



Previmedical®
Servizi per la Sanità Integrativa

mètaSalute
Fondo sanitario lavoratori metalmeccanici

R:M
AssicurazioneSalute

Guida all'utilizzo di mètaSalute



Roma, 28 Marzo 2018

Si precisa che il presente documento intende essere una Guida operativa di sintesi che non sostituisce le condizioni di polizza di cui l'assistito deve prendere visione.

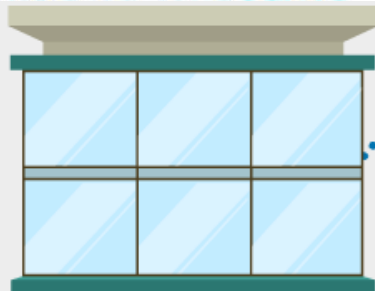
- ◆ Centrale Operativa
 - ◆ Pagamento Diretto
 - ◆ Pagamento a Rimborso / Indiretto
 - ◆ Modalità di richiesta delle Prestazioni
- ◆ Area Riservata ARENA
 - ◆ Introduzione
 - ◆ Richiedere un rimborso
 - ◆ Richiedere un'autorizzazione
 - ◆ Attivare la procedura dei 30 km
 - ◆ Consultare una pratica
- ◆ APP mètasalute
- ◆ HC Advisor (portale dedicato alle recensioni delle Strutture/Medici)
- ◆ Servizi Accessori
 - ◆ Card

CENTRALE OPERATIVA ACCESSO ALLE PRESTAZIONI

Chi Siamo

RBM Assicurazione
Salute è contattabile al
numero verde di
mètasalute:
800 18 9671 - tasto 1.

RBM
AssicurazioneSalute



Cosa Facciamo



Sempre Attivi



Il Network



Chi Siamo

La Centrale Operativa è la struttura che supporta gli assistiti nell'accesso alle prestazioni e ai servizi del proprio piano sanitario.

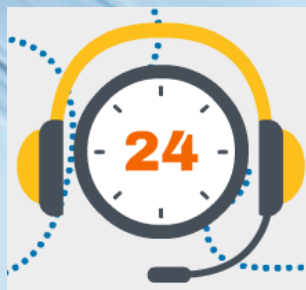
Cosa Facciamo

- Richiesta informazioni sullo stato delle pratiche e della documentazione necessaria per l'invio delle richieste di rimborso
- Verifica medico-assicurativa in merito all'erogabilità della prestazione
- Prenotazione presso le strutture mediche convenzionate delle prestazioni garantite dal piano sanitario
- Fornitura informazioni sulle strutture sanitarie convenzionate
- Invio autorizzazione a Strutture del Network Previmedical e all'assistito.



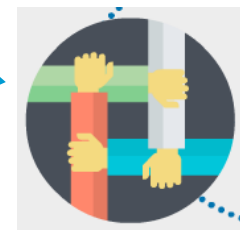
Sempre Attivi

24 h su 24 h
365 giorni all'anno
Raggiungibile da fisso e cellulare ,
dall'Italia e dall'estero con numeri
dedicati:
800 18 9671 – tasto 1



Il Network

Disponiamo di un ampio
network convenzionato.





PAGAMENTO DIRETTO

Livelli di Servizio:

La richiesta di prestazione viene autorizzata/annullata entro 24 ore lavorative (ad eccezione delle urgenze)



PAGAMENTO A RIMBORSO

Livelli di Servizio:

Rimborsi entro 20 giorni lavorativi

Avviene in caso di utilizzo di strutture e personale medico convenzionato, entro i limiti di indennizzo previsti dal Piano Sanitario.

L'assistito deve richiedere autorizzazione a RBM Assicurazione Salute di avvalersi del servizio con un preavviso di almeno 24 ore lavorative. Sugeriamo un preavviso maggiore per i ricoveri.

In caso di emergenza clinica comprovata, non è richiesto preavviso.

In caso di prestazioni odontoiatriche sarà richiesta una prescrizione medica con diagnosi redatta dal proprio odontoiatra.

Il pagamento diretto è attivabile per tutte le prestazioni previste dai piani sanitari, senza limite minimo di importo.

OPERATING ROOM

STAFF



**PAGAMENTO
DIRETTO**

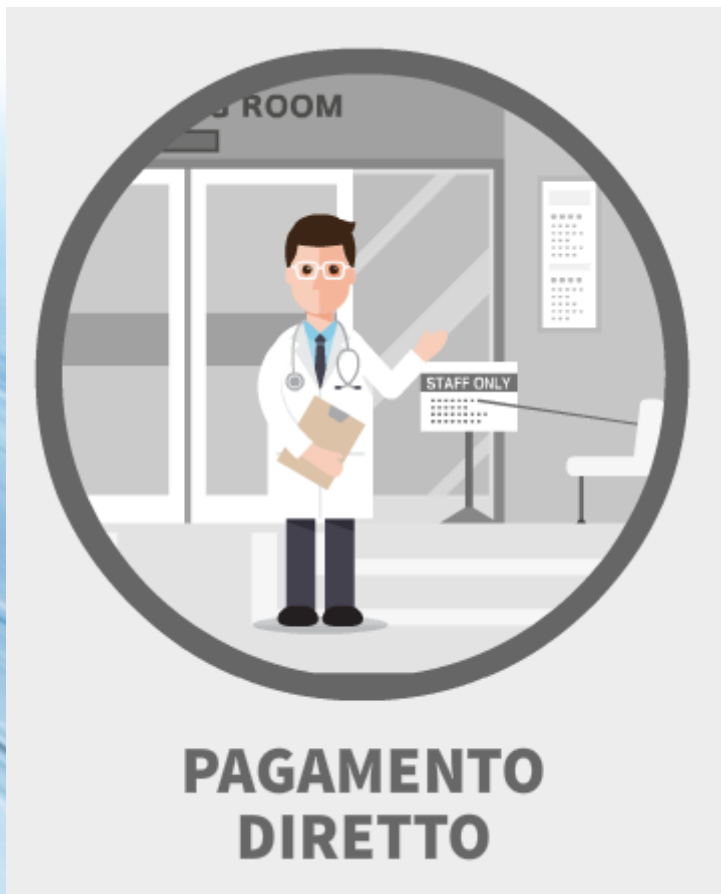
In caso di assistenza diretta, sarà la **Struttura** ad occuparsi della raccolta di tutta la documentazione da inviare a **RBM Assicurazione Salute**.

