



QUESTURA DI VARESE
UFFICIO PERSONALE

Varese, 17 Ottobre 2017

OGGETTO: Convenzione “Coperture sanitarie” C.A.S.P.I.E. – **Cassa di Assistenza Sociale e Sanitaria**, a favore del personale della Polizia di Stato **IN QUIESCENZA.**

ALL' ANPS DI

VARESE

ALLE SEGRETERIE PROV.LI DELLE OO.SS.

LORO SEDI

~~~~~

Per la più ampia diffusione tra tutto il Personale della P.S. in quiescenza interessato, si invia copia della Circolare Ministeriale n. 25905 del 05-10-2017 relativa alla Convenzione C.A.S.P.I.E.

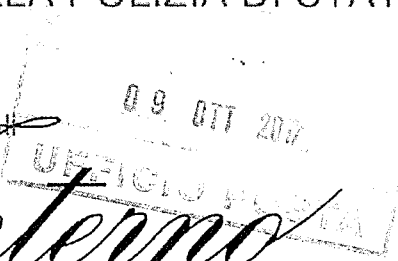
**D'ORDINE DEL QUESTORE**  
**IL DIRIGENTE L'UFFICIO PERSONALE**  
**COMM.C. Dr. Francesco MAZZA**

cd



Direzione Centrale per gli Affari Generali della Polizia di Stato

Numero: 0025905 del 05/10/2017 Uscita Cod. Amm. 1700000000  
Autorità: RMPACG Uor: Servizio Assistenza ed Attività Sociali



Ministero dell'Interno

DIPARTIMENTO DELLA PUBBLICA SICUREZZA  
DIREZIONE CENTRALE PER GLI AFFARI GENERALI DELLA POLIZIA DI STATO

Uff. Personale

CIRCOLARE

*B*

N. 559/C/5/H/83.1

Roma, 05 OTT. 2017

9/10

*Alvarez*  
*B...*

OGGETTO: Convenzione "coperture sanitarie" C.A.S.P.I.E. - Cassa di Assistenza Sociale e Sanitaria, a favore del personale della Polizia di Stato in quiescenza.

In via  
di  
ANAS

Nuova Funzionalità Caspieonline - PreAttivazione.

Allegati 1

- ALLA SEGRETERIA DEL DIPARTIMENTO DELLA PUBBLICA SICUREZZA SEDE
- Ufficio Affari Generali e Personale SEDE
- Ufficio Analisi, Programmi e Documentazione SEDE
- Ufficio Ordine Pubblico SEDE
- Ufficio Relazioni Esterne e Cerimoniale SEDE
- Ufficio per i Servizi Tecnico-Gestionali SEDE
- Segreteria Tecnica del Programma Operativo "Sicurezza per lo Sviluppo del Mezzogiorno d'Italia" SEDE
- Ufficio per gli Interventi di Sviluppo delle Attività Amministrative SEDE
- Ufficio per le Relazioni Sindacali SEDE
- ALL'UFFICIO PER L'AMMINISTRAZIONE GENERALE DEL DIPARTIMENTO DELLA PUBBLICA SICUREZZA SEDE
- ALL'UFFICIO PER IL COORDINAMENTO E LA PIANIFICAZIONE DELLE FORZE DI POLIZIA SEDE
- ALL'UFFICIO CENTRALE ISPETTIVO SEDE
- ALLA DIREZIONE CENTRALE DELLA POLIZIA CRIMINALE ROMA
- ALLA DIREZIONE CENTRALE DELLA POLIZIA DI PREVENZIONE SEDE
- ALLA DIREZIONE CENTRALE DELL'IMMIGRAZIONE E DELLA POLIZIA DELLE FRONTIERE SEDE
- ALLA DIREZIONE CENTRALE PER LA POLIZIA STRADALE, FERROVIARIA, DELLE COMUNICAZIONI E PER I REPARTI SPECIALI DELLA POLIZIA DI STATO SEDE
- ALLA DIREZIONE CENTRALE PER I SERVIZI ANTIDROGA ROMA
- ALLA DIREZIONE CENTRALE PER LE RISORSE UMANE SEDE
- ALLA DIREZIONE CENTRALE PER GLI ISTITUTI DI ISTRUZIONE SEDE
- ALLA DIREZIONE CENTRALE DI SANITA' SEDE
- ALLA DIREZIONE CENTRALE DEI SERVIZI TECNICO-LOGISTICI E DELLA GESTIONE PATRIMONIALE SEDE



# Ministero dell'Interno

DIPARTIMENTO DELLA PUBBLICA SICUREZZA  
DIREZIONE CENTRALE PER GLI AFFARI GENERALI DELLA POLIZIA DI STATO

- ALLA DIREZIONE CENTRALE DEI SERVIZI DI RAGIONERIA SEDE
- ALL'UFFICIO CENTRALE INTERFORZE PER LA SICUREZZA PERSONALE SEDE
- ALLA DIREZIONE CENTRALE ANTICRIMINE SEDE
- ALLA DIREZIONE INVESTIGATIVA ANTIMAFIA ROMA
- ALLA SCUOLA SUPERIORE DI POLIZIA ROMA
- ALLA SCUOLA DI PERFEZIONAMENTO PER LE FORZE DI POLIZIA ROMA

^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^

