Home Scrivi recensione Vedi recensioni Profilo

Cosa potresti fare oggi?

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

CERCA:
Inserisci struttura:
ES: Ospedale Santa Chiara

Provincia:
ES: Roma

+ Ricerca Avanzata

GRAZIE PER L'ATTENZIONE