Per l'autorizzazione da parte della **Centrale Operativa** viene chiesto all'**Assistito** solo di leggere/annotare on line/inviare fax, la **patologia** presunta o accertata riportata sulla prescrizione medica.



Cosa mi serve per aprire una pratica ambulatoriale/ricovero/dentaria (se appuntamento è fissato):

1. Prescrizione medica (redatta da Medico) con quesito diagnostico (patologia presunta o accertata);
2. Appuntamento fissato presso la Struttura;
3. Preavviso di 24 ore lavorative;
4. Struttura scelta;
5. Nome del medico (in caso di VISITA) convenzionato presso la struttura scelta



Quando devo inviare la documentazione alla Centrale Operativa?

- ❖ in caso di ricovero con intervento;
- ❖ In caso di esami di laboratorio;
- ❖ In caso di fisioterapia;
- ❖ In caso di prestazioni odontoiatriche, successive alla prima visita.

Avviene quando
NON si fa ricorso a
istituti di cura e
medici
convenzionati.

Oltre alle fatture, i documenti da fornire includono:
-Cartella clinica completa, in caso di ricovero;
-Referto del Pronto Soccorso in caso di infortunio;
-Certificati medici e documentazione diagnostica a seconda del caso specifico.

La documentazione,
in caso di rimborso in
forma cartacea, deve
essere inviata in
FOTOCOPIA

In caso di utilizzo di strutture
sanitarie convenzionate è
obbligatorio attivare il regime di
assistenza sanitaria diretta;
qualora l'assistito non provveda
ad effettuare la preattivazione,
la prestazione non potrà essere
liquidata né presentata a
rimborso.

Per ottenere il rimborso, **l'Assistito**, al termine del ciclo di cure dovrà compilare in ogni sua parte il **Modulo di richiesta di rimborso** ed allegare in fotocopia la **documentazione giustificativa**.



**MODALITÀ
CARTACEA**



**MODALITÀ
ONLINE**



APP





MODALITÀ CARTACEA

L'Assistito, ricevuta la prestazione, dovrà compilare il **Modulo di Richiesta di Rimborso** compilandolo in ogni sua parte ed allegando **fotocopia della documentazione giustificativa** di cui sopra. Il modulo ed i relativi allegati devono essere trasmessi all'indirizzo indicato sul modulo.

L'Assistito in possesso dei dati di **accesso** (login e password) potrà trasmettere **on-line** le proprie richieste di rimborso delle prestazioni sanitarie ricevute, unitamente alla **scansione della documentazione medica e di spesa**.

A tal fine l'Assistito dovrà accedere alla propria area riservata dal sito.





APP

L'Assistito in possesso dei dati di **accesso** (login e password) potrà trasmettere on-line, tramite **APP mètasalute**, le proprie richieste di rimborso delle prestazioni sanitarie ricevute, unitamente alla **foto della documentazione medica e di spesa**.

È possibile autenticarsi utilizzando le stesse credenziali già a disposizione per il portale WEB di mètasalute.



Accedendo all'Area Riservata presente sul sito, previa autenticazione, è possibile attivare questi ulteriori servizi on-line



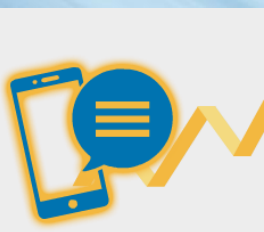


PRESA IN CARICO DIRETTA

Nell'ambito del network convenzionato Previmedical, è possibile attivare il servizio di pagamento diretto delle spese nei limiti previsti dalla copertura.

PROPRIE PRATICHE

Per ogni singola pratica verrà reso disponibile lo stato della pratica e inoltre: La data rimborso; la tipologia prestazione medica; la persona interessata (iscritto o familiare); totale rimborso.



SEGUI LA TUA PRATICA

Il servizio permette all'Assistito, indicando il proprio numero di telefono cellulare nel modulo di rimborso, di ricevere automaticamente via SMS tutte le informazioni relative alla propria pratica di liquidazione (ricezione, pagamento, sospensione, reiezione).

STRUTTURE E MEDICI CONVENZIONATI

È presente l'elenco di tutti i professionisti medici convenzionati che operano nelle strutture.



L'AREA RISERVATA

RICHIESTA DI RIMBORSO (1 di 6)

AREA ISCRITTO

LE MIE PRATICHE 7 VEDI TUTTE LE PRATICHE

RICHIESTA DI RIMBORSO

PRESTAZIONI : VISITA OCULISTICA [Altre prestazioni...](#)

IMPORTO : 89,00 € LIQUIDATO : 52,50 €

BENEFICIARIO : Mario Rossi DATA : giovedì 26 maggio 2016

CODICE : DW72-2016-00349514 STATO : conclusa ●

DETTAGLIO

RICHIESTA DI RIMBORSO

PRESTAZIONE : VISITA OCULISTICA

IMPORTO : 94,00 € LIQUIDATO : 0,00 €

BENEFICIARIO : Mario Rossi DATA : mercoledì 20 aprile 2016

CODICE : DW72-2016-00332528 STATO : respinta ●

DETTAGLIO

RICHIESTA DI RIMBORSO

Richiedi un rimborso per una prestazione ricevuta

RICHIEDI

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE IN FORMA DIRETTA

Richiedi l'emissione di un'autorizzazione per eseguire le prestazioni presso una struttura convenzionata

RICHIEDI

PREVENZIONE

È possibile richiedere un rimborso tramite il box arancione nella pagina principale