- AI SIGG. PREFETTI DELLA REPUBBLICA LORO SEDI
- AL SIG. PRESIDENTE DELLA GIUNTA DELLA REGIONE AUTONOMA VALLE D'AOSTA – Servizi di Prefettura AOSTA
- AL SIG. COMMISSARIO DEL GOVERNO PER LA PROVINCIA DI BOLZANO
- AL SIG. COMMISSARIO DEL GOVERNO PER LA PROVINCIA DI TRENTO
- AI SIGG. QUESTORI DELLA REPUBBLICA LORO SEDI
- AL SIG. DIRIGENTE DELL'UFFICIO PRESIDENZIALE DELLA POLIZIA DI STATO PRESSO LA SOVRINTENDENZA CENTRALE DEI SERVIZI DI SICUREZZA DELLA PRESIDENZA DELLA REPUBBLICA ROMA
- AL SIG. DIRIGENTE DELL'ISPettorato di PUBBLICA SICUREZZA PRESSO IL VATICANO ROMA
- AL SIG. DIRIGENTE DELL'ISPettorato di PUBBLICA SICUREZZA PRESSO IL SENATO DELLA REPUBBLICA ROMA
- AL SIG. DIRIGENTE DELL'ISPettorato di PUBBLICA SICUREZZA PRESSO LA CAMERA DEI DEPUTATI ROMA
- AL SIG. DIRIGENTE DELL'ISPettorato di PUBBLICA SICUREZZA PRESSO LA PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI - "PALAZZO CHIGI" ROMA
- AL SIG. DIRIGENTE DELL'ISPettorato di PUBBLICA SICUREZZA "PALAZZO VIMINALE" SEDE
- AL SIG. DIRIGENTE DELL'UFFICIO SPECIALE PALERMO
- AI SIGG. DIRIGENTI DEI COMPARTIMENTI DI POLIZIA STRADALE LORO SEDI
- AI SIGG. DIRIGENTI DELLE ZONE DI POLIZIA DI FRONTIERA LORO SEDI
- AI SIGG. DIRIGENTI DEI COMPARTIMENTI DI POLIZIA FERROVIARIA LORO SEDI
- AI SIGG. DIRIGENTI DEI COMPARTIMENTI DI POLIZIA POSTALE E DELLE TELECOMUNICAZIONI LORO SEDI
- AI SIGG. DIRIGENTI DEI REPARTI MOBILI DELLA POLIZIA DI STATO LORO SEDI
- AI SIGG. DIRIGENTI DEI GABINETTI REGIONALI E INTERREGIONALI



# Ministero dell'Interno

DIPARTIMENTO DELLA PUBBLICA SICUREZZA  
DIREZIONE CENTRALE PER GLI AFFARI GENERALI DELLA POLIZIA DI STATO

|                                                                                                                              |                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| DI POLIZIA SCIENTIFICA                                                                                                       | <u>LORO SEDI</u>  |
| - AL SIG. DIRIGENTE DEL CENTRO DI COORDINAMENTO<br>DEI SERVIZI A CAVALLO DELLA POLIZIA DI STATO                              | <u>LADISPOLI</u>  |
| - AI SIGG. DIRIGENTI DEI REPARTI VOLO DELLA POLIZIA DI STATO                                                                 | <u>LORO SEDI</u>  |
| - AL SIG. DIRETTORE DEL CENTRO NAUTICO E SOMMOZZATORI<br>DELLA POLIZIA DI STATO                                              | <u>LA SPEZIA</u>  |
| - AL SIG. DIRETTORE DEL CENTRO ELETTRONICO NAZIONALE<br>DELLA POLIZIA DI STATO                                               | <u>NAPOLI</u>     |
| - AI SIGG. DIRIGENTI DEI REPARTI PREVENZIONE CRIMINE                                                                         | <u>LORO SEDI</u>  |
| - AI SIGG. DIRETTORI DEGLI ISTITUTI DI ISTRUZIONE, DI<br>PERFEZIONAMENTO E CENTRI DI ADDESTRAMENTO<br>DELLA POLIZIA DI STATO | <u>LORO SEDI</u>  |
| - AI SIGG. DIRIGENTI DELLE ZONE TELECOMUNICAZIONI                                                                            | <u>LORO SEDI</u>  |
| - AI SIGG. DIRETTORI DEGLI AUTOCENTRI DELLA POLIZIA DI STATO                                                                 | <u>LORO SEDI</u>  |
| - AL SIG. DIRETTORE DELLO STABILIMENTO E CENTRO<br>RACCOLTA ARMI                                                             | <u>SENIGALLIA</u> |
| - AI SIGG. DIRETTORI DEI CENTRI DI RACCOLTA REGIONALI ED<br>INTERREGIONALI V.E.C.A.                                          | <u>LORO SEDI</u>  |
| - AL SIG. PRESIDENTE DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE POLIZIA DI STATO<br>Via Statilia, 30                                        | <u>ROMA</u>       |

e, per conoscenza:

|                                                                                                                                     |                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| - ALLA SEGRETERIA PARTICOLARE DEL CAPO DELLA POLIZIA<br>DIRETTORE GENERALE DELLA PUBBLICA SICUREZZA                                 | <u>S E D E</u> |
| - ALLA SEGRETERIA DEL VICE CAPO DELLA POLIZIA<br>CON FUNZIONI VICARIE                                                               | <u>S E D E</u> |
| - ALLA SEGRETERIA DEL VICE CAPO DELLA POLIZIA<br>PREPOSTO ALL'ATTIVITA' DI COORDINAMENTO<br>E PIANIFICAZIONE DELLE FORZE DI POLIZIA | <u>S E D E</u> |
| - ALLA SEGRETERIA DEL VICE CAPO DELLA POLIZIA<br>DIRETTORE CENTRALE DELLA POLIZIA CRIMINALE                                         | <u>S E D E</u> |

Con riferimento alla convenzione in oggetto, si informa che la CASPIE ha comunicato che dal 1° ottobre 2017 è stata messa in linea la nuova funzionalità di PreAttivazione sul portale [www.caspieonline.eu](http://www.caspieonline.eu).

Tale funzionalità permetterà agli assistiti di usufruire delle prestazioni in regime di Convenzione Diretta in modo più rapido ed immediato. Infatti, non sarà più necessario effettuare la richiesta per mezzo fax o e-mail ma semplicemente accedere alla propria area



# Ministero dell'Interno

DIPARTIMENTO DELLA PUBBLICA SICUREZZA  
DIREZIONE CENTRALE PER GLI AFFARI GENERALI DELLA POLIZIA DI STATO

riservata sul portale CASPIE e caricare la richiesta online, come già avviene per le pratiche rimborsuali.

Al riguardo, per permettere a tutti gli assistiti una graduale conoscenza del nuovo sistema di PreAttivazione, la procedura precedente resterà in vigore fino al 31.12.2017.

Per qualunque supporto l'assistito potrà contattare il numero verde 800 254 313.

E' stata, inoltre, redatta dalla CASPIE l'allegata guida alla PreAttivazione on-line.

Nel confidare sulla massima diffusione a tutto il personale interessato, si comunica che tutte le informazioni utili e la guida verranno pubblicate altresì sul Portale Intranet della Polizia di Stato "Doppiavela", nella sezione dedicata alle Convenzioni>Programmi Assicurativi.

IL DIRETTORE CENTRALE  
Dispenza

# 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 CaspieOnline interface. At the top, there is a navigation bar with the text "AN LA RISERVATA" and the Caspie logo. Below the navigation bar, there is a section titled "MES NAGGI DI SERVIZIO" with a dropdown menu. The main content area is titled "Lista assistiti che possono beneficiare della preattivazione". It contains a table with the following columns: "DATA NASCITA" and "PARENTELA". There are two rows of data, each with a "SELEZIONA" button to its right.

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

Per iniziare l'insertamento della richiesta di preattivazione è necessario selezionare il beneficiario

© 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 CaspieOnline interface for selecting the date and time for the appointment. It has two input fields: "DATA IN FORMATO GG/MM/AAAA" and "ORA IN FORMATO HH:MM". The date field contains "31/12/2017" and the time field contains "09:00". Below these fields, there is a section titled "Scelta del tipo di prestazione." with a list of radio button options.

DATA IN FORMATO GG/MM/AAAA      ORA IN FORMATO HH:MM

31/12/2017      09:00

Scelta del tipo di prestazione.

- Ricovero con intervento
- Ricovero senza intervento
- Ricovero al ospedale in carico al SSN
- Ricovero per parto cesareo
- Ricovero per parto fisiologico
- Day Hospital senza intervento
- Day Hospital con intervento
- Intervento ambulatorio
- Prestazioni diagnostiche e cura ambulatorio
- Medicina Preventiva
- Cure e prestazioni esterne
- Altre causali

PREVISTA      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  
[REDACTED]

REGIONE PROVINCIA CITTA'

Seleziona Regione [v] [v] [v]

[CERCA] [INIZIO]

| NOME STRUTTURA | INDIRIZZO  | CITTA'     |
|----------------|------------|------------|
| [REDACTED]     | [REDACTED] | [REDACTED] |

[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

[REDACTED] [REDACTED]

SPECIALIZZAZIONE

Specializzazioni Medico [v]

[CERCA MEDICO] [INIZIO]

| COGNOME    | NOME       | SPECIALIZZAZIONI |
|------------|------------|------------------|
| [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED]       |

[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...)



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) |
|-------------------------------------|-----------------------------------------|
|                                     | Sfoglia...                              |

| 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 border="1"> <tr> <td>Estensioni consentite:</td> <td>.PDF .TIFF .JIF</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 %</td> </tr> <tr> <td>Numero files caricati</td> <td>0</td> </tr> </table> | Estensioni consentite: | .PDF .TIFF .JIF | Dimensione massima consentita (KB) | 3000 | Spazio disponibile per il caricamento (KB) | 20000 | Spazio occupato (percentuale) | 0 % | Numero files caricati | 0 |
| Estensioni consentite:                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | .PDF .TIFF .JIF                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                        |                 |                                    |      |                                            |       |                               |     |                       |   |
| 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**

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".

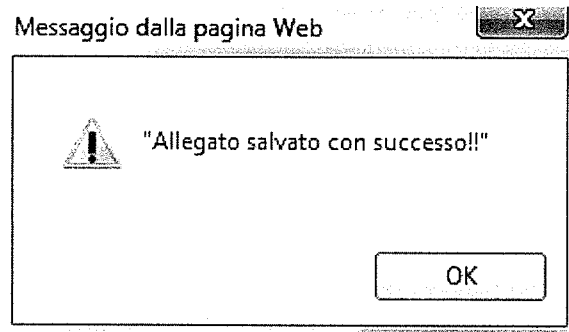


Figura 7

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

---

DESCRIZIONE FILE (Max 30 caratteri) PRELEVA IL FILE (nome max 30 caratteri)

---

**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) | 26000               |
| Spazio occupato (percentuale)              | 0,46 %              |
| Numero files caricati                      | 1                   |

---

**Allegati caricati**

| NOME DEL FILE | DESCRIZIONE | KB |                                                  |
|---------------|-------------|----|--------------------------------------------------|
| [REDACTED]    |             |    | <input type="button" value="CANCELLA ALLEGATO"/> |

---

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".

Integrare la richiesta di preattivazione con i propri recapiti: E' obbligatorio inserire un telefono cellulare ed un indirizzo di posta elettronica valido (figura 9).

Controllare quanto inserito tramite il riepilogo di cui sotto. Qualora si voglia apportare modifiche tutta la richiesta può essere rivista tramite il tasto indietro altrimenti premere il tasto "Salva e invia".

Integrazione dati assistito

---

Telefono

Telefono Cellulare \*

Email per conferma preattivazione \*

\* Campi obbligatori

**Per inviare la richiesta di preattivazione ed ottenere la notifica di inoltro alla centrale operativa della CASPIE, premere il tasto 'SALVA E INVIA'**

---

|                                      |                           |
|--------------------------------------|---------------------------|
| Data e ora della preattivazione      | 18/08/2017 Alle ore 09:00 |
| Cognome e Nome Assistito             | [REDACTED]                |
| Data di nascita                      | 01/01/1960 00:00:00       |
| Causale della prestazione            | RICOVERO SENZA INTERVENTO |
| Nome Struttura sanitaria scelta      | [REDACTED]                |
| Indirizzo Struttura sanitaria scelta | [REDACTED]                |
| Città Struttura sanitaria scelta     | [REDACTED]                |
| Nome e cognome del medico            | [REDACTED]                |
| Diagnosi                             | [REDACTED]                |
| Tipo Prestazione                     | [REDACTED]                |
| Anno Pratica                         | [REDACTED]                |
| Numero pratica                       | [REDACTED]                |

---

Files allegati

| NOME ALLEGATO E DESCRIZIONE | NOME ALLEGATO E DESCRIZIONE |
|-----------------------------|-----------------------------|
| [REDACTED]                  | [REDACTED]                  |

---

SALVA E INVIA    SALVA E INVIA    REVOCA    INDIETRO    CHIUDI

Figura 9

Se l'operazione è andata a buon fine, si riceverà il messaggio a video di corretto inserimento della preattivazione (figura 10).

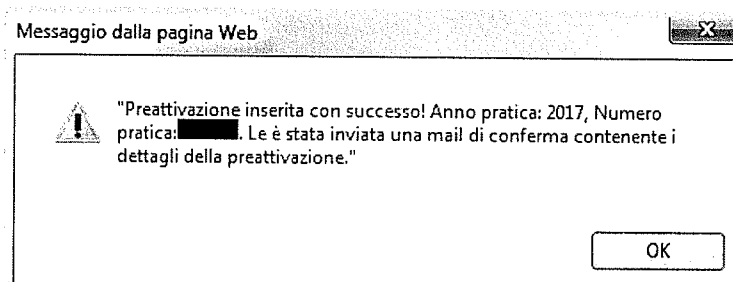


Figura 10

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).

Messaggio | ModuloPreattivazioneDaWeb\_ [redacted].pdf (192 KB)

Gentile Assistito a,

Le notificiamo di avere ricevuto in data odierna il modulo di preattivazione relativo alla prestazione [redacted], presso la struttura [redacted] per il giorno [redacted] alle ore [redacted].

Inoltre, La informiamo che la presente email non costituisce l'autorizzazione alle prestazioni richieste

Riceverà un'ulteriore comunicazione dalla Centrale Operativa della CASPIE, dell'avvenuta autorizzazione e/o diniego.

Qualora non riceva l'e-mail di conferma, La invitiamo a contattare il numero verde [redacted].

Cordiali saluti

Ufficio Preattivazione

Tel. 06. 67549.575 - Fax 06. 94443447  
E-mail: [preattivazione@caspie.it](mailto:preattivazione@caspie.it)

Sede legale e Operativa:  
Via Ostiense 151 - L. Corpe D - 6° Piano  
00154 - Roma  
[www.caspie.eu](http://www.caspie.eu)

NOTA:

Si prega di non rispondere a questo messaggio, perché è stato inviato da un indirizzo di posta elettronica che non viene controllato. I messaggi inviati a questo indirizzo non riceveranno risposta.

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 [REDACTED] Data Nascita 01/01/1960  
 Codice fiscale XXXXXXXXXXXXXXXXXX Codice nucleo [REDACTED]  
 Assistito che usufruisce delle prestazioni [REDACTED] Data Nascita 01/01/1960  
 Codice fiscale XXXXXXXXXXXXXXXXXX  
 Ente di appartenenza [REDACTED]

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

Patologia/Diagnosi [REDACTED]  
 Data prevista di ingresso [REDACTED] Ora prevista [REDACTED]  
 Struttura convenzionata prescelta: [REDACTED]  
 Nominativo del medico:  
 Tipo di ricovero [REDACTED]  
 Tipo di prestazione  
 Anno Pratica: 2017 Numero Pratica: [REDACTED] 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 qualsiasi voglia pretesa di natura risarcitoria riconducibile a prestazione sanitaria che ritenesse non soddisfacente.  
 Luogo e Data  
 Roma, 11/08/2017  Consenso prestato online


|                                                                                                                               |                       |                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------|
|  <b>MODULO RICHIESTA PAGAMENTO DIRETTO</b> |                       |                      |
| Documentazione allegata alla richiesta di preattivazione                                                                      |                       |                      |
| <b>ANNO PRATICA</b>                                                                                                           | <b>NUMERO PRATICA</b> | <b>NOME ALLEGATO</b> |
| 2017                                                                                                                          | [REDACTED]            | [REDACTED]           |

Figura 12