

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

dal 1° ottobre 2024 al 31 dicembre 2025



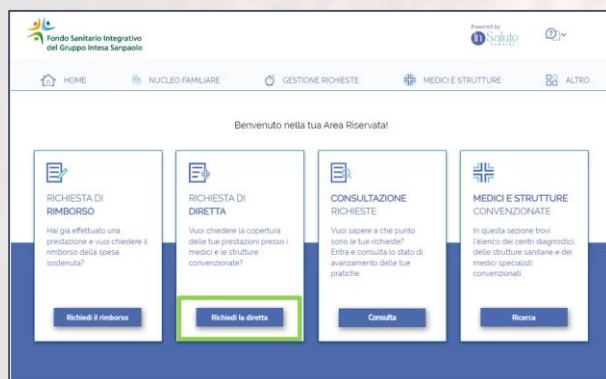
Come fruire del piano di prevenzione

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



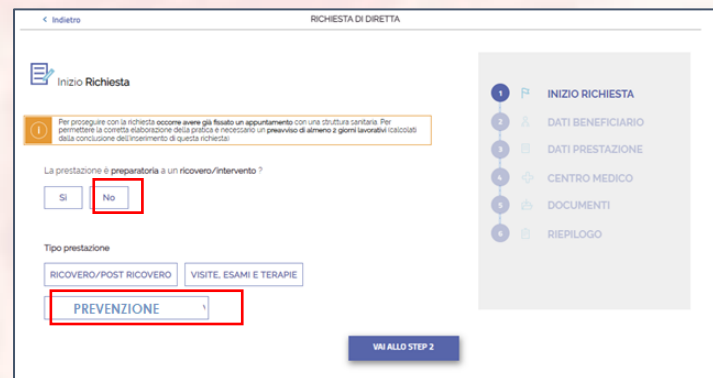
Benvenuto nella tua Area Riservata!

Richiedi il rimborso

Richiedi la diretta

Consulta

Ricerca



Richiesta di Diretta

Inizio Richiesta

La prestazione è preparatoria a un ricovero/intervento?

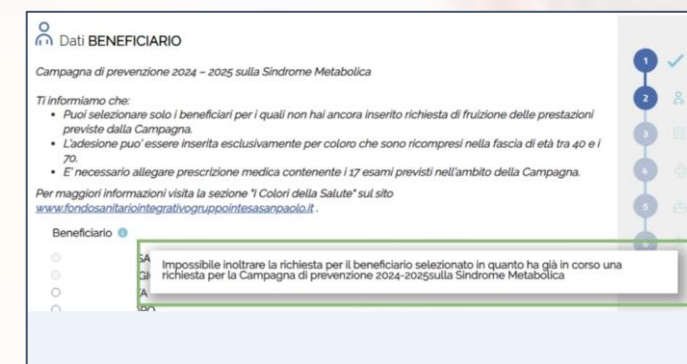
SI NO

Tipo prestazione

RICOVERO/POST RICOVERO VISITE, ESAMI E TERAPIE

PREVENZIONE

VAI ALLO STEP 2



Dati BENEFICIARIO

Campagna di prevenzione 2024 - 2025 sulla Sindrome Metabolica

Ti informiamo che:

- Puoi selezionare solo i beneficiari per i quali non hai ancora inserito richiesta di fruizione delle prestazioni previste dalla Campagna.
- L'adesione può essere inserita esclusivamente per coloro che sono ricompresi nella fascia di età tra 40 e i 70.
- E' necessario allegare prescrizione medica contenente i 17 esami previsti nell'ambito della Campagna.