Si sceglie innanzitutto il beneficiario (in questo caso è il signor Rossi, ma poteva anche essere un familiare)

RICHIESTA DI RIMBORSO

Beneficiario

Seleziona il beneficiario

- ☒ MARIO ROSSI - RSSXXX80A01H501U (16/07/1970)
- ☐ LUIGI ROSSI - RSSXXX90L161480K (13/05/1990)

AVANTI

RICHIESTA DI RIMBORSO (2 di 6)

Beneficiario

ROSSI MARIO

Fattura

Inserisci qui di seguito i dati relativi alla fattura/ricevuta che intendi mettere a rimborso

Data fattura (*)

17/05/2017

Numero fattura (*)

00011-2017

Partita IVA della struttura (*)

00000000001

Partita iva non valida

Struttura (*)

Campo obbligatorio

In caso di richiesta di Indennità Diaria (ricoveri a totale carico del SSN) compilare nel seguente modo:

- Data fattura: inserire data ingresso
- Numero fattura: inserire la parola DIARIA
- Struttura: struttura ospedaliera presso la quale si è svolto il ricovero

INDIETRO

AVANTI

Si inseriscono i dati della fattura

Notare come la pagina ci avvisa se dimentichiamo qualcosa di obbligatorio o sbagliamo a compilare qualche dato

Selezionare il tipo di prestazione che abbiamo sostenuto selezionando un box tra quelli proposti.

Beneficiario

ROSSI MARIO

Fattura

Numero fattura: 00011-2017

Tipologia

Seleziona la tipologia prestazione

Diaria (per ricoveri a totale carico SSN)

Ricovero/Intervento e prestazioni collegate

Accertamenti diagnostici e visite

Odontoiatria

Fisioterapia

Lenti

Altre prestazioni sanitarie

La tua copertura non prevede la garanzia: prestazioni odontoi

INDIETRO

Beneficiario
ROSSI MARIO

Fattura
Numero fattura: 00011-2017

Tipologia
Accertamenti diagnostici e visite

Modalità

In quale modalità è stata eseguita la prestazione?

TICKET PRIVATO

INDIETRO

Scelta del regime di ticket o privato. Il signor Rossi sceglie "ticket"

Qui il signor Rossi deve specificare meglio la prestazione

Beneficiario
ROSSI MARIO

Fattura
Numero fattura: 00011-2017

Tipologia
Accertamenti diagnostici e visite

Modalità
Ticket

Tipo esame

Seleziona la tipologia di prestazione prevista dal tuo piano sanitario

Visite Accertamento diagnostico Esami di laboratorio Visite e accertamento

INDIETRO

Beneficiario
ROSSI MARIO

Fattura
Numero fattura: 00011-2017

Tipologia
Accertamenti diagnostici e visite

Modalità
Ticket

Tipo esame
Visite

Patologia

Inserisci la patologia (*)

MIOPIA

Codice della patologia indicato dal medico

Compilare SOLO SE nella prescrizione in tuo possesso viene indicato il codice patologia asl

INDIETRO AVANTI

Qui si deve inserire la patologia

RICHIESTA DI RIMBORSO (4 di 6)

Beneficiario
ROSSI MARIO

Fattura
Numero fattura: 00011-2017

Tipologia
Accertamenti diagnostici e visite

Modalità
Ticket

Tipo esame
Visite

Patologia
Patologia: MIDRIA

Prestazione

Seleziona la prestazione

SELEZIONA...

- Seleziona...
- VISITA ALLERGOLOGICA
- VISITA ANDROLOGICA
- VISITA ANGIOLOGICA
- VISITA CHIRURGIA VASCOLARE
- VISITA CHIRURGIA GENERALE
- VISITA OCULISTICA (COMPRESO FONDUS OCULI)
- VISITA DERMATOLOGICA
- VISITA DIETOLOGICA
- VISITA EMATOLOGICA
- VISITA FISIATRICA
- VISITA SPECIALISTICA FISIOTERAPICA - T.E.N.S.
- VISITA GASTROENTEROLOGICA

Importo unitario, escluso bollo (*)

Quantità (numero di prestazioni per cui si richiede il rimborso) (*)

Importo del bollo

Indicare 2.00 se nel documento di spesa in tuo possesso è riportata la marca da bollo

INDIETRO AVANTI

In questa pagina il sistema ci propone, in base alle risposte che abbiamo dato precedentemente, una tendina tra cui scegliere la prestazione corretta. (nel caso del signor Rossi la visita oculistica)

inoltre il signor Rossi dovrà indicare l'importo della fattura di cui sta richiedendo il rimborso.

Beneficiario
ROSSI MARIO

Fattura
Numero fattura: 00011-2017

Tipologia
Accertamenti diagnostici e visite

Modalità
Ticket

Tipo esame
Visite

Patologia
Patologia: MIDRIA

Prestazione

Seleziona la prestazione

VISITA OCULISTICA (COMPRESO FONDUS OCULI)

Importo unitario, escluso bollo (*)

100

Quantità (numero di prestazioni per cui si richiede il rimborso) (*)

1

Importo del bollo

Indicare 2.00 se nel documento di spesa in tuo possesso è riportata la marca da bollo

INDIETRO AVANTI

RICHIESTA DI RIMBORSO (5 di 6)

Beneficiario

ROSSI MARIO

Fattura

Numero fattura: 00011-2017

Tipologia

Accertamenti diagnostici e visite

Modalità

Ticket

Tipo esame

Visite

Patologia

Patologia: MIOPIA

Prestazione

Prestazione: VISITA OCULISTICA (COMPRESO FONDUS OCULI)

Documentazione

Carica il ticket (sono accettati formati jpg, jpeg e pdf)

SELEZIONA FILE

Nessun file selezionato

Carica la prescrizione medica (sono accettati formati jpg, jpeg e pdf) (OPZIONALE)

SELEZIONA FILE

INDIETRO

AVANTI

A questo punto Arena chiede al signor Rossi di caricare il file del ticket che ha pagato.

