

I colori della salute
CAMPAGNA DI PREVENZIONE 2024-2025
SINDROME METABOLICA

dal 1° ottobre 2024 al 30 giugno 2025



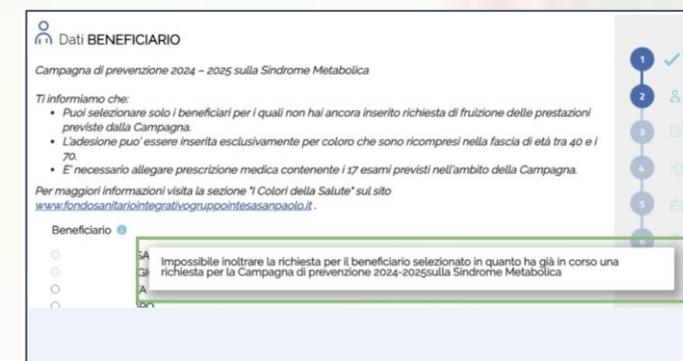
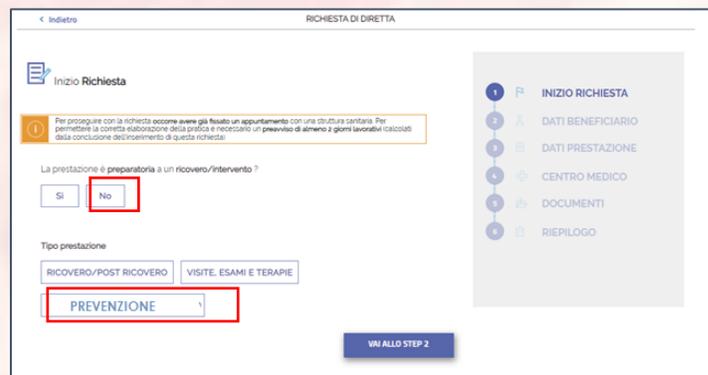
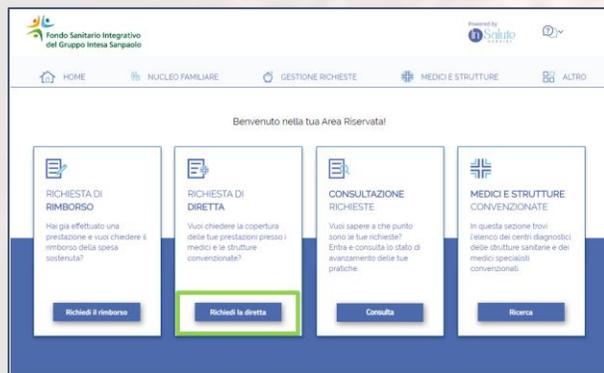
Come fruire del piano di prevenzione

Fruizione del Piano di Prevenzione in forma convenzionata

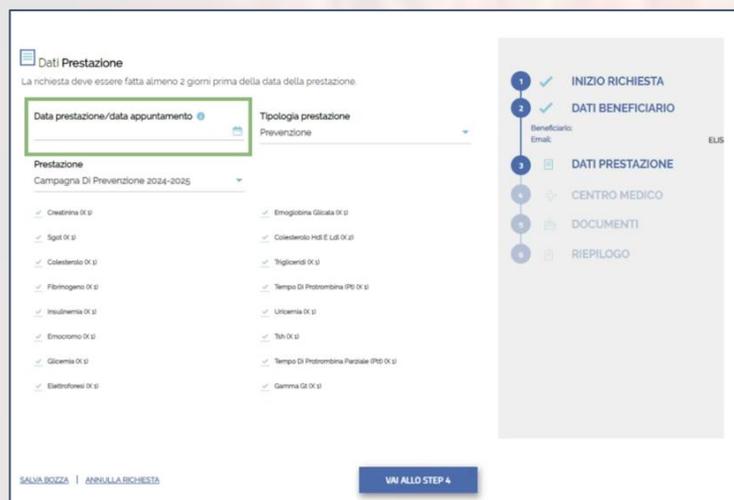
Accedi a Gestione Pratiche dal 1.1.2024 e clicca su Richiedi la diretta

scegli il tasto PREVENZIONE nella sezione Tipo prestazione

Scegliere il beneficiario per il quale si vuole attivare la campagna di prevenzione: sono selezionabili solo gli Iscritti che possono aderire alla campagna