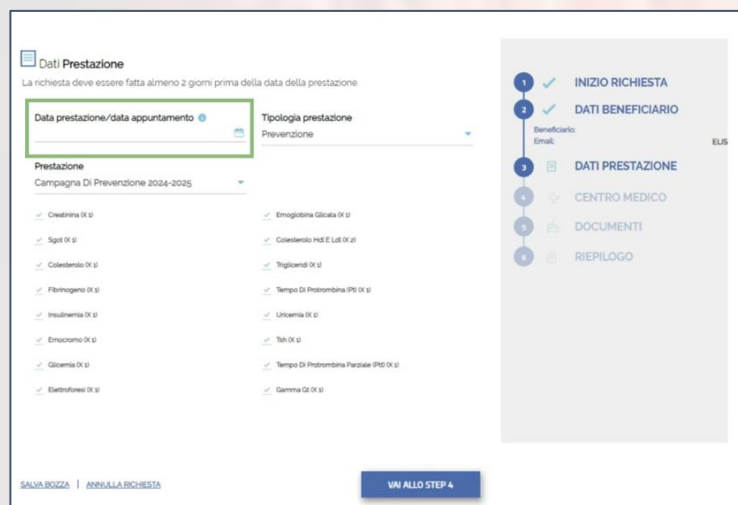
Per maggiori informazioni visita la sezione "I Colori della Salute" sul sito www.fondosanitariointegrativogruppo.intesa-sanpaolo.it.

Beneficiario

SA
GI
A
TO

Impossibile inoltrare la richiesta per il beneficiario selezionato in quanto ha già in corso una richiesta per la Campagna di prevenzione 2024-2025 sulla Sindrome Metabolica

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



Dati Prestazione

La richiesta deve essere fatta almeno 2 giorni prima della data della prestazione.

Data prestazione/data appuntamento

Tipologia prestazione

Prevenzione

Prevenzione

Campagna di Prevenzione 2024-2025

Creatinina (X) (g)

Emoglobina Glicata (X) (g)

SpO2 (X) (g)

Coletestolo HDL e LDL (X) (g)

Coletestolo (X) (g)

Trigliceridi (X) (g)

Fibrinogeno (X) (g)

Tempo Di Protrombina (PT) (X) (g)

Insulina (X) (g)

Uricemia (X) (g)

Emocromo (X) (g)

TSH (X) (g)

Glicemia (X) (g)

Tempo Di Protrombina Parziale (PTT) (X) (g)

Elettroliti (X) (g)

Gamma Gt (X) (g)