Beneficiario

ROSSI MARIO

Fattura

Numero fattura: 00011-2017

Tipologia

Accertamenti diagnostici e visite

Modalità

Ticket

Tipo esame

Visite

Patologia

Patologia: MIOPIA

Prestazione

Prestazione: VISITA OCULISTICA

Carica il ticket (sono accettati formati jpg, jpeg e pdf)

SELEZIONA FILE

fattura_visita_oculistica.pdf ✕

Carica la prescrizione medica (sono accettati formati jpg, jpeg e pdf) (OPZIONALE)

SELEZIONA FILE

INDIETRO

AVANTI

Beneficiario

ROSSI MARIO

Fattura

Numero fattura: 00011-2017

Tipologia

Aggiungere una nuova prestazione?

SÌ **NO**

INDIETRO

Il signor Rossi potrebbe avere anche un'altra prestazione da inserire per cui Arena glielo chiede.

RICHIESTA DI RIMBORSO (6 di 6)

Benefenziario

ROSSI MARIO

Fattura

Numero fattura: 00011-2017

VISITA OCULISTICA (COMPRESO FON
DUS OCULI)

IBAN

Inserisci qui l'IBAN relativo al conto corrente dove verrà predisposto l'eventuale bonifico. Indica anche l'intestatario del conto

☒ iban predefinito
 ☐ pagamento su altro conto

ITXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX MARIO ROSSI

Accertarsi che sia presente il proprio codice IBAN nell'area riservata/dati anagrafici.

Il signor Rossi controlla sul riepilogo di aver scritto tutto correttamente ed infine CONFERMA.

Vedrò la pratica nella pagina principale e potrò tenerla monitorata.

Benefenziario

ROSSI MARIO

Fattura

Numero fattura: 00011-2017

VISITA OCULISTICA (COMPRESO FON
DUS OCULI)

IBAN

IT93002000002234000022035506
MARIO ROSSI

Conferma

Benefenziario: ROSSI MARIO (RSSXXX80A01H501U) - 16-luglio-1970

Fattura: Data fattura: 17-maggio-2017 Numero fattura: 00011-2017 Struttura: OSPEDALE CIVILE PIVA struttura: 00000000000

VISITA OCULISTICA (COMPRESO FONDUS OCULI)

Tipologia: Accertamenti diagnostici e visite
 Modalità: Ticket
 Tipo esame: Visite
 Patologia: MIOPIA Codice patologia:
 Prestazione: VISITA OCULISTICA (COMPRESO FONDUS OCULI) Importo: 100.00 €
 Quantità: 1 Importo bollo:
 ticket fattura_visita_oculistica.pdf
 documento di prescrizione

Documentazione:

IBAN: ITXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX - Intestatario IBAN: MARIO ROSSI

Informativa ai sensi dell'art. 13 Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n°106
 In conformità all'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n°196 (di seguito denominato Codice), la sottoscritta Società in qualità di titolare, La informa sull'uso dei Suoi dati personali e sui Suoi diritti (art. 7 del Codice).
 a) Trattamento dei dati personali per finalità assicurative
 Nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, La informiamo che la nostra Società intende acquisire o già detiene dati personali che La riguardano, eventualmente anche sensibili (1), al fine di fornire i servizi assicurativi da Lei richiesti o in Suo favore previsti. Senza i Suoi dati alcuni dei quali ci debbono essere forniti da Lei o da terzi per obbligo di legge (2), non potremo fornirle, in tutto o in parte, i nostri servizi e/o prodotti assicurativi.
 b) Trattamento dei dati personali per finalità promozionali e/o ricerche di mercato

☒ Esprimo il consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili per finalità assicurative in base all'informativa (*)
☒ Acconsento al trattamento dei dati personali al fine di essere informato sulle coperture integrative del mio piano sanitario



AREA ISCRITTO



Ciao,
Mario Rossi



LE MIE PRATICHE 7

VEDI TUTTE LE PRATICHE

RICHIESTA DI RIMBORSO

PRESTAZIONI : VISITA OCULISTICA

[Altre prestazioni...](#)

IMPORTO : 89,00 €

LIQUIDATO : 52,50 €

BENEFICIARIO : Mario Rossi DATA : giovedì 26 maggio 2016

CODICE : DW72-2016-00349514

STATO : conclusa

DETTAGLIO

RICHIESTA DI RIMBORSO

PRESTAZIONE : VISITA OCULISTICA

IMPORTO : 94,00 €

LIQUIDATO : 0,00 €

BENEFICIARIO : Mario Rossi DATA : mercoledì 20 aprile 2016

CODICE : DW72-2016-00332528

STATO : respinta

DETTAGLIO



RICHIESTA DI RIMBORSO

Richiedi un rimborso per una prestazione ricevuta

RICHIEDI



RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE IN FORMA DIRETTA

Richiedi l'emissione di un'autorizzazione per eseguire le prestazioni presso una struttura convenzionata

RICHIEDI

È possibile richiedere un'autorizzazione in forma diretta tramite il box blu nella pagina principale

Clicca se ha già la prenotazione o meno



RICHIESTA DI PRESTAZIONE



Ciao,
Mario Rossi



Presenza appuntamento

Hai già preso appuntamento?

SI

NO

Inserisci i dati
dell'appuntamento

Presenza appuntamento
Sì

Dati appuntamento

Inserisci la data dell'appuntamento (*)

Ora dell'appuntamento (*)

INDIETRO

AVANTI

Seleziona il
beneficiario della
prestazione

Presenza appuntamento
Sì

Dati appuntamento
31-maggio-2017 10:00

Beneficiario

Seleziona il beneficiario
☐ MARIO ROSSI - RSSXXX80A01H501U (16/07/1970)
☒ LUIGI ROSSI - RSSXXX90L16I480K (13/05/1990)

INDIETRO

AVANTI

Presenza appuntamento
Sì

Dati appuntamento
31-maggio-2017 10:00

Beneficiario
ROSSI MARIO

Struttura

Trova la struttura presso la quale hai prenotato la prestazione in convenzione

TROVA STRUTTURA

Seleziona la struttura

POLICLINICO VATELAPESCA
VIA ROMA 1 (VE)

Interventi Laboratorio Diagnostica Ecografia Doppler RX ECG
Mammograf TAC Endoscopia Visita Fisioterapia

INDIETRO

Trova la struttura

Presenza appuntamento
Sì

Dati appuntamento
31-maggio-2017 10:00

Beneficiario
ROSSI MARIO

Struttura
POLICLINICO VATTELA PESCA

Tipologia

Seleziona la tipologia di prestazione che hai prenotato

Ricovero/
intervento e
prestazioni
collegate

Accertamenti
diagnostici e
visite

Odontoiatria

Fisioterapia

Lenti

Altre
prestazioni
sanitarie

INDIETRO

Seleziona la tipologia di prestazione

Seleziona la tipologia di prestazione

Presenza appuntamento
Sì

Dati appuntamento
31-maggio-2017 10:00

Beneficiario
ROSSI MARIO

Struttura
POLICLINICO VATTELA PESCA

Tipologia
Accertamenti diagnostici e visite

Tipo esame

Seleziona la tipologia di prestazione prevista dal tuo piano sanitario

Visite

Accertamento diagnostico

Esami di laboratorio

INDIETRO

Presenza appuntamento
Sì

Dati appuntamento
31-maggio-2017 10:00

Beneficiario
ROSSI MARIO

Struttura
POLICLINICO VATTELA PESCA

Tipologia
Accertamenti diagnostici e visite

Trova un medico tra quelli presenti nella struttura scelta (OPZIONALE)

SPECIALIZZAZIONE...

Cognome medico

Nome medico

TROVA MEDICO

INDIETRO

AVANTI

Inserisci il nome del medico, in caso ne sia in possesso

Presenza appuntamento
Sì

Dati appuntamento
31-maggio-2017 10:00

Beneficiario
ROSSI MARIO

Struttura
POLICLINICO VATTELAPESCA

Tipologia
Accertamenti diagnostici e visite

Tipo esame
Accertamento diagnostico

Medico

Seleziona la tipologia di prestazione

ECOGRAFIA
 RMN
 TAC
 RX
 MAMMOGRAFIA
 MOC
 SCINTIGRAFIA
 DOPPLER

ECG
 ENDOSCOPIA
 ALTRO

INDIETRO

Seleziona la
tipologia di
prestazione

Trova la prestazione

Presenza appuntamento
Sì

Dati appuntamento
31-maggio-2017 10:00

Beneficiario
ROSSI MARIO

Struttura
POLICLINICO VATTELAPESCA

Tipologia

Trova la prestazione che devi effettuare tra le prestazioni disponibili

RX GINOCCHIO

RX GINOCCHIO

RX POLSO

RX GOMITO

TROVA PRESTAZIONE

INDIETRO

Presenza appuntamento
Sì

Dati appuntamento
31-maggio-2017 10:00

Beneficiario
ROSSI MARIO

Struttura
POLICLINICO VATTELAPESCA

Tipologia
Accertamenti diagnostici e visite

Tipo esame
Accertamento diagnostico

Medico

Tipologia prestazione

Trova la prestazione che devi effettuare tra le prestazioni disponibili

RX GINOCCHIO

TROVA PRESTAZIONE

Seleziona la prestazione:

RX GINOCCHIO

RX POLSO

RX GOMITO

INDIETRO

Seleziona la
prestazione emersa
dalla ricerca

Presenza appuntamento
SI

Dati appuntamento
31-maggio-2017 10:00

Beneficiario
ROSSI MARIO

Struttura

Aggiungere una nuova prestazione?

SI NO

INDIETRO

Aggiungere una
nuova prestazione

Inserisci i
dati della
prescrizione
medica

Presenza appuntamento
SI

Dati appuntamento
31-maggio-2017 10:00

Beneficiario
ROSSI MARIO

Struttura
POLICLINICO VATELAPESCA

Tipologia
Accertamenti diagnostici e visite

Tipo esame
Accertamento diagnostico

RX GINOCCHIO

Prescrizione

Inserisci la patologia (*)
MENISCOPATIA

Inserisci la prestazione prescritta (*)
RX GINOCCHIO

Data prescrizione (*)
17/05/2017

Tipo ricetta
RICETTA ROSSA RICETTA BIANCA

Medico prescrizione (*)
LUIGI BIANCHI

Numero prescrizione (*)
001122

INDIETRO

AVANTI

Presenza appuntamento
Sì
Dati appuntamento
31-maggio-2017 10.00
Beneficiario
ROSSI MARIO
Struttura
POLICLINICO VATELAPESCA
Tipologia
Accertamenti diagnostici e visite
Tipo esame

Carica il documento di prescrizione (sono accettati formati jpg, jpeg e pdf)

SELEZIONA FILE

impegnativa_rx_ginocchio.pdf X

L'inserimento della documentazione è necessario per le richieste di prestazioni quali analisi di laboratorio, fisioterapia, psicoterapia, ricovero, intervento ambulatoriale.

INDIETRO

AVANTI

Inserire
eventualmente la
documentazione
medica

Scelta di
avviso
appuntamento

Presenza appuntamento
Sì
Dati appuntamento
31-maggio-2017 10.00
Beneficiario
ROSSI MARIO
Struttura
POLICLINICO VATELAPESCA
Tipologia
Accertamenti diagnostici e visite
Tipo esame
Accertamento diagnostico:
RX GINOCCHIO
Prescrizione
MENISCOPATIA
Documentazione

Come vuoi essere avvisato dell'appuntamento?

EMAIL SMS

Inserisci l'email (*)
MAIL@INDIRIZZO_EMAIL.IT
Eventuali note

INDIETRO

AVANTI

Conferma i dati inseriti e creazione numero pratica

Presenza appuntamento	Presenza appuntamento	Si
Dati appuntamento	Dati appuntamento	31-maggio-2017 10:00
Beneficiario	Beneficiario	ROSSI MARIO (RSSXXX80A01H501U) - 16-luglio-1970
Struttura	Struttura	POLICLINICO VATTELAPESCA VIA ROMA 1 ROMA (VE)
Tipologia	Tipologia	Accertamenti diagnostici e visite
Tipo esame	Tipo esame	Accertamento diagnostico
Accertamento diagnostico	RX GINOCCHIO	
Prescrizione	Medico	-
Documentazione	Tipologia prestazione	RX
Notifica	Prestazione	RX GINOCCHIO
Conferma	Prescrizione	Patologia: MENISCOPATIA Prestazione prescritta: RX GINOCCHIO Data prescrizione: 31-maggio-2017 Tipo ricetta: ROSSA Numero prescrizione: 001122 Medico prescrizione: LUIGI BIANCHI documento di prescrizione impegnativa_rx_ginocchio.pdf Email a: mail@indirizzo_email.it

Informative ai sensi dell'art. 13 Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196

In conformità all'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196 (di seguito denominato Codice), la sottoscritta Società in qualità di titolare, La informa sull'uso dei Suoi dati personali e sui Suoi diritti (art. 7 del Codice).

a) Trattamento dei dati personali per finalità assicurative

Nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, La informiamo che la nostra Società intende acquisire o già detiene dati personali che La riguardano, eventualmente anche sensibili (1), al fine di fornire i servizi assicurativi da Lei richiesti o in Suo favore previsti. Senza i Suoi dati alcuni dei quali ci debbono essere forniti da Lei o da terzi per obbligo di legge (2), non potremo fornirLe, in tutto o in parte, i nostri servizi e/o prodotti assicurativi.

b) Trattamento dei dati personali per finalità promozionali e/o ricerche di mercato

☒ Esprimo il consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili per finalità assicurative in base all'informativa (*)

☒ Acconsento al trattamento dei dati personali al fine di essere informato sulle coperture integrative del mio piano sanitario

Caricamento documenti allegati in corso
100 %

INDIETRO **CONFERMA I DATI**

La tua pratica è stata inserita con successo.

Il numero pratica assegnato è **XXX724226822017**

Riepilogo

Presenza appuntamento	Si
Dati appuntamento	31-maggio-2017 10:00
Beneficiario	ROSSI MARIO (RSSXXX80A01H501U) - 16-luglio-1970
Struttura	POLICLINICO VATTELAPESCA VIA ROMA 1 ROMA (RM)
Tipologia	Accertamenti diagnostici e visite
Tipo esame	Accertamento diagnostico
RX GINOCCHIO	
Medico	-
Tipologia prestazione	RX
Prestazione	RX GINOCCHIO
Prescrizione	Patologia: MENISCOPATIA Prestazione prescritta: RX GINOCCHIO Data prescrizione: 31-maggio-2017 Tipo ricetta: ROSSA Numero prescrizione: 001122 Medico prescrizione: LUIGI BIANCHI documento di prescrizione impegnativa_rx_ginocchio.pdf Email a: mail@indirizzo_email.it
Documentazione	
Notifica	

Puoi controllare lo stato di avanzamento nella

SEZIONE PRATICHE

ATTIVARE LA PROCEDURA DEI 30 KM (1 di 5)



AREA ISCRITTO



Ciao,
Mario Rossi



LE MIE PRATICHE 7

RICHIESTA DI RIMBORSO

PRESTAZIONI : VISITA OCULISTICA

[Altre prestazioni...](#)

IMPORTO : 89,00 €

LIQUIDATO : 52,50 €

BENEFICIARIO : Mario Rossi DATA : giovedì 26 maggio 2016

CODICE : DW72-2016-00349514

STATO : conclusa

DETTAGLIO

VEDI TUTTE LE PRATICHE

RICHIESTA DI RIMBORSO

PRESTAZIONE : VISITA OCULISTICA

IMPORTO : 94,00 €

LIQUIDATO : 0,00 €

BENEFICIARIO : Mario Rossi DATA : mercoledì 20 aprile 2016

CODICE : DW72-2016-00332528

STATO : respinta

DETTAGLIO



RICHIESTA DI RIMBORSO

Richiedi un rimborso per una prestazione ricevuta

RICHIEDI



RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE IN FORMA DIRETTA

Richiedi l'emissione di un'autorizzazione per eseguire le prestazioni presso una struttura convenzionata

RICHIEDI

È possibile richiedere un'autorizzazione in forma diretta tramite il box blu nella pagina principale

Clicca se ha già la prenotazione o meno



RICHIESTA DI PRESTAZIONE



Ciao,
Mario Rossi



Presenza appuntamento

Hai già preso appuntamento?



ATTIVARE LA PROCEDURA DEI 30 KM (2 di 5)

Presenza appuntamento

No

Proposta appuntamento

Indicare il periodo entro il quale si desidera effettuare la prestazione

Data indicativa dell'appuntamento (da) (*)

22/03/2018



Data indicativa dell'appuntamento (a) (*)

30/03/2018



Ora indicativa dell'appuntamento (*)

0800

Note (indicare eventuali preferenze di giornate o fasce orarie)

INDIETRO

AVANTI

Inserisci la
preferenza per
l'appuntamento

Scegli se desideri
estendere la ricerca
oppure scaricare la
dichiarazione per la
domanda di rimborso.
(prestazioni
odontoiatriche)

Prestazione

VISITA ORALE

Non è stata trovata nessuna struttura nel raggio di 30km dal tuo domicilio.

[Clicca qui](#) per la dichiarazione da allegare alla domanda di rimborso.

[Clicca qui](#) per estendere la ricerca.

INDIETRO

Seleziona la prestazione presso la struttura desiderata

Prestazione

VISITA ORALE

Seleziona la prestazione erogata dalla struttura



STRUTTURE (49)

PROGETTO DENTALE APOLLONIA SRL
VIALE TABOGA 305
33013 GEMONA DEL FRIULI (UD)

+ Prestazioni (3)

ATTIVARE LA PROCEDURA DEI 30 KM (4 di 5)

Modello del dichiarazione da allegare alla
domanda di rimborso.



RBM ASSICURAZIONE SALUTE S.p.A.
Sede Legale e Direzione Generale:
via Forlani, 24 - 31022 Borgo Verde, Preganziol (TV)
Tel.: +39 - 0422 062700 - Fax: +39 - 0422 1745025

Sede Secondaria:
via Victor Hugo, 4 - 20123 Milano (MI)
Tel.: +39 02 91431789 - Fax +39 02 91431702

dir@rbmassalute.it - info@rbmassalute.it - rbmassalutesp@pec.rbmassalute.it - www.rbmassalute.it

Preganziol, 13/03/2018

Dipendente: CODICE FISCALE - NOME E COGNOME

Assistito: CODICE FISCALE - NOME E COGNOME

Domicilio Assistito: VIA E NUMERO CIVICO
CAP - PROVINCIA -

Garanzia: Cure Dentarie

In assenza di un Centro Convenzionato situato entro una distanza dal domicilio dell'Assistito inferiore a 30 km, per lo svolgimento delle prestazioni sopra indicate, si autorizza l'Assicurato ad effettuare le prestazioni presso:

NOME STRUTTURA CONVENZIONATA
COMUNE DELLA STRUTTURA

Alle spese sostenute verranno applicate le condizioni previste per le prestazioni effettuate nei centri convenzionati.
Tale estensione dei livelli di copertura non è applicabile con riferimento ai Centri siti al di fuori dei confini nazionali.

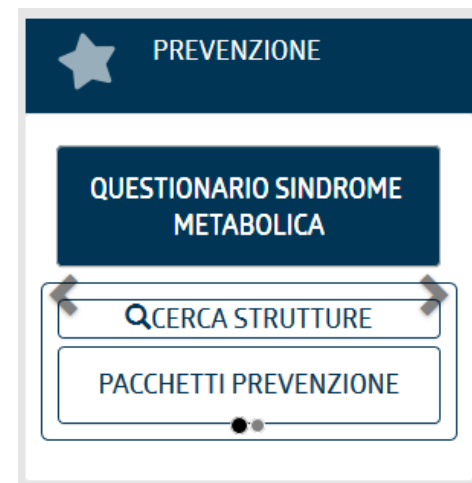

Amministratore Delegato e
Direttore Generale
RBM Assicurazione Salute Spa

La presente attestazione ha una validità di 30 giorni dalla data di emissione

RBM ASSICURAZIONE SALUTE S.p.A. - Socio Unico
Capitale Sociale € 100.000.000 i.v. - C.G.I.A.A. di TV C.F.R. NA 05796440903 - R.E.A. 360145
Impresa iscritta al numero 1.00161 dell'Albo delle imprese di assicurazione, autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con Provvedimento ISVP n. 2556 del 17/10/2007 (G.U. 02/11/2007 n. 255).



Nel caso di pacchetto prevenzione, l'iscritto, una volta indicate le preferenze, verrà invitato a contattare la Centrale Operativa. La Centrale Operativa provvederà a indicare le strutture dove poter effettuare il pacchetto prevenzione.



Gentile Assistito, il sistema non ha individuato un Centro autorizzato all'erogazione del pacchetto di prevenzione nel raggio di 30 Km dal Suo domicilio. Quanto premesso, potrà accedere, senza alcuna spesa a Suo carico, al Network di strutture convenzionate con Mètasalute, contattando la Centrale Operativa al NUMERO VERDE 800.189671

Prestazione

METASALUTE: PREVENZIONE DONNA (HPV)

Non è stata trovata nessuna struttura nel raggio di 30km dal tuo domicilio. Clicca [qui](#) per estendere la ricerca.

INDIETRO

CONSULTARE LE PROPRIE PRATICHE (1 di 3)

AREA ISCRITTO

LE MIE PRATICHE 7

VEDI TUTTE LE PRATICHE

RICHIESTA DI RIMBORSO

PRESTAZIONI: VISITA OCULISTICA [Altre prestazioni](#)

IMPORTO: 89,00 € LIQUIDATO: 52,50 €

BENEFICIARIO: Mario Rossi DATA: giovedì 26 maggio 2016

CODICE: DW72-2016-00340514 STATO: conclusa

DETTAGLIO

RICHIESTA DI RIMBORSO

Richiedi un rimborso per una prestazione ricevuta

RICHIEDI

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE IN FORMA DIRETTA

Richiedi l'emissione di un'autorizzazione per erogare le prestazioni presso una struttura convenzionata

RICHIEDI

Vedi tutte le pratiche

Le dirette sono
in ARANCIONE
Le indirette in
BLU

2016

26 mag 2016 PRESTAZIONE VISITA OCULISTICA	08 apr 2016 PRESTAZIONE VISITA OCULISTICA	14 mar 2016 PRESTAZIONE SCHEMI ACCERTAMENTO DIAGN
---	---	--

2015

18 mar 2015 PRESTAZIONE SCHEMI ACCERTAMENTO DIAGN	13 apr 2015 PRESTAZIONE SCHEMI ACCERTAMENTO DIAGN	02 apr 2015 PRESTAZIONE VISITE SPECIALISTICHE RIMBORSO ORIGINALE WHITE	02 mar 2015 PRESTAZIONE PACCHETTO PREVENZIONE UNICA - UOMO -- 51 -- 51 ANNI APPUNTAMENTO 24 mar 2015 -- ore 08:30
--	--	--	---

CONSULTARE LE PROPRIE PRATICHE (2 di 3)

2016

26

RICHIESTA DI RIMBORSO

PRESTAZIONI

VISITA OCULISTICA

IMPORTO

89,00 €

LIQUIDATO

52,50 €

BENEFICIARIO

ROSSI MARIO

BENEFICIARIO RIMBORSO

ROSSI MARIO

CODICE

DW72-2016-00349514

STATO

CONCLUSA

DETTAGLIO

20

RICHIESTA DI RIMBORSO

prestazione

VISITA OCULISTICA

IMPORTO

94,00 €

LIQUIDATO

0,00 €

BENEFICIARIO

ROSSI MARIO

BENEFICIARIO RIMBORSO

ROSSI MARIO

CODICE

DW72-2016-00332528

STATO

RESPINTA

MOTIVO RESPINGIMENTO

L'INTEGRAZIONE DOCUMENTALE RICHIESTA NON RISULTA PERVENUTA ALLA CASSA ENTRO IL PERIODO PREVISTO PER L'INOLTRO (ENTRO 60 GIORNI A DECORRERE DALLA DATA DI SOSPENSIONE DELLA PRATICA ESSENDO SCADUTO TALE PERIODO, IL SINISTRO VIENE RESPINTO).

DETTAGLIO

MODIFICA

14

RICHIESTA DI RIMBORSO

prestazione

TICKET ACCERTAMENTI DIAGN.

IMPORTO

55,50 €

LIQUIDATO

55,50 €

BENEFICIARIO

ROSSI MARIO

BENEFICIARIO RIMBORSO

ROSSI MARIO

CODICE

DW72-2016-00315478

STATO

CONCLUSA

Vedi tutte le
pratiche

LE MIE PRATICHE

RICHIESTA DI RIMBORSO

PRESTAZIONE

TICKET ACCERTAMENTI DIAGN.

DATA: 1

IMP. NON RIMBORSABILE: 0,00 €

IMP. BOLLATO: 55,50 €

IMP. UNITARIO: 55,50 €

IMP. LIQUIDABILE: 55,50 €

DATA PAGAMENTO: 18 MAG 2016

IMPORTO
55,50 €

LIQUIDATO
55,50 €

BENEFICIARIO
ROSSI MARIO

BENEFICIARIO RIMBORSO
ROSSI MARIO

CODICE
DW72-2016-00315478

STATO
Conclusa

[INTEGRA DOCUMENTAZIONE](#) [DOCUMENTAZIONE](#) [ANNULLA](#) [PROSPETTO DI LIQUIDAZIONE](#)

STATI PRATICA

In lavorazione	●
Autorizzata	●
In pagamento	●
Conclusa	●
Sospesa	●
Respinta	●
Conclusa con prestazioni respinte	●

Possono essere aperte cliccando su **DETTAGLIO** per vederle meglio ed effettuare varie operazioni su di esse (ad esempio allegare della documentazione se è il caso)

L'APP mètasalute



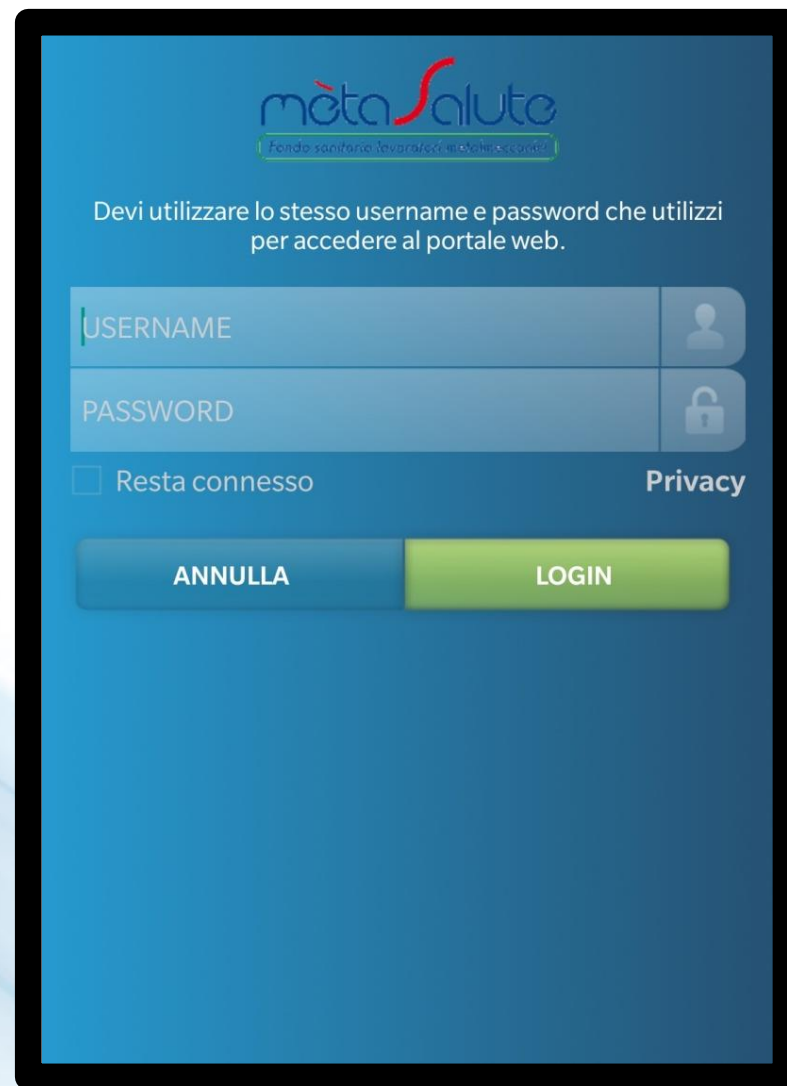
Il **menu principale** permette di accedere alle funzioni fornite dall'applicativo:

- Visualizzazione e modifica dati anagrafici e di contatto
- Notifiche relative alle proprie pratiche
- Contatti RBM Salute
- Ricerca strutture convenzionate
- Status e dettagli delle proprie pratiche
- Inserimento domanda di rimborso online
- Inserimento richiesta di autorizzazione a prestