



Ministero della Giustizia

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria
Direzione Generale del Personale
Ufficio IV - Relazioni Sindacali

Alle segreterie Nazionali/Generali delle Organizzazioni Sindacali
del personale non dirigente del Corpo di polizia penitenziaria

Alle segreterie Nazionali/Generali dell'Area Negoziabile dei
Dirigenti di Polizia Penitenziaria

Alle Segreterie Nazionali delle Organizzazioni Sindacali della
Carriera Dirigenziale Penitenziaria

Loro sedi

OGGETTO: Copertura assicurativa per l'assistenza sanitaria complementare e integrativa
in favore del personale della polizia penitenziaria e del personale
giuridicamente ed economicamente equiparato, con oneri a carico
dell'Amministrazione.

Proroga tecnica del 1° gennaio 2024 – 30 giugno 2024.

Ad integrazione della nota di questo Ufficio n.
m_dg.GDAP.11.01/2024.0011975.U si inoltrano le guide operative afferenti la copertura
assicurativa per l'assistenza sanitaria complementare e integrativa indicata in oggetto.

Cordiali saluti.

IL DIRETTORE
Dott.ssa Ida Del Grosso



CASPIE

Riferimenti e Procedure

Contatti Centrale Operativa

800.729.106 da rete fissa

+39 06.67549.729 da rete mobile e dall'estero

Attivo tutti i giorni dalle 9.00 alle 13.00 e dalle 15.00 alle 17.00

Email dedicata: **assistenza.penitenziaria@caspieonline.eu**

Sito internet Area riservata Assistiti (per adesione e gestione richieste)

[https:// www.caspieonline.eu](https://www.caspieonline.eu)



Sito internet per adesione personale in quiescenza

<https://www.adesioniministero.caspieonline.eu>



The screenshot shows the homepage of the CASPIE website for the 2024 enrollment campaign. At the top left is the CASPIE logo, a green knot-like shape. In the center, the text reads "CAMPAGNA DI ADESIONI 2024". To the right, there is a download icon and the text "Scarica la guida". Below this is a large banner image of a person standing on a pier at sunset, with the text "Siamo sempre vicino a te" overlaid. At the bottom, there are three columns representing different health plans, each with an icon, a title, a description, and a contribution amount. A fourth column on the right contains the text "Procedi con la richiesta di adesione" and a button labeled "ADERISCI".

PIANO SANITARIO 1	PIANO SANITARIO 2	PIANO SANITARIO 3	Procedi con la richiesta di adesione
Assistenza Base	Assistenza Full Gold	Assistenza Full Platinum	ADERISCI
Contributo € 82,50 pro/capite	Contributo € 1.212,50 pro/capite	Contributo € 1.583,50 pro/capite	

La campagna di adesione per la scelta del piano sanitario - sia per il Personale Dipendente che per il Personale in Quiescenza - nonché per l'estensione al nucleo familiare sarà attiva dal 04/01/2024 al 31/01/2024.

GUIDA OPERATIVA

Campagna adesioni CASPIE 2024

Collegarsi al portale www.caspieonline.eu

1. **REGISTRAZIONE** (solo per i nuovi utenti, altrimenti passare al punto 2)

- fare clic su “**Registrati**”, come indicato dalla freccia;

AREA RISERVATA

Nome utente: *Password:

[Registrati](#) [Password Dimenticata?](#)

BENVENUTO NEL PORTALE OPERATIVO DI CASPIEONLINE.EU

[MESSAGGI DI SERVIZIO](#)

[INFORMATIVA SULLA PRIVACY](#)

- prima di procedere con l'inserimento dei dati richiesti, **prendere visione ed accettare l'informativa sul trattamento dei dati personali** cliccando ove indicato dalla freccia;

[Consultare guida per la registrazione](#)

REGISTRAZIONE [Password Dimenticata?](#)

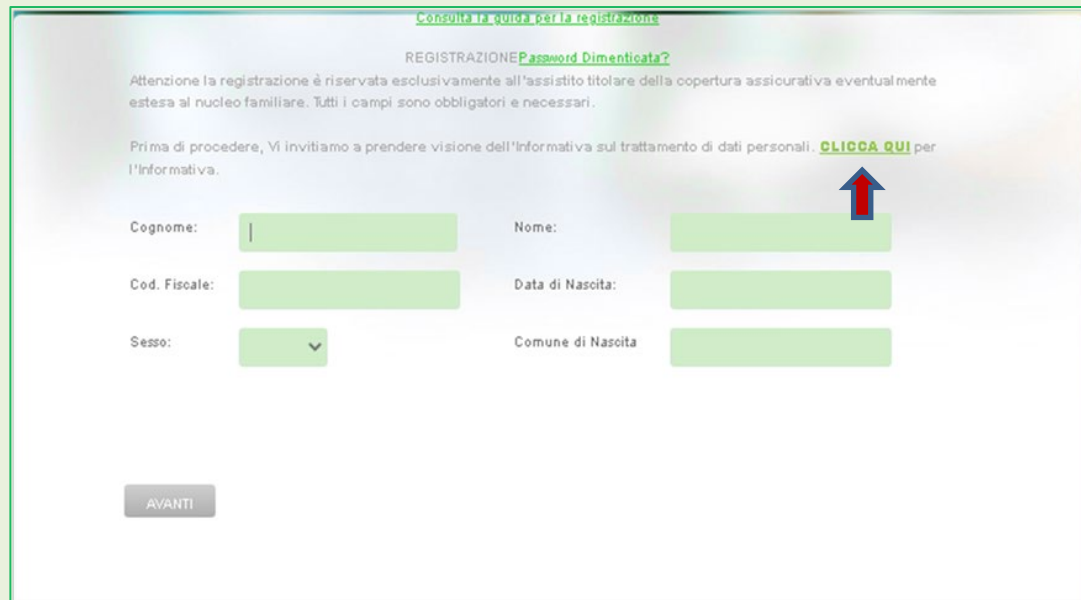
Attenzione la registrazione è riservata esclusivamente all'assistito titolare della copertura assicurativa eventualmente estesa al nucleo familiare. Tutti i campi sono obbligatori e necessari.

Prima di procedere, Vi invitiamo a prendere visione dell'Informativa sul trattamento di dati personali. [CLICCA QUI](#) per l'Informativa.

Cognome: Nome:


Cod. Fiscale: Data di Nascita:

Sesso: Comune di Nascita:




1.1. Informativa Privacy

- Cliccare link **Consulta informativa privacy**
- Flag **Accetto**
- Cliccare **AVANTI** per tornare alla Registrazione

AREA RISERVATA  CASPIE

UTENTE: Prova [Esci](#)

ANAGRAFICA



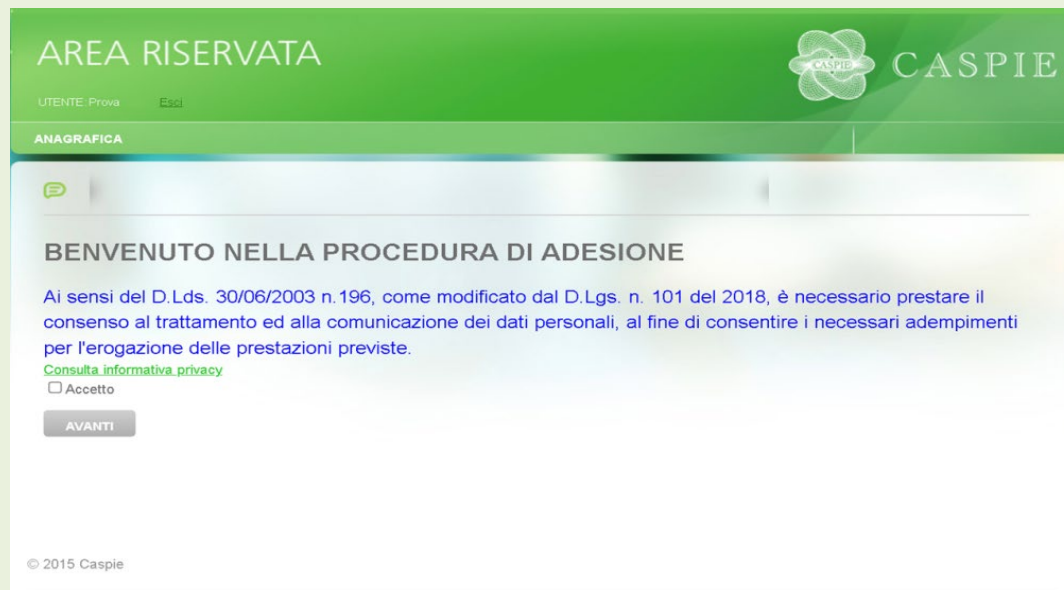
BENVENUTO NELLA PROCEDURA DI ADESIONE

Ai sensi del D. Lds. 30/06/2003 n.196, come modificato dal D. Lgs. n. 101 del 2018, è necessario prestare il consenso al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali, al fine di consentire i necessari adempimenti per l'erogazione delle prestazioni previste.

[Consulta informativa privacy](#)

Accetto

© 2015 Caspie



1.2 Inserimento dati per la registrazione

- Compilare i campi con i dati richiesti
- Clicca **AVANTI** per proseguire la registrazione

In caso di discordanza tra i dati inseriti e quelli presenti negli archivi della CASPIE, verrà visualizzato un messaggio che invita a contattare Caspie per verifica.

- Scegliere un nome utente da utilizzare per i futuri accessi al portale CaspieOnLine;
- inserire un indirizzo e-mail valido, utile sia per eventuali comunicazioni da parte della CASPIE, sia ai fini del recupero del NOME UTENTE/PASSWORD;
- è importante indicare un numero di cellulare per eventuali comunicazioni da parte della CASPIE;

Per completare la registrazione è necessario, previa consultazione dell'informativa sulla privacy, prestare il consenso al trattamento dei dati personali, spuntando l'apposita casella "Ho letto e compreso l'informativa", e successivamente cliccare su "Crea Utente".

Riceverà una email per l'attivazione dell'account

2. PROCEDURA ADESIONE AL PROGRAMMA DI RIMBORSO SPESE MEDICHE 2024

- Effettuare il LOGIN su www.caspieonline.eu utilizzando le credenziali create durante la registrazione
- Selezionare la voce di menu “Anagrafica” e quindi “Adesioni”, come mostrato dalla freccia.



2.1. Modifica/aggiungi dati anagrafici del Titolare:

- Come evidenziato in capo alla pagina, cliccare sul link “Modifica”, indicato dalla freccia, per accedere alla scheda Dati Anagrafici del Titolare:

GUIDA OPERATIVA ALLA PROCEDURA DI ADESIONI
ATTENZIONE: per attivare la copertura sanitaria cliccare sul pulsante “modifica” a sinistra del nome “titolare” e procedere con eventuali variazioni anagrafiche ed inserimento IBAN. Quindi cliccare su “saiva modifiche” e “indietro” per SCELTA DEL PIANO SANITARIO e/o ESTENSIONE COPERTURA SANITARIA A FAMILIARI confermando eventuali familiari già censiti e/o aggiungendone nuovi. Cliccare su AVANTI per visualizzare il riepilogo e confermare l'adesione.

VISUALIZZA DISCIPLINARI

BASE DIPENDENTI FULL GOLD DIPENDENTI FULL PLATINUM DIPENDENTI

SCELTA PIANO SANITARIO

BASE DIPENDENTI FULL GOLD DIPENDENTI FULL PLATINUM DIPENDENTI

TITOLARE

OPERAZIONE	Parentela	COGNOME	Nome	Codice Fiscale	Data Naso.	ADESIONE AL DISCIPLINARE
MODIFICA	titolare	ACAMPORA	BARBARA	00000000000000000000	00/00/0000	BASE DIPENDENTI

FAMILIARI CENSITI DA CONFERMARE

Parentela	COGNOME	Nome	Codice Fiscale	Data Naso.	ADESIONE AL DISCIPLINARE	CONFERMA ASSISTITO
FIGLIO/FIOLA	ACAMPORA	MARIO	00000000000000000000	00/00/0000	BASE DIPENDENTI	<input type="checkbox"/>

FAMILIARI

AGGIUNGI FAMILIARE

SCHEDA DATI ANAGRAFICI DEL TITOLARE: è possibile modificare/aggiungere dati anagrafici, di contatto, dati bancari e modalità di pagamento;

- è necessario inserire un **IBAN** valido intestato al titolare, sul quale si desidera ricevere il rimborso di eventuali sinistri e sul quale verrà emesso mandato SEPA in caso di importi a carico del titolare;

Terminati i controlli e le modifiche del caso, procedere cliccando il pulsante **“SALVA MODIFICHE / INDIETRO”** per tornare alla schermata precedente ed effettuare la scelta del piano sanitario e/o aggiungere familiari;

UTENTE: Prova Esci

ANAGRAFICA

LE CASELLE DI QUESTO COLORE INDICANO UN CAMPO OBBLIGATORIO

Nota: le caselle bordate di blu segnalano un dato variato da assistito nella campagna adesioni rispetto a quello in possesso di CASPIE

DATI ANAGRAFICI

NOME: PROVAMIN COGNOME: PROVAMIN SESSO: F DATA DI NASCITA: 02/10/1952

COD. FISCALE: LGELTT52R42D704U PARENTELA: TITOLARE

RECAPITI

EMAIL: PROVA@GMAIL.COM <--- Email di riferimento per ogni comunicazione

INDIRIZZO: VIA ROMA 13 LOCALITÀ: firenze CAP: 00144 PROVINCIA: RM

PREFISSO: TELEFONO: CELLULARE: 5555555555

DATI BANCARI

IBAN: IT60X0542811101000000123456

SCELTA MODALITA' DI PAGAMENTO

Tipologia di Pagamento: SEPA Frazionamento: Unica Soluzione

SALVA MODIFICHE INDIETRO

2.2. Scelta Piano sanitario: dopo aver preso visione dei Disciplinari relativi ai 3 Piani Sanitari, selezionare la sua scelta.


Per default troverà selezionato il Piano Base. Il piano Sanitario selezionato sarà valido anche per eventuali familiari aggiunti.


2.3. Conferma Familiari: se si desidera confermare familiari già censiti, selezionare la casella nella colonna **CONFERMA ASSISTITO**

Dopo la conferma viene visualizzata la lista dei familiari .

Cliccando sul simbolo "ingranaggio" indicato dalla freccia, si accede alla scheda anagrafica del familiare per selezionare lo status di "CONVIVENTE" e/o "A Carico"


2.4. Aggiunta Familiari: se si desidera estendere la copertura sanitaria a nuovi familiari, cliccare su **AGGIUNGI FAMILIARE** per inserire i dati anagrafici:

AREA RISERVATA 


UTENTE: 'ataaaa' 

RICHIESTA DI RIMBORSO ANAGRAFICA UTILITÀ RETE SANITARIA FAO CONTATTI

GUIDA OPERATIVA ALLA PROCEDURA DI ADESIONI
ATTENZIONE: per attivare la copertura sanitaria cliccare sul pulsante "modifica" a sinistra del nome "titolare" e procedere con eventuali variazioni anagrafiche ed inserimento IBAN. Quindi cliccare su "salva modifiche" e "indietro" per SCELTA DEL PIANO SANITARIO e/o ESTENSIONE COPERTURA SANITARIA A FAMILIARI confermando eventuali familiari già censiti e/o aggiungendone nuovi. Cliccare su AVANTI per visualizzare il riepilogo e confermare l'adesione.

 **VISUALIZZA DISCIPLINARI**

[BASE DIPENDENTI](#) [FULL GOLD DIPENDENTI](#) [FULL PLATINUM DIPENDENTI](#)

 **SCELTA PIANO SANITARIO**

BASE DIPENDENTI FULL GOLD DIPENDENTI FULL PLATINUM DIPENDENTI


TITOLARE

OPERAZIONE	Parentela	COGNOME	Nome	Codice Fiscale	Data Nasc.	ADESIONE AL DISCIPLINARE
MODIFICA	TITOLARE	ACAMPORA	RAFFAELE	CMF	07/09/1976	BASE DIPENDENTI

FAMILIARI CENSITI DA CONFERMARE

Parentela	COGNOME	Nome	Codice Fiscale	Data Nasc.	ADESIONE AL DISCIPLINARE	CONFERMA ASSISTITO
FIGLIO/FIOLIA	ACAMPORA	MARIO	CMF	25/08/2006	BASE DIPENDENTI	<input type="checkbox"/>

FAMILIARI

 **AGGIUNGI FAMILIARE**

VISUALIZZA DISCIPLINARI

[BASE DIPENDENTI](#) [FULL GOLD DIPENDENTI](#) [FULL PLATINUM DIPENDENTI](#)

SCELTA PIANO SANITARIO



BASE DIPENDENTI FULL GOLD DIPENDENTI FULL PLATINUM DIPENDENTI


TITOLARE

OPERAZIONE	Parentela	COGNOME	Nome	Codice Fiscale	Data Nasc.	ADESIONE AL DISCIPLINARE
MODIFICA	TITOLARE	ACAMPORA	RAFFAELE	CMF	07/09/1976	BASE DIPENDENTI

FAMILIARI CENSITI DA CONFERMARE

FAMILIARI

	Nome	Cognome	Codice Fiscale	Data Nascita	CONV
	MARIO	ACAMPORA	CMF	25/08/2006	<input type="checkbox"/>
	GERARDO				

 **AGGIUNGI FAMILIARE**

AVANTI >>

SCHEDA ANAGRAFICA FAMILIARI: riempire tutti i campi con i dati richiesti.

Al termine cliccare **SALVA MODIFICHE/INDIETRO** per tornare alla schermata precedente e aggiungere eventuali ulteriori familiari o completare l'adesione.

ATTENZIONE: il flag *CONVIVENTE* è necessario qualora si tratti di un figlio di età superiore ai 26 anni

RICHIESTA DI RIMBORSO ANAGRAFICA UTILITÀ RETE SANITARIA FAQ CONTATTI

LE CASELLE DI QUESTO COLORE INDICANO UN CAMPO OBBLIGATORIO

Nota: le caselle bordate di blu segnalano un dato variato da assistito nella campagna adesioni rispetto a quello in possesso di CASPIE

DATI ANAGRAFICI

NOME MARIO GERARDO COGNOME [redacted] SESSO M DATA DI NASCITA 25/08/2006

COD. FISCALE [redacted] PARENTELA FIGLIO/FIGLIA CONVIVENTE A Carico

SALVA MODIFICHE INDIETRO

2.4. Conferma adesione:

- Cliccare **AVANTI** per visualizzare il riepilogo e confermare l'adesione:

VISUALIZZA DISCIPLINARI

[BASE DIPENDENTI](#) [FULL GOLD DIPENDENTI](#) [FULL PLATINUM DIPENDENTI](#)

SCELTA PIANO SANITARIO

BASE DIPENDENTI FULL GOLD DIPENDENTI FULL PLATINUM DIPENDENTI

TITOLARE

OPERAZIONE	Parentela	COGNOME	Nome	Codice Fiscale	Data Nasc.	ADESIONE AL DISCIPLINARE
MODIFICA	TITOLARE	[redacted]	RAFFAELE	[redacted]	07/09/1976	BASE DIPENDENTI

FAMILIARI CENSITI DA CONFERMARE FAMILIARI

	Nome	Cognome	Codice Fiscale	Data Nascita	CNV
	MARIO GERARDO	[redacted]	[redacted]	25/08/2006	<input type="checkbox"/>

AGGIUNGI FAMILIARE

AVANTI >>

2.6. Riepilogo Adesione:

- Controllare l'elenco dei familiari inseriti
- Verificare importo a carico del Titolare per ciascun assistito
- Verificare Totale da versare ed importo rata
- Se l'importo a carico del titolare è > 0;
 - visualizzare **ANTEPRIMA MANDATO SEPA**
 - cliccare su **FIRMA ELETTRONICAMENTE MANDATO**
- cliccare **SALVA ADESIONE** per confermare l'adesione e finalizzare la procedura

Al termine della procedura verrà inviata automaticamente via email la conferma della sua adesione, il riepilogo degli eventuali familiari da Lei inseriti e gli importi a suo carico.

COGNOME	Nome	ADESIONE AL DISCIPLINARE	Importo
[REDACTED]	RAFFAELE	BASE DIPENDENTI	0,00

FAMILIARI

COGNOME	Nome	ADESIONE AL DISCIPLINARE	Importo
[REDACTED]	MARIO GERARDO	BASE DIPENDENTI	54,00

CONTRIBUTO TOTALE DA VERSARE: € 54,00 IMPORTO RATA € 54,00

ANTEPRIMA MANDATO SEPA FIRMA ELETTRONICAMENTE MANDATO

<< INDIETRO SALVA ADESIONE

GUIDA OPERATIVA adesione Pensionati

ATTENZIONE: gli utenti che hanno aderito al Programma 2023 come Pensionati o come Dipendenti, devono passare alla fase 2).CAMPAGNA ADESIONI CASPIE 2024 pag.3

1). RICHIESTA di Adesione al programma Rimborso Spese Sanitarie CASPIE 2024

Collegarsi al portale

<https://www.adesioniministero.caspieonline.eu>

- Cliccare su ADERISCI per accedere alla procedura di richiesta di Adesione al Programma di Rimborso Spese Sanitarie 2024

CASPIE

CAMPAGNA DI ADESIONI
2024

Scarica la guida

Siamo sempre vicino a te

 PIANO SANITARIO 1	 PIANO SANITARIO 2	 PIANO SANITARIO 3	Procedi con la richiesta di adesione ADERISCI
Assistenza Base	Assistenza Full Gold	Assistenza Full Platinum	
Contributo € 82,50 pro/capite	Contributo € 1.212,50 pro/capite	Contributo € 1.583,50 pro/capite	

- Riempire tutti i campi con i dati richiesti
- Selezionare l'Ente di appartenenza
- Inserire un **indirizzo e-mail** valido per ricevere le seguenti comunicazioni relative alla procedura di richiesta adesione:
 - Richiesta inoltrata all'Ente per opportuna validazione dei dati inseriti
 - Accoglimento/rigetto della richiesta

The screenshot shows a web form titled "CAMPAGNA DI ADESIONI 2024" with the CASPIE logo. The form is titled "Richiesta adesione" and contains the following fields:

- Nome: text input
- Cognome: text input
- Codice Fiscale: text input
- Sexo: dropdown menu with "Selezionare" selected
- Data di nascita: text input with format "gg/mm/aaaa" and a calendar icon
- Email: text input
- Indirizzo: text input
- Località: text input
- Provincia: dropdown menu
- Cap: text input
- Ente: dropdown menu with "Selezionare" selected

Below the form, there is a privacy notice: "ATTENZIONE: ai sensi del D. Lgs. 30/06/2003 n. 196 è necessario prestare il consenso al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali, al fine di consentire i necessari adempimenti. [Leggi le normative sulla privacy](#)".

Below the notice is a checkbox: "Ho letto ed accetto le condizioni della privacy." and a green "INOLTRA" button.

At the bottom left, it says "© 2022 - CASPIE".

Una volta ricevuta l'email di accoglimento della sua richiesta, può procedere all'Adesione seguendo le istruzioni di seguito indicate.

GUIDA OPERATIVA

Campagna adesioni CASPIE 2024

Collegarsi al portale www.caspieonline.eu

1. **REGISTRAZIONE** (solo per i nuovi utenti, altrimenti passare al punto 2)

- fare clic su “**Registrati**”, come indicato dalla freccia;

AREA RISERVATA

Nome utente: *Password:

[Registrati](#) [Password Dimenticata?](#)

BENVENUTO NEL PORTALE OPERATIVO DI CASPIEONLINE.EU

[MESSAGGI DI SERVIZIO](#)

[INFORMATIVA SULLA PRIVACY](#)

- prima di procedere con l'inserimento dei dati richiesti, **prendere visione ed accettare l'informativa sul trattamento dei dati personali** cliccando ove indicato dalla freccia;

[Consultare guida per la registrazione](#)

REGISTRAZIONE [Password Dimenticata?](#)

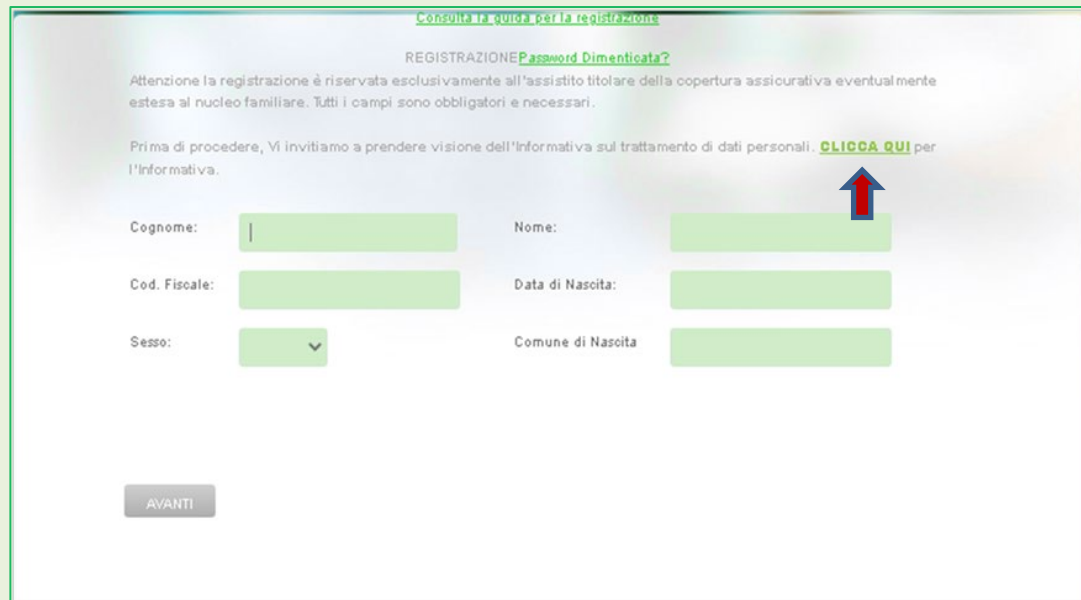
Attenzione la registrazione è riservata esclusivamente all'assistito titolare della copertura assicurativa eventualmente estesa al nucleo familiare. Tutti i campi sono obbligatori e necessari.

Prima di procedere, Vi invitiamo a prendere visione dell'Informativa sul trattamento di dati personali. [CLICCA QUI](#) per l'Informativa.

Cognome: Nome:


Cod. Fiscale: Data di Nascita:

Sesso: Comune di Nascita:




1.1. Informativa Privacy

- Cliccare link **Consulta informativa privacy**
- Flag **Accetto**
- Cliccare **AVANTI** per tornare alla Registrazione

AREA RISERVATA  CASPIE

UTENTE: Prova [Esci](#)

ANAGRAFICA



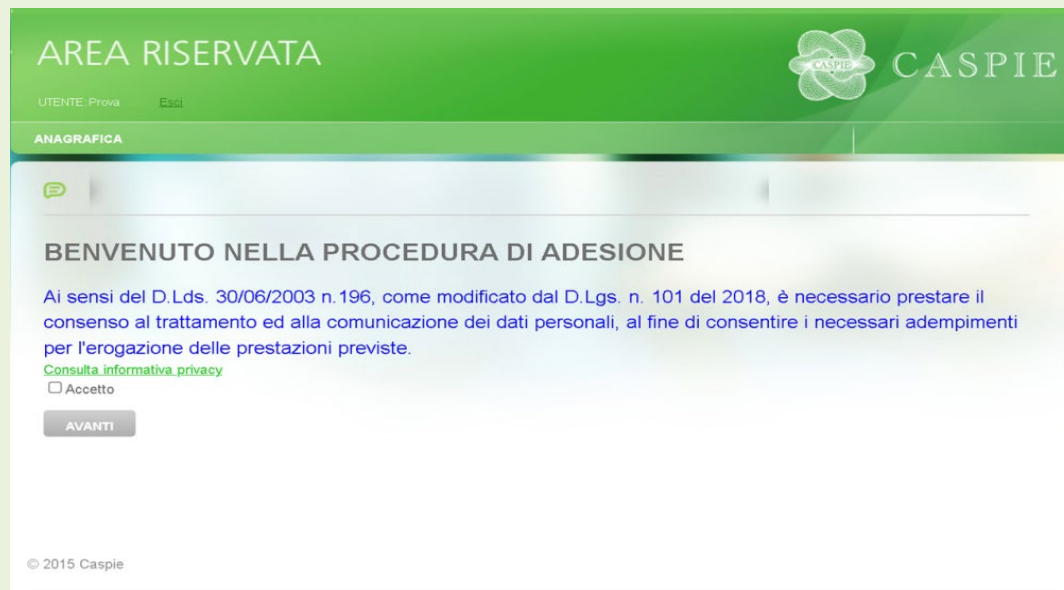
BENVENUTO NELLA PROCEDURA DI ADESIONE

Ai sensi del D. Lds. 30/06/2003 n.196, come modificato dal D. Lgs. n. 101 del 2018, è necessario prestare il consenso al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali, al fine di consentire i necessari adempimenti per l'erogazione delle prestazioni previste.

[Consulta informativa privacy](#)

Accetto

© 2015 Caspie



1.2 Inserimento dati per la registrazione

- Compilare i campi con i dati richiesti
- Clicca **AVANTI** per proseguire la registrazione

In caso di discordanza tra i dati inseriti e quelli presenti negli archivi della CASPIE, verrà visualizzato un messaggio che invita a contattare Caspie per verifica.

[Consulta la guida per la registrazione](#)

REGISTRAZIONE [Password Dimenticata?](#)

Attenzione la registrazione è riservata esclusivamente all'assistito titolare della copertura assicurativa eventualmente estesa al nucleo familiare. Tutti i campi sono obbligatori e necessari.

Prima di procedere, Vi invitiamo a prendere visione dell'Informativa sul trattamento di dati personali. [CLICCA QUI](#) per l'Informativa.

Cognome: Nome:

Cod. Fiscale: Data di Nascita:

Sesso: Comune di Nascita:

- Scegliere un nome utente da utilizzare per i futuri accessi al portale CaspieOnLine;
- inserire un indirizzo e-mail valido, utile sia per eventuali comunicazioni da parte della CASPIE, sia ai fini del recupero del NOME UTENTE/PASSWORD;
- è importante indicare un numero di cellulare per eventuali comunicazioni da parte della CASPIE;

Per completare la registrazione è necessario, previa consultazione dell'informativa sulla privacy, prestare il consenso al trattamento dei dati personali, spuntando l'apposita casella "Ho letto e compreso l'informativa", e successivamente cliccare su "Crea Utente".

Riceverà una email per l'attivazione dell'account

AREA RISERVATA

UTENTE: Anonimo [Login](#)

[Consulta la guida per la registrazione](#)

Sottoscrivi nuovo account

Nome utente:

e-Mail: Conferma e-Mail:

Cellulare: Conferma Cellulare:

Password: Conferma password:

La password deve contenere almeno 1 carattere non alfanumerico e deve essere lunga tra 8 e 16 caratteri

Dichiaro di aver letto e compreso l'Informativa e di essere stato edotto del trattamento dei dati personali che mi riguarda, ivi espressamente compresi i dati "particolari", necessari per il conseguimento delle finalità dell'adesione, nonché per l'adempimento degli obblighi ad essa connessi, e di essere consapevole che l'accesso ai dati personali è consentito a ulteriori soggetti terzi specificamente autorizzati dalla Caspie (enti convenzionati, assicurazioni, consulenti medici, liquidatori, ecc.) in relazione all'esecuzione dell'obbligo contrattuale.

[INFORMATIVA PRIVACY](#)

Ho letto e compreso l'informativa

2. PROCEDURA ADESIONE AL PROGRAMMA DI RIMBORSO SPESE MEDICHE 2024

- Effettuare il LOGIN su www.caspieonline.eu utilizzando le credenziali create durante la registrazione
- Selezionare la voce di menu “Anagrafica” e quindi “Adesioni”, come mostrato dalla freccia.



2.1. Modifica/aggiungi dati anagrafici del Titolare:

- Come evidenziato in capo alla pagina, cliccare sul link “Modifica”, indicato dalla freccia, per accedere alla scheda Dati Anagrafici del Titolare:



SCHEDA DATI ANAGRAFICI DEL TITOLARE: è possibile modificare/aggiungere dati anagrafici, di contatto, dati bancari e modalità di pagamento;

- è necessario inserire un **IBAN** valido intestato al titolare, sul quale si desidera ricevere il rimborso di eventuali sinistri e sul quale verrà emesso mandato SEPA in caso di importi a carico del titolare;

Terminati i controlli e le modifiche del caso, procedere cliccando il pulsante **“SALVA MODIFICHE / INDIETRO”** per tornare alla schermata precedente ed effettuare la scelta del piano sanitario e/o aggiungere familiari;

UTENTE: Prova Esce

ANAGRAFICA

LE CASELLE DI QUESTO COLORE INDICANO UN CAMPO OBBLIGATORIO

Nota: le caselle bordate di blu segnalano un dato variato da assistito nella campagna adesioni rispetto a quello in possesso di CASPIE

DATI ANAGRAFICI

NOME COGNOME SESSO DATA DI NASCITA

COD. FISCALE PARENTELA

RECAPITI

EMAIL <--- Email di riferimento per ogni comunicazione

INDIRIZZO LOCALITÀ CAP PROVINCIA

PREFISSO TELEFONO CELLULARE

DATI BANCARI

IBAN

SCELTA MODALITA' DI PAGAMENTO

Tipologia di Pagamento Frazionamento

2.2. Scelta Piano sanitario: dopo aver preso visione dei Disciplinari relativi ai 3 Piani Sanitari, selezionare la sua scelta.

Per default troverà selezionato il Piano Base. Il piano Sanitario selezionato sarà valido anche per eventuali familiari aggiunti.

2.3. Conferma Familiari: se si desidera confermare familiari già censiti, selezionare la casella nella colonna **CONFERMA ASSISTITO**

Dopo la conferma viene visualizzata la lista dei familiari .
Cliccando sul simbolo “ingranaggio” indicato dalla freccia, si accede alla scheda anagrafica del familiare per selezionare lo status di “CONVIVENTE” e/o “A Carico”

2.4. Aggiunta Familiari: se si desidera estendere la copertura sanitaria a nuovi familiari, cliccare su **AGGIUNGI FAMILIARE** per inserire i dati anagrafici:

SCHEDA ANAGRAFICA FAMILIARI: riempire tutti i campi con i dati richiesti.

Al termine cliccare **SALVA MODIFICHE/INDIETRO** per tornare alla schermata precedente e aggiungere eventuali ulteriori familiari o completare l'adesione.

ATTENZIONE: il flag **CONVIVENTE** è necessario qualora si tratti di un figlio di età superiore ai 26 anni

LE CASELLE DI QUESTO COLORE INDICANO UN CAMPO OBBLIGATORIO

Nota: le caselle bordate di blu segnalano un dato variato da assistito nella campagna adesioni rispetto a quello in possesso di CASPIE

DATI ANAGRAFICI

NOME MARIO GERARDO COGNOME [redacted] SESSO M DATA DI NASCITA 25/08/2006

COD. FISCALE [redacted] PARENTELA FIGLIO/FIGLIA CONVIVENTE A Carico

SALVA MODIFICHE INDIETRO

2.4. Conferma adesione:

- Cliccare **AVANTI** per visualizzare il riepilogo e confermare l'adesione:

VISUALIZZA DISCIPLINARI

BASE DIPENDENTI FULL GOLD DIPENDENTI FULL PLATINUM DIPENDENTI

SCELTA PIANO SANITARIO

BASE DIPENDENTI FULL GOLD DIPENDENTI FULL PLATINUM DIPENDENTI

TITOLARE

OPERAZIONE	Parentela	COGNOME	Nome	Codice Fiscale	Data Nasc.	ADESIONE AL DISCIPLINARE
MODIFICA	TITOLARE	[redacted]	RAFFAELE	[redacted]	07/09/1976	BASE DIPENDENTI

FAMILIARI CENSITI DA CONFERMARE FAMILIARI

	Nome	Cognome	Codice Fiscale	Data Nascita	CNV
	MARIO GERARDO	[redacted]	[redacted]	25/08/2006	<input type="checkbox"/>

AGGIUNGI FAMILIARE

AVANTI >>

2.6. Riepilogo Adesione:

- Controllare l'elenco dei familiari inseriti
- Verificare importo a carico del Titolare per ciascun assistito
- Verificare Totale da versare ed importo rata
- Se l'importo a carico del titolare è > 0;
 - visualizzare **ANTEPRIMA MANDATO SEPA**
 - cliccare su **FIRMA ELETTRONICAMENTE MANDATO**
- cliccare **SALVA ADESIONE** per confermare l'adesione e finalizzare la procedura

Al termine della procedura verrà inviata automaticamente via email la conferma della sua adesione, il riepilogo degli eventuali familiari da Lei inseriti e gli importi a suo carico.

RICHIESTA DI RIMBORSO	ANAGRAFICA	UTILITÀ	RETE SANITARIA	FAQ	CONTATTI
TITOLARE					
COGNOME	Nome	ADESIONE AL DISCIPLINARE	Importo		
[REDACTED]	RAFFAELE	BASE DIPENDENTI	0,00		
FAMILIARI					
COGNOME	Nome	ADESIONE AL DISCIPLINARE	Importo		
[REDACTED]	MARIO GERARDO	BASE DIPENDENTI	54,00		
CONTRIBUTO TOTALE DA VERSARE: € 54,00			IMPORTO RATA € 54,00		
ANTEPRIMA MANDATO SEPA		FIRMA ELETTRONICAMENTE MANDATO			
<< INDIETRO		SALVA ADESIONE			

Manuale Operativo per l'accesso alle prestazioni sanitarie

Il presente Manuale si applica a tutto il Personale degli Enti Assistiti dalla CASPIE per le assistenze sanitarie da questa erogate 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.eu 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 da stato di malattia, infortunio e/o parto) erogate dalle Strutture appartenenti al Network Sanitario Convenzionato, 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 da stato di malattia, infortunio e/o parto) erogate da Strutture Sanitarie non appartenenti al Network Sanitario convenzionato (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 dalle ore 09.00 alle ore 13.00 e dalle ore 15.00 – 17.00 tramite Numero Verde dedicato alla gestione **800.729.106** valido per le chiamate da telefono fisso ovvero tramite nr. **+39 06.67549.729** valido per le chiamate da cellulare e 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;
- Autorizza le prestazioni da erogarsi nella Forma Diretta presso le Strutture del Network Convenzionato;
- Fornisce un contatto telefonico di primo soccorso e pareri medici; nonché invio di un medico in caso di urgenza e di ambulanza secondo quanto previsto dal Disciplinare di riferimento.

2.2 Accesso Area Riservata Sito Internet www.caspieonline.eu

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

- a) consultare i Disciplinari di riferimento;
- b) variare i propri dati anagrafici (su esplicita richiesta dell'Ente);
- 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) anche 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 "sospeso");
- g) consultare l'elenco delle Strutture Sanitarie del Network convenzionato;
- h) scaricare la Modulistica;
- i) scaricare il Report di Riepilogo Rimborsi necessario ai fini della dichiarazione dei redditi;
- j) consultare le FAQ.

3. Descrizione dei processi

3.1 Modalità di accesso alle prestazioni sanitarie erogate in Forma Diretta

Per attivare la modalità di accesso alle prestazioni in **Forma Diretta**, l'Assistito dovrà:

- accertarsi, tramite il sito www.caspieonline.eu o tramite il Numero Verde **800.729.106 (+39 06.67549.729 per le chiamate da cellulare)** (attivo dalle ore 09.00 – 13.00; 15.00 – 17.00) che sia la Struttura che l'Equipe medico-chirurgica e/o gli altri specialisti coinvolti siano convenzionati; diversamente, nel caso di forma mista (qualora l'Assicurato fosse autorizzato a ricevere una prestazione presso Struttura Convenzionata con il Network, ma l'équipe medica non lo fosse, con riferimento agli importi relativi alla struttura la Caspie provvederà al relativo pagamento diretto mentre per gli onorari dell'équipe non convenzionata, troverà applicazione quanto previsto in caso di assistenza rimborsuale).
- Effettuare autonomamente la prenotazione della prestazione sanitaria, specificando di essere assistito CASPIE e di voler usufruire della prestazione in convenzione diretta;
- Consegnare, alla struttura, la prescrizione medica indicante diagnosi/quesito diagnostico ed ogni altra documentazione o specifica informazione necessaria ai fini del rimborso come indicato sul Disciplinare di riferimento

(che dovrà essere sempre preventivamente consultato), affinché la stessa possa inoltrare a CASPIE la richiesta di presa in carico.

- La richiesta dovrà avvenire almeno 72 ore lavorative precedenti la data fissata per la prestazione (salvo casi di effettiva urgenza comprovati da certificato e da inviare prontamente alla Centrale Operativa per mezzo della stessa Struttura Sanitaria prima delle dimissioni dalla Struttura).

3.2 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 massima ecc.).

L'analisi della documentazione ricevuta può dar luogo a:

- **Sospensione della Richiesta di Presa in carico.** La Centrale Operativa, in caso di necessità di ricevere ulteriore documentazione medica, sospenderà la Richiesta dandone comunicazione (via mail/fax) all'Assistito e alla struttura.
- **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 e alla Struttura Sanitaria via mail/fax.

- **Accettazione della Richiesta di Presa in carico.** La Centrale Operativa, in caso di **esito positivo**, autorizzerà la Struttura Sanitaria (via fax/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. 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 o aggiuntiva 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/aggiunta rimarrà a carico dell'Assistito.

3.3 Erogazione delle prestazioni in forma diretta

La Struttura sanitaria erogherà la prestazione sulla base di quanto indicato sul Modulo di autorizzazione ricevuto dalla Centrale Operativa e tratterrà all'Assistito esclusivamente gli importi rimasti a suo carico secondo quanto previsto dal Disciplinare di riferimento (ed indicato sul Modulo di Autorizzazione).

L'Assistito firmerà il Modulo di Autorizzazione inviato dalla Centrale Operativa alla Struttura Sanitaria, segnatamente nella parte relativa all'Autorizzazione dei dati sensibili. In assenza di autorizzazione, il successivo rimborso alla Struttura sanitaria non potrà avvenire.

Sarà la Struttura Sanitaria ad inviare alla Centrale Operativa tutta la documentazione medica e di spesa relativa alla prestazione fruita (unitamente al Modulo di Autorizzazione firmato dall'Assistito) 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 potranno essere autorizzate in quanto tali, non essendo ancora avvenuto l'evento principale: le stesse verranno quindi autorizzate (in presenza di diagnosi o quesito diagnostico) secondo le specifiche garanzie se previste dal Disciplinare di riferimento.

Successivamente al verificarsi dell'evento principale (ricovero/interv. Ambulatoriale), sarà l'Assistito a dover indicare l'associazione delle spese pre/post, perché le stesse possano essere liquidate come tali.

3.4 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).

3.5 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 e comunque entro 20 giorni dalla ricezione della documentazione completa.

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.eu con caricamento (upload) della documentazione completa.

Qualora non disponesse di accesso ad Internet, la stessa potrà essere inoltrata tramite posta al seguente indirizzo:

CASPIE – Via Mercalli 80 – 00197 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.

Nel caso di prestazioni ambulatoriali presso il SSN (con pagamento di Ticket), si consiglia di fotocopiare la prescrizione medica indicante la diagnosi prima della fruizione della prestazione, in quanto verrà senz’altro trattenuta dal SSN.

La documentazione dovrà essere:

- Inoltrata (via web/posta), entro i termini previsti dal Disciplinare di riferimento;
- Accompagnata dal **Modulo di Richiesta di Rimborso** (allegato alla presente e disponibile nella sezione modulistica del sito www.caspieonline.eu) 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. Pertanto, dovrà essere sempre presente la prescrizione medica con indicazione della diagnosi/quesito diagnostico; per ogni ulteriore precisazione in ordine alla documentazione necessaria ai fini del rimborso, fa fede quanto previsto dal Disciplinare che è opportuno consultare sempre prima di effettuare la richiesta;
- 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, la CASPIE provvederà a richiedere all'Assistito – entro 15 giorni dalla ricezione della richiesta - la documentazione ad integrazione (comunicazione via web/mail/posta).

L'Assistito integrerà la richiesta di rimborso inoltrando ulteriore documentazione via web (dall'area riservata) /via fax (06.6793608) /via posta all'indirizzo sopra indicato. 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 (via web/mail/posta).
- **Pagamento:** in caso di esito positivo, l'Assistito riceverà il rimborso sulla base di quanto previsto dal Disciplinare il rimborso verrà effettuato 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.eu.

4. Prospetto Riepilogativo dei Rimborsi

Al termine dell'annualità di copertura e, allo scopo di consentire ai propri Assistiti di predisporre la dichiarazione dei redditi relativa all'anno precedente, verrà reso disponibile per gli Assistiti un estratto conto delle prestazioni rimborsate mediante portale della CASPIE.

In sede di dichiarazione dei redditi, l'Assistito potrà pertanto presentare il prospetto Riepilogativo dei Rimborsi, unitamente alla documentazione necessaria.

5. Procedura di Reclamo Formale

Nel caso di lamentato disservizio, l'Assistito può presentare reclamo formale per iscritto via posta o e-mail ai seguenti recapiti:

- Posta all'indirizzo Via Mercalli 80, 00197 Roma
- E-mail all'indirizzo reclami@caspie.eu

CASPIE fornirà risposta per iscritto all'Assistito (posta/e-mail) entro 30 gg lavorativi dalla data di ricezione del Reclamo.