



# PREATTIVAZIONE

## INSERIMENTO DI UNA NUOVA RICHIESTA DI PREATTIVAZIONE

Dal menù Rete Sanitaria Convenzionata di CaspieOnline selezionare preattivazione.

Scegliere l'assistito che dovrà eseguire la prestazione tramite il tasto "SELEZIONA" (Figura 1).

The screenshot shows the 'AREA RISERVATA' section of the Caspie web application. At the top, there is a green header with the Caspie logo and the text 'UTENTE: prova'. Below the header is a navigation menu with tabs: 'RICHIESTA DI RIMBORSO', 'ANAGRAFICA', 'UTILITÀ', 'RETE SANITARIA', and 'GUIDA'. The main content area displays a 'MESSAGGI DI SERVIZIO' section with a red envelope icon and a blacked-out message. Below this is a section titled 'Lista assistiti che possono beneficiare della preattivazione'. It contains a table with two rows of beneficiary data:

	DATA NASCITA	PARENTELA	
[REDACTED]	01/01/1960	TITOLARE	SELEZIONA
[REDACTED]	01/01/1960	FIGLIO/FIGLIA	SELEZIONA

Below the table, a note states: 'Per iniziare l'inserimento della richiesta di preattivazione è necessario selezionare il beneficiario'. At the bottom left, there is a copyright notice: '© 2015 Caspie'.

Figura 1

Inserire la data e l'ora di esecuzione della prestazione. E' necessario rispettare il margine di 72 ore lavorative tra la data di prenotazione e quella di esecuzione della prestazione stessa. Verranno caricate automaticamente le causali. Scegliere quella di competenza e premere il tasto "AVANTI" (figura 2).

The screenshot shows the 'Inserire la data e l'ora fissata per l'appuntamento con la struttura' section of the Caspie web application. It features two input fields: 'DATA IN FORMATO GG/MM/AAAA' with the value '31/12/2017' and 'ORA IN FORMATO HH:MM' with the value '09:00'. Below these fields is a section titled 'Scelta del tipo di prestazione.' with a list of radio button options:

- Ricovero con intervento
- Ricovero senza intervento
- Ricovero in ospedale a carico del SSN
- Ricovero per parto cesareo
- Ricovero per parto fisiologico
- Day Hospital senza intervento
- Day Hospital con intervento
- Intervento ambulatoriale
- Prestazioni diagnostiche e visite ambulatoriali
- Medicina Preventiva
- Cure e protesi dentarie
- Altre causali

At the bottom of the form, there are two buttons: 'INDIETRO' and 'AVANTI'.

Figura 2



E' necessario indicare la struttura sanitaria presso la quale verrà eseguita la prestazione.

Per eseguire la ricerca indicarne il nome e/o l'ubicazione tramite regione, provincia, città e premere il tasto "cerca".

Dalla lista dei risultati fare click sul tasto "Seleziona" e poi premere "Avanti" (figura 3).

**Scelta della struttura sanitaria**

NOME STRUTTURA

REGIONE PROVINCIA CITTA'

Seleziona Regione

CERCA INDIETRO

NOME STRUTTURA	INDIRIZZO	CITTA'

SELEZIONA

AVANTI

Figura 3

Verrà ora chiesto, facoltativamente, il nominativo del medico convenzionato con CASPIE.

E' possibile eseguirne la ricerca per nome, cognome e/o specializzazione. Selezionare un medico dalla lista oppure premere il tasto "Avanti" (figura 4)

**Scelta del medico**

NOME DEL MEDICO COGNOME DEL MEDICO

SPECIALIZZAZIONE

Specializzazioni Medico

CERCA MEDICO INDIETRO

COGNOME	NOME	SPECIALIZZAZIONI

SELEZIONA

AVANTI

Figura 4



Inserire ora la diagnosi riportata nel certificato medico ed il tipo di prestazione (come ad esempio visita, tipo di accertamento diagnostico etc...) come da figura 5.

Indicare la diagnosi riportata nel certificato medico

Indicare il tipo di prestazione (es. Visita, Ricovero, Tipo di accertamento diagnostico...)

INDIETRO AVANTI

Figura 5

Si può procedere all'inserimento della documentazione medica.

Rispettando i tipi di file consentiti, la dimensione massima degli stessi e la dimensione dello spazio riservato al caricamento (indicati nella schermata nel mezzo sulla destra), inserire la descrizione del file (es: Certificato medico) e premere "sfoglia" al fine di prelevare il file presente sul proprio dispositivo (figura 6).

Inserire la documentazione medica **NECESSARIA** per procedere alla richiesta di preattivazione.

DESCRIZIONE FILE (Max 30 caratteri)

PRELEVA IL FILE (nome max 30 caratteri) Sfoggia...

CARICA! INDIETRO

**Informazioni utili..**

- Per ricovero inserire il certificato medico con il tipo di intervento e la diagnosi di malattia
- Per visite ed Accertamenti diagnostici inserire la prescrizione medica con diagnosi
- Per la medicina preventiva non è necessario inserire i documenti

**Informazioni file e spazio web**

Estensioni consentite:	- .PDF - .TIFF - .TIF
Dimensione massima consentita: (KB)	3000
Spazio disponibile per il caricamento (KB)	20000
Spazio occupato (percentuale)	0 %
Numero files caricati	0

Allegati caricati

**NESSUN FILE CARICATO**

AVANTI

Figura 6

Premere il tasto “Carica”. Se l’upload va a buon fine apparirà il messaggio come da figura 7 e l’allegato sarà visibile nella griglia in basso “Figura 8”.

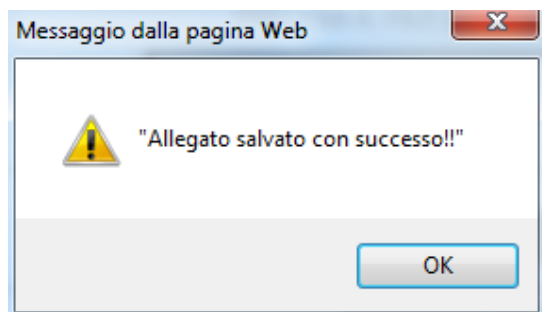


Figura 7

Inserire la documentazione medica **NECESSARIA** per procedere alla richiesta di preattivazione.

DESCRIZIONE FILE (Max 30 caratteri)	PRELEVA IL FILE (nome max 30 caratteri)
<input type="text"/>	<input type="text"/> Sfoglia...

**CARICA!**      **INDIETRO**

Informazioni utili..	Informazioni file e spazio web										
<ul style="list-style-type: none"><li>Per ricovero inserire il certificato medico con il tipo di intervento e la diagnosi di malattia</li><li>Per visite ed Accertamenti diagnostici inserire la prescrizione medica con diagnosi</li><li>Per la medicina preventiva non è necessario inserire i documenti</li></ul>	<table><tr><td>Estensioni consentite:</td><td>- .PDF - .TIFF - .TIF</td></tr><tr><td>Dimensione massima consentita: (KB)</td><td>3000</td></tr><tr><td>Spazio disponibile per il caricamento (KB)</td><td>20000</td></tr><tr><td>Spazio occupato (percentuale)</td><td>0,40 %</td></tr><tr><td>Numero files caricati</td><td>1</td></tr></table>	Estensioni consentite:	- .PDF - .TIFF - .TIF	Dimensione massima consentita: (KB)	3000	Spazio disponibile per il caricamento (KB)	20000	Spazio occupato (percentuale)	0,40 %	Numero files caricati	1
Estensioni consentite:	- .PDF - .TIFF - .TIF										
Dimensione massima consentita: (KB)	3000										
Spazio disponibile per il caricamento (KB)	20000										
Spazio occupato (percentuale)	0,40 %										
Numero files caricati	1										

**Allegati caricati**

NOME DEL FILE	DESCRIZIONE	KB	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<b>CANCELLA ALLEGATO</b>

**AVANTI**

Figura 8

Ripetere eventualmente l’operazione di caricamento qualora la documentazione sia composta da più file.

Premere “Cancella allegato” per eliminare un file caricato per errore altrimenti per continuare premere il tasto “Avanti”.



Il sistema invierà all'indirizzo di posta elettronica indicato in figura 9 una mail contenente tutte le informazioni inserite ed in allegato il modulo riepilogativo della preattivazione; detto modulo può essere scaricato anche premendo il tasto "scarica modulo" di figura 9.

Premere "nuova" se si vuole inserire una nuova richiesta di preattivazione, chiudi per tornare alla pagina iniziale di CaspieOnLine.

Verranno ora rappresentati il testo dell'email inviata dal sistema al salvataggio della richiesta (figura 11) ed il modulo riepilogativo della preattivazione (figura 12).