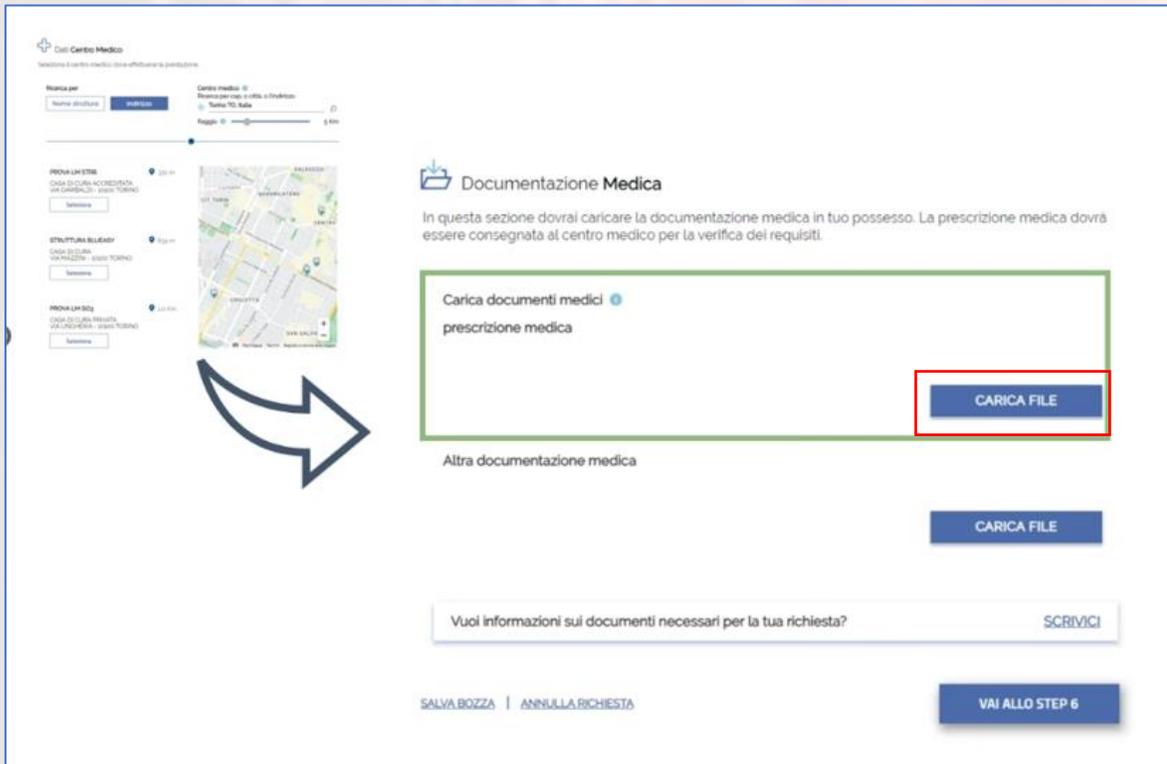


Nello Step 3, «Dati Prestazione» tutti i campi risultano precompilati e non sono modificabili: occorrerà inserire solamente la data dell'appuntamento



La richiesta deve essere inserita almeno 2 giorni prima della data della prestazione

E' necessario **selezionare la struttura** presso la quale si vuole eseguire la prestazione e **caricare la documentazione medica**



Dati Centro Medico
Seleziona il centro medico dove effettuare la prestazione

Struttura
Nome struttura: **INTEGRA**

Centro medico
Prestazioni che ti offre in questo centro medico: **Tutto TO, Italia**

Raggio: 5 Km

PROVA UN STEP
DATA DI CURA ACCREDITATA
APPLICAZIONE: **01/01/2020**

STRUTTURA BLEND
DATA DI CURA ACCREDITATA
APPLICAZIONE: **01/01/2020**

PROVA UN STEP
DATA DI CURA ACCREDITATA
APPLICAZIONE: **01/01/2020**

Documentazione Medica
In questa sezione dovrai caricare la documentazione medica in tuo possesso. La prescrizione medica dovrà essere consegnata al centro medico per la verifica dei requisiti.

Carica documenti medici 

prescrizione medica

CARICA FILE

Altra documentazione medica

CARICA FILE

Vuoi informazioni sui documenti necessari per la tua richiesta? **SCRIVICI**

SALVA BOZZA | **ANNULLA RICHIESTA** **VAI ALLO STEP 6**

- 
- La prescrizione medica deve contenere tutti e solo i 17 esami previsti dalla Campagna
 - Non è previsto che venga selezionato il medico ma solo il nome della struttura
 - La prescrizione medica dovrà essere consegnata al centro medico prima di effettuare gli esami

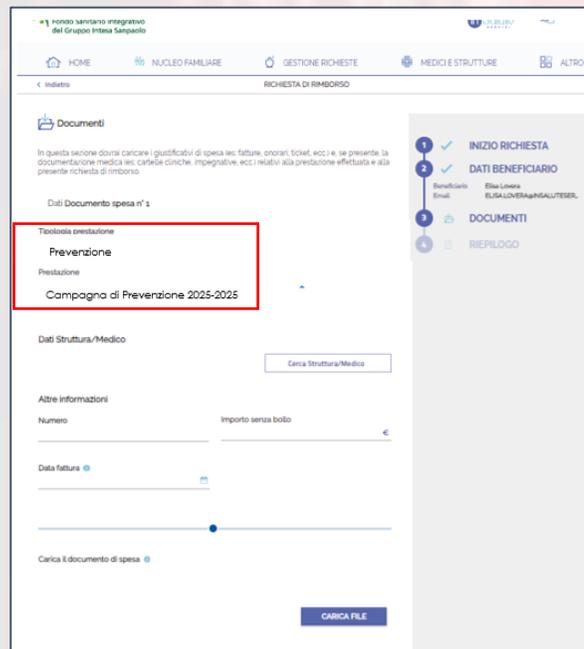
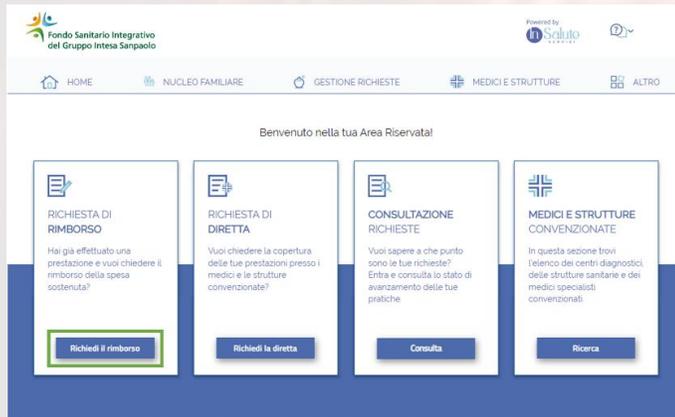
Fruizione del Piano di Prevenzione a rimborso

Accedi a Gestione Pratiche dal 1.1.2024
e clicca su Richiedi il rimborso

Scegli il tasto «PREVENZIONE»

Da usare esclusivamente per la
fruizione della Campagna
Sindrome Metabolica

La procedura renderà un pop-up che
riepiloga le condizioni per la fruizione
della campagna



Dopo aver scelto il beneficiario della prestazione, passando allo Step 3 «Documenti» il campo «Tipologia Prestazione» e «Prestazione» sono precompilati e non sono modificabili



Oltre al documento di spesa è necessario caricare la prescrizione medica che deve contenere tutti e solo i 17 esami previsti dalla Campagna di Prevenzione 2024-2025.

Non possono essere indicati altre tipologie di esami



Avvertenze



- Possono aderire all'iniziativa **tutti gli iscritti** e i beneficiari del Fondo con età compresa **tra i 40 e i 70 anni**
- La campagna di prevenzione, è fruibile **una sola volta nell'arco dell'intera durata della campagna** (1/10/2024 – 30/06/2025)
- E' necessaria la **prescrizione medica per tutti e soli i 17 esami del sangue** individuati dal Comitato Scientifico per la campagna di prevenzione
- Non è previsto alcun onere a carico dell'iscritto
 - in assistenza convenzionata non viene richiesta alcuna franchigia
 - la richiesta di rimborso comporta la liquidazione della spesa sanitaria al 100%
- L'importo per il pacchetto prevenzione **non decurta il massimale annuo**
- Per chi inoltra la richiesta di rimborso in forma cartacea nella sezione «**Prestazioni per le quali si richiede il rimborso**» del [modulo domanda di rimborso per spese sanitarie](#) - scegliere il campo «Altro» specificando Campagna di prevenzione

DATI ANAGRAFICI FAMILIARE PER IL QUALE SI RICHIEDE IL RIMBORSO	
Cognome _____	Nome _____
Nato/a _____ il _____	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Codice Fiscale _____
Riservato agli iscritti in lunga assenza, in esodo o in quiescenza per la restituzione della documentazione	
Via _____ n. _____ città _____ (____)	
Prestazioni per le quali si richiede il rimborso:	
- Ricovero in istituto di cura	<input type="checkbox"/>
- Prestazioni collegate a ricovero (pre / post)	<input type="checkbox"/>
- Accertamenti diagnostici e terapie di alta specializzazione	<input type="checkbox"/>
- Prestazioni Extraospedaliere non collegate al ricovero	<input type="checkbox"/>
- Altro (es. protesi, farmaci, presidi, ecc.)	<input checked="" type="checkbox"/>
N.B.: Per il rimborso di cure odontoiatriche utilizzare l'apposito modulo "DOMANDA DI RIMBORSO PER SPESE ODONTOIATRICHE"	