



**Manuale Operativo
per l'accesso alle prestazioni sanitarie**

Contatti e Riferimenti:

Numero Verde

a disposizione degli Assistiti dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 13.00 e dalle 15.00 alle 17.00

800.254.313

Tasto 6

Opzione 1 per informazioni sulla normativa e sulle richieste di rimborso

Opzione 2 per assistenza sul portale web

Opzione 3 per informazioni sulla Rete Convenzionata

Email di riferimento:

rimborsi@caspie.it per richieste e/o segnalazioni sulla normativa e sulle richieste di rimborso

autorizzazioni@caspieonline.it per informazioni e/o segnalazioni sulle prestazioni da effettuare in Rete Convenzionata

Portale web

www.caspieonline.it

per accedere alla propria Area Riservata

(in caso di smarrimento delle credenziali di accesso al Portale web di Caspie contattare webcaspie@caspie.it)

Rete Convenzionata di riferimento

Network PosteProtezione

per la fruizione delle prestazioni in regime di convenzione diretta

Cosa fare in caso di:

Richiesta in Forma Diretta:

- Accedere al sito www.caspieonline.it
- Selezionare il menù Rete Sanitaria;
- Accertarsi che la Struttura prescelta risulti convenzionata con Poste Protezione;
- Accedere al menù Stampa Card per annotarsi e/o stamparsi il proprio codice di adesione Poste Assicura;
- Prenotare la prestazione presso la Struttura fornendo il proprio codice di adesione e la documentazione medica a supporto prevista dal Disciplinare di riferimento.

Richiesta in Forma Indiretta:

- Accedere al sito www.caspieonline.it;
- Selezionare il menù Richiesta di Rimborso;
- Selezionare la voce Inoltra Richiesta e procedere con il caricamento della documentazione sanitaria e di spesa.

Il presente Manuale si applica al Personale in Servizio, nel Fondo di Solidarietà e in Quiescenza del Gruppo Monte Paschi di Siena per le assistenze sanitarie erogate in loro favore e fornisce le informazioni relative alle modalità di accesso alle prestazioni sanitarie nella duplice forma di assistenza Diretta e Rimborsuale.

Il Manuale verrà reso disponibile sul sito della CASPIE www.caspieonline.it e comunque distribuito unitamente ai Disciplinari.

1. Cosa si intende per accesso alle prestazioni sanitarie in forma Diretta e in forma Rimborsuale.

1.1 Forma Diretta: è riconosciuta agli Assistiti la facoltà di accedere alle prestazioni sanitarie (previste dalla Normativa e rese necessarie per malattia, infortunio, parto, medicina preventiva) erogate dalle Strutture appartenenti al Network Sanitario Convenzionato Poste Protezione, senza necessità di anticipare alcun importo se non quanto eventualmente previsto dal Disciplinare di riferimento;

1.2 Forma Rimborsuale: è riconosciuto agli Assistiti il rimborso delle spese sostenute a fronte di prestazioni sanitarie (previste dalla Normativa e rese necessarie per malattia, infortunio, parto, medicina preventiva) erogate da Strutture Sanitarie non appartenenti al Network Sanitario Convenzionato Poste Protezione (comprese prestazioni erogate a carico del SSN). L'Assistito anticiperà la spesa e ne richiederà il rimborso che avverrà in ottemperanza a quanto previsto dal Disciplinare di riferimento.

2. Servizi Informativi.

Tutte le informazioni potranno essere reperite dagli Assistiti mediante:

2.1 Contatto telefonico con la Centrale Operativa.

Tutti i giorni feriali, dal lunedì al venerdì, dalle ore 09.00 alle ore 13.00 e dalle ore 15.00 alle ore 17.00 tramite Numero Verde dedicato alla gestione **800.254.313** Tasto 6, valido per le chiamate dall'Italia ovvero tramite n. +390399890443 valido per le chiamate dall'estero.