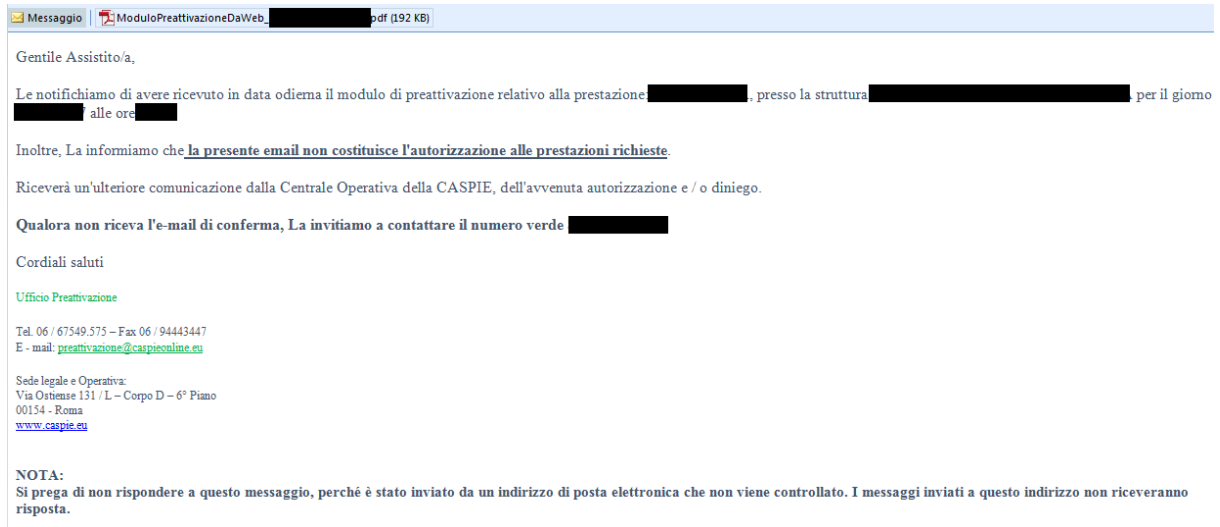


Figura 11

L'Assistito con la presente fa richiesta di usufruire del pagamento diretto delle spese sostenute e fatturate dalla Struttura e/o dalla équipe medica e/o professionista medico convenzionati, nel rispetto delle condizioni previste dal Disciplinare di riferimento.

**A. Dati identificativi**

Titolare Assistenza	██████████	Data Nascita	01/01/1960
Codice fiscale	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	Codice nucleo	██████████
<hr/>			
Assistito che usufruisce delle prestazioni	██████████	Data Nascita	01/01/1960
Codice fiscale	XXXXXXXXXXXXXXXXXX		
Ente di appartenenza	██████████		

**B. Dati relativi alle Spese Mediche di cui di richiede il Pagamento Diretto**

Patologia/Diagnosi ██████████

Data prevista di ingresso ██████████ Ora prevista ██████████

Struttura convenzionata prescelta: ██████████

Nominativo del medico: ██████████

Tipo di ricovero ██████████

Tipo di prestazione ██████████

Anno Pratica: 2017 Numero Pratica: ██████████ Documentazione Allegata: **Se presenti allegati vedere pagina 2**



Il sottoscritto, coerentemente con le prestazioni definite dal Disciplinare di riferimento:

è a conoscenza che non sono coperte le prestazioni espressamente escluse dal Disciplinare;  
Autorizza la CASPIE e/o altro soggetto a farlo, a pagare in nome e per conto dell'Assistito le prestazioni oggetto della procedura di pagamento diretto alla struttura e/o professionista medico;  
Si impegna a pagare alla struttura e/o professionista medico tutte le prestazioni non contemplate nel Disciplinare e ogni altra spesa non compresa nella fattura della struttura sanitaria e/o professionista medico;  
Si impegna a rimborsare a posteriori alla CASPIE, le eventuali spese che risultassero non contemplate dal Disciplinare e a versare direttamente alla struttura sanitaria e/o professionista medico gli importi eccedenti gli eventuali massimali/limiti annui globali o per evento, nonché gli importi relativi alle franchigie e/o scoperti eventualmente non applicati per errore.

**C. Dati Recapito**

Indirizzo ██████████

CAP 00000 Città ██████████ Provincia XX

Telefono ██████████ Telefono cellulare ██████████

EMAIL ██████████

Luogo e Data  
Roma, 11/08/2017  Consenso prestato online

**D. Consenso al Trattamento dei Dati Sensibili**

In relazione all'Informativa sul trattamento dei dati personali ricevuta al momento dell'adesione alla CASPIE, il sottoscritto dichiara di rilasciare il consenso al trattamento, alla CASPIE, e agli specifici soggetti di cui all'elenco richiamato nella stessa informativa e/o che prendano parte al processo liquidativo, dei propri dati personali e sensibili necessari per la gestione della pratica di rimborso delle spese sanitarie e per l'erogazione del servizio di consultazione dei dati sanitari, eventualmente attivato dall'assistito. Infine, libera espressamente la CASPIE e i soggetti interessati nel processo liquidativo, da qualsivoglia pretesa di natura risarcitoria riconducibile a prestazione sanitaria che ritenesse non soddisfacente.

Luogo e Data  
Roma, 11/08/2017  Consenso prestato online

Pagina 1 di 2


	<b>MODULO RICHIESTA PAGAMENTO DIRETTO</b>	
Documentazione allegata alla richiesta di preattivazione		
<hr/>		
<b>ANNO PRATICA</b>	<b>NUMERO PRATICA</b>	<b>NOME ALLEGATO</b>
2017	██████████	██████████

Figura 12