VAI ALLO STEP 4



Data prestazione non valida

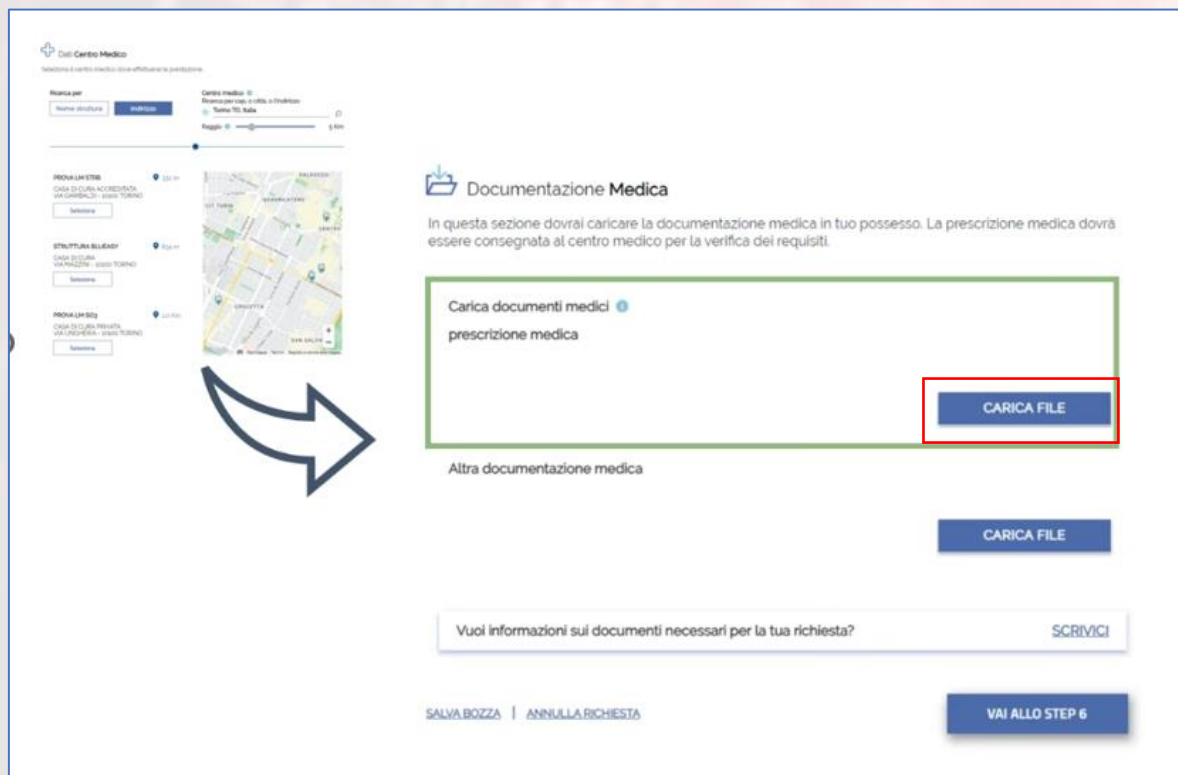
Attenzione

Non sussistono i tempi tecnici per la gestione della pratica da portale, in quanto la richiesta deve essere fatta almeno 2 giorni prima della data della prestazione. Per eventuali urgenze contatta il numero verde a tua disposizione.

INDIETRO

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 per: **Indirizzo:**

Centro medico: **Indirizzo:**

PROVA LM 5788 **Indirizzo:**

STRUTTURA BLUEAD **Indirizzo:**

PROVA LM 5812 **Indirizzo:**

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

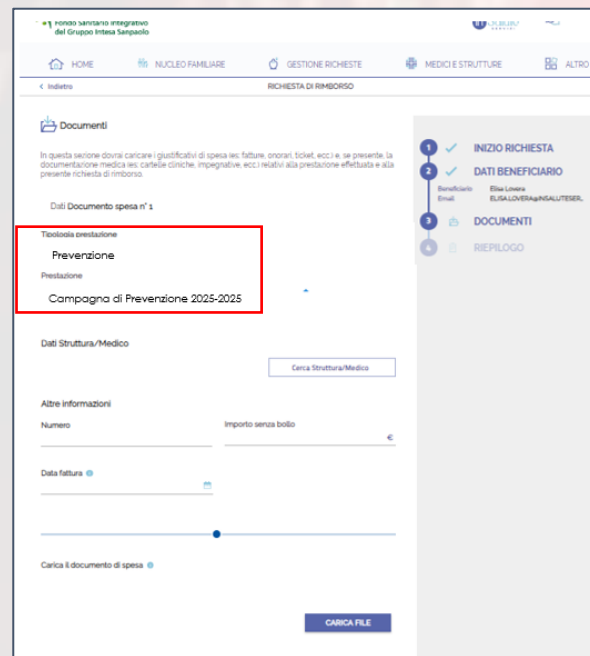
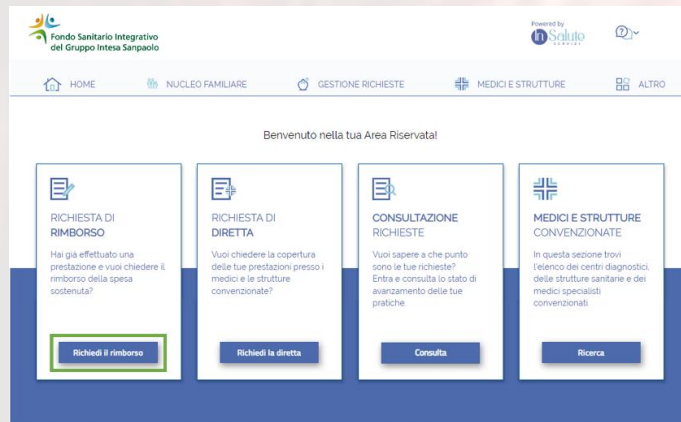
Fruizione del Piano di Prevenzione a rimborso

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 – 31/12/2025)
- 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 ☐ M ☐ 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 ☐ - Prestazioni collegate a ricovero (pre / post) ☐ - Accertamenti diagnostici e terapie di alta specializzazione ☐ - Prestazioni Extraospedaliere non collegate al ricovero ☐ - Altro (es. protesi, farmaci, presidi, ecc.) ☒	
N.B.: Per il rimborso di cure odontoiatriche utilizzare l'apposito modulo "DOMANDA DI RIMBORSO PER SPESE ODONTOLATRICHE"	