La Centrale Operativa:

- Fornisce informazioni su prestazioni e limiti oggetto del Disciplinare di riferimento;
- Fornisce informazioni su modalità di accesso alle prestazioni sanitarie in forma Diretta e in forma Rimborsuale;
- Fornisce informazioni sullo stato dei rimborsi.

2.2 Accesso Area Riservata Sito Internet www.caspieonline.it

Dal sito, previa registrazione, si accede all'area riservata dove è possibile:

- a) consultare i Disciplinari di riferimento;
- b) variare i propri dati anagrafici;
- c) verificare lo stato delle proprie richieste di rimborso;
- d) visualizzare e scaricare le comunicazioni relative a rimborsi sospesi/respinti;
- e) effettuare le Richieste di rimborso on line (forma Rimborsuale) caricando direttamente (upload) la relativa documentazione medica e di spesa necessaria ai fini del rimborso;
- f) integrare la documentazione medica e di spesa richiesta ai fini della definizione delle richieste di Rimborso (forma Rimborsuale) già inoltrate in precedenza ma in modo incompleto (pratiche in stato “sospesa in attesa ulteriore documentazione”);
- g) integrare la documentazione eventualmente necessaria alla struttura sanitaria per l’autorizzazione in forma diretta;
- h) consultare l’elenco delle Strutture Sanitarie del Network Convenzionato Poste Protezione;
- i) scaricare la Modulistica e i Manuali operativi;
- j) scaricare il Prospetto Liquidativo per ogni singolo Rimborso, necessario ai fini della dichiarazione dei redditi;

- k) scaricare le attestazioni inerenti i contributi versati alla Cassa dal Titolare ex-dipendente per l'inclusione in assistenza di familiari fiscalmente non a carico;
- l) scaricare le attestazioni Contributi Anno Precedente e Attestazione per l'Estero.

3. Descrizione dei processi

3.1 Ricerca Strutture Convenzionate Network PosteProtezione

Per fruire delle prestazioni in regime di convenzione diretta l'Assistito usufruirà del **Network PosteProtezione**. Si riportano di seguito le modalità di ricerca della Struttura Convenzionata.

Dall'Area Riservata sarà possibile ricercare le Strutture convenzionate cliccando su "Network PosteProtezione". Si avrà così accesso alla pagina di ricerca dedicata e si potrà effettuare una ricerca combinando uno o più dei seguenti campi:

- CERCA PER ZONA
 - Regione
 - Provincia
 - Cap
- CERCA PER STRUTTURA
 - Tipo di struttura
 - Casa di cura

- Centro Ambulatoriale
- Laboratorio di Analisi
- Denominazione
 - Valorizzazione della Regione
 - Nominativo della struttura con inserimento libero

Una volta scelti i criteri di ricerca, premere il pulsante “Cerca”. Il risultato fornirà la localizzazione delle strutture corrispondenti alla ricerca effettuata.

Tramite il tasto “Stampa” è possibile visualizzare i nomi delle strutture ed il relativo numero di telefono nonché salvare e stampare una copia dei risultati ottenuti.

3.2 Modalità di accesso alle prestazioni sanitarie erogate in **Forma Diretta** con Network POSTE PROTEZIONE

L'Assistito usufruirà del **Network PosteProtezione** per attivare la modalità di accesso alle prestazioni in **Forma Diretta**

e pertanto dovrà:

- accertarsi, tramite il sito www.caspieonline.it o tramite il sito www.postewelfareservizi.it (trova la struttura) o tramite il Numero Verde **800.254.313** Tasto 6, attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 9,00 alle 13,00 e dalle 15,00 alle 17,00, che la Struttura sia convenzionata con il Network PosteProtezione.

- Prima di avvalersi delle prestazioni presso una Struttura convenzionata, si può scegliere il medico convenzionato contattando direttamente la Struttura; qualora il medico non fosse convenzionato, l'Assistito dovrà anticipare il pagamento delle prestazioni e chiederne il successivo rimborso.
- Per effettuare una prestazione ambulatoriale o di ricovero in forma diretta, l'assistito dovrà contattare direttamente e con congruo anticipo la struttura per prendere appuntamento, specificando di voler usufruire della convenzione con il Network PosteProtezione;
- Una volta prenotata la prestazione, l'assistito dovrà consegnare alla struttura la prescrizione medica indicante diagnosi/quesito diagnostico ed ogni altra documentazione o specifica informazione necessaria ai fini dell'autorizzazione, come indicato sul Disciplinare di riferimento (che dovrà essere sempre preventivamente consultato), affinché questa possa, dopo aver identificato l'assistito attraverso il codice adesione PosteAssicura, procedere alla richiesta di autorizzazione per la prestazione.
- Qualora l'assistito fosse impossibilitato a consegnare direttamente alla struttura la documentazione necessaria all'autorizzazione, potrà provvedere direttamente a caricarla esclusivamente tramite il sito www.caspieonline.it (Guida Operativa).

3.3 Fase Autorizzativa

La Centrale Operativa, esperiti i necessari controlli di natura amministrativa, procede alla valutazione della richiesta avanzata dalla struttura (verifica dell'assistenza, analisi di pertinenza della prestazione richiesta rispetto alla diagnosi di patologia accertata o presunta, capienza di massimale ecc.).

L'analisi della documentazione ricevuta può dar luogo a:

- **Negazione della Richiesta di Presa in carico.** La Centrale Operativa, in caso di non autorizzabilità (es. esaurimento massimali, prestazioni non previste, prestazioni non pertinenti con la diagnosi indicata, altro) ne darà comunicazione all'Assistito con una lettera di reiezione presente in area riservata e alla Struttura Sanitaria via mail.
- **Accettazione della Richiesta di Presa in carico.** La Centrale Operativa, in caso di **esito positivo**, autorizzerà la Struttura Sanitaria (via mail) ad erogare la prestazione con il servizio di pagamento diretto, indicando le spese rimaste a carico dell'Assistito in ottemperanza a quanto previsto dal Disciplinare di riferimento. Anche l'Assistito riceverà una mail con il numero di autorizzazione. In nessun caso l'Autorizzazione potrà ritenersi vincolante rispetto al successivo rimborso che potrà avvenire solo a seguito di ricezione della documentazione completa da parte della Struttura Sanitaria e della sua valutazione. Nel caso si verifichi nel corso dell'accertamento/ricovero autorizzato la necessità di effettuare una prestazione diversa rispetto a quella autorizzata, l'Assistito, per mezzo della Struttura sanitaria, dovrà chiedere rettifica della Presa in Carico che sarà oggetto di nuova autorizzazione da parte della Centrale Operativa. In caso

contrario, l'Autorizzazione si intenderà rilasciata esclusivamente per la prestazione inizialmente richiesta e tutto quanto effettuato in variazione rimarrà a carico dell'Assistito.

3.4 Erogazione delle prestazioni in forma diretta

La Struttura sanitaria erogherà la prestazione sulla base di quanto indicato nell'autorizzazione ricevuta dalla Centrale Operativa e tratterà all'Assistito esclusivamente gli importi rimasti a suo carico secondo quanto previsto dal Disciplinare di riferimento.

L'Assistito firmerà la Dichiarazione di Responsabilità alla Struttura Sanitaria. In assenza di quest'ultima non sarà possibile effettuare le prestazioni in forma diretta.

Sarà la Struttura Sanitaria ad inviare alla Centrale Operativa tutta la documentazione medica e di spesa relativa alla prestazione fruita ed il pagamento avverrà in forma diretta alla Struttura/professionisti in virtù dell'accordo di convenzionamento. Eventuali spese sostenute in forma Rimborsuale e associate all'evento principale avvenuto in forma diretta (es, spese pre/post associate a ricovero in forma diretta), verranno rimborsate solo a seguito dell'avvenuta definizione dell'evento principale.

Nel caso di erogazione di prestazioni non oggetto di autorizzazione, le stesse verranno saldate direttamente dall'Assistito che si riterrà obbligato in solido nei confronti della struttura sanitaria.

Attenzione: le spese pre-ricovero/intervento ambulatoriale, non essendosi ancora verificato “l’evento principale” (cioè il ricovero), non possono essere autorizzate preventivamente. Pertanto le spese potranno essere presentate in forma rimborsuale - garanzia ricoveri - solo successivamente al verificarsi dell’evento principale (ricovero) allegando alla richiesta di rimborso anche la documentazione medica relativa all’evento principale (cartella clinica/relazione clinica); diversamente le spese verranno liquidate (in presenza di diagnosi o quesito diagnostico) secondo le specifiche garanzie se previste dal Disciplinare di riferimento.

3.5 Mancata attivazione della procedura descritta

Il rispetto della Procedura descritta (modalità di accesso, tempistica, compresa la fruizione di prestazioni sanitarie intervenute e non oggetto di richiesta di rettifica dell’Autorizzazione), è condizione necessaria per l’attivazione delle prestazioni in forma diretta. Nel caso l’Assistito non la attivasse per come indicato, dovrà sostenere in proprio le spese, salvo poi procedere alla richiesta di rimborso in forma rimborsuale (con applicazione dei limiti per questa previsti dal Disciplinare).

3.6 Modalità di accesso alle prestazioni sanitarie erogate in **Forma Rimborsuale**

Qualora l’Assistito fruisca di prestazioni sanitarie non avvalendosi delle Strutture Sanitarie convenzionate (compreso l’utilizzo del SSN), potrà richiedere il rimborso delle spese sostenute che avverrà secondo quanto stabilito dal Disciplinare di riferimento.

In questo caso l'Assistito, a cure ultimate, dovrà inviare alla CASPIE, tutta la documentazione sanitaria e di spesa:

- **Via Web** : nell'Area Riservata del sito www.caspieonline.it con caricamento (upload) della documentazione completa.
- **Tramite APP**: mediante l'applicazione mobile compatibile sia per IOS che per Android e previa registrazione sul sito www.caspieonline.it

Qualora l'Assistito non disponesse di accesso ad Internet o di uno smartphone, la documentazione potrà essere inoltrata tramite posta al seguente indirizzo:

CASPIE – Via Ostiense 131 L – Corpo D - Sesto Piano – 00154 Roma

La documentazione inoltrata (via posta) dovrà essere prodotta IN FOTOCOPIA. Eventuali originali che dovessero pervenire per errore non verranno restituiti a meno di richiesta scritta da parte dell'Assistito inviata tramite Posta ordinaria e nell'esclusivo caso di richiesta da parte dell'Autorità competente (Agenzia delle Entrate).

La copia della cartella clinica dovrà essere completa e conforme all'originale.

La documentazione dovrà essere:

- Inoltrata (via web/posta), entro i termini previsti dal Disciplinare di riferimento;
- Accompagnata dal **Modulo di Richiesta di Rimborso** (disponibile nella sezione modulistica del sito www.caspieonline.it) debitamente compilato e firmato segnatamente nella parte relativa all'autorizzazione al Trattamento dei dati sensibili in assenza della quale, la richiesta di rimborso non potrà essere definita (motivo di sospensione);
- Completa ai fini del rimborso: si rammenta, che l'assistenza è relativa alle spese sostenute a fronte di malattia accertata o presunta, infortunio, parto, medicina preventiva:
 - In caso di spese riferite ad **infortunio** dovrà sempre essere allegato verbale di pronto soccorso o, in caso di mancato accesso al pronto soccorso, autocertificazione contenente la data ed il luogo dell'infortunio subito e la dinamica dettagliata; fatta eccezione per la fisioterapia e la laserterapia post infortunio, rimborsabili solo ed esclusivamente in presenza del verbale di pronto soccorso ospedaliero o equivalente struttura ospedaliera comprovante l'avvenuto l'infortunio.
 - In caso di **intervento ambulatoriale** dovrà sempre essere allegata prescrizione medica completa di patologia, nonché descrizione dettagliata dell'intervento con indicazione della tecnica utilizzata;
 - In caso di **ricovero con o senza intervento** dovrà sempre essere allegata la cartella clinica completa di diario clinico ed eventuale verbale di sala operatoria;

- In caso di spese riferite a **gravidanza in presenza di stato patologico accertato o presunto** dovrà sempre essere allegato il certificato medico attestante lo stato fisiologico e la data presunta del parto, oltre alla prescrizione medica;
- In caso di spese riferite a **visite o ad accertamenti diagnostici**, per ogni prestazione, dovrà sempre essere presente il sospetto patologico accertato o presunto;
- Nei casi di spese riferite a prestazioni SSN (c.d. “Ticket”) in alternativa alla prescrizione medica, può essere presentata la documentazione inerente l’avvenuto pagamento e/o la documentazione rilasciata a margine della prestazione, purchè in essa risulti indicata la tipologia delle prestazioni;
- In caso di spese riferite alla medicina preventiva non è necessariamente richiesta la prescrizione medica; qualora, dalla documentazione prodotta (eventualmente anche quella inerente l’avvenuto pagamento), sia desumibile che trattasi di prestazione effettuata per prevenzione/accertamento preventivo/controllo/ecc. relativa ad una delle tipologie previste dal Disciplinare di riferimento in fase di caricamento sul portale web, si dovrà indicare che trattasi di prestazioni per “medicina preventiva”;
- In regola fiscalmente rispetto alle vigenti disposizioni di legge;
- Redatta in lingua italiana, o comunque corredata da traduzione in lingua italiana;
- Non potranno essere ammessi a rimborso documenti di spesa che presentino cancellature e correzioni (es.: l’apposizione anche successiva della diagnosi deve essere timbrata e firmata dal medico).

L'analisi della documentazione ricevuta può dar luogo a:

- **Sospensione del rimborso**: qualora la documentazione inviata non sia sufficiente alla definizione della pratica di rimborso, l'assistito riceverà una e-mail con l'invito a collegarsi nella propria area riservata per visualizzare la richiesta di documentazione integrativa.
- L'Assistito integrerà la richiesta di rimborso inoltrando ulteriore documentazione via web, sempre mediante la propria area riservata. I tempi ordinari previsti per la definizione del rimborso ed il relativo pagamento decorreranno dalla data di ricezione della documentazione completa.
- **Negazione del rimborso**: in caso di reiezione del rimborso (es. prestazioni non previste, esaurimento massimali, importi a carico dell'Assistito, prestazioni non congruenti con diagnosi di malattia presentate, altro), l'Assistito ne riceverà comunicazione nella propria area riservata, previo avviso ricevuto a mezzo e-mail.
- **Pagamento**: in caso di esito positivo, l'Assistito riceverà il rimborso sulla base di quanto previsto dal Disciplinare. Il rimborso verrà effettuato da parte di Poste Assicura a mezzo bonifico bancario sulle coordinate iban trasmesse dall'Assistito al momento dell'adesione all'assistenza.

Gli stati relativi alle pratiche di rimborso – con nota esplicativa in caso di sospensione/reiezione – sono sempre verificabili dall'Assistito mediante accesso all'Area Riservata del Portale www.caspieonline.it.

4. Procedura di Reclamo Formale

Per presentare un reclamo relativo alle liquidazioni delle richieste di rimborso per prestazioni sanitarie, è necessario inviare apposita comunicazione a **Poste Assicura S.p.A., Ufficio Customer Care, Viale Beethoven, 11 00144 – Roma**, via fax al n° **06.5492.4402** o via e-mail all'indirizzo **reclami@poste-assicura.it**.

Qualora l'Assistito non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni) -Servizio Tutela degli Utenti -Via del Quirinale 21 -00187 Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Società. I reclami indirizzati all'IVASS dovranno contenere:

1. nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
2. individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
3. breve descrizione del motivo di lamentela;
4. copia del reclamo presentato a Poste Assicura e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
5. ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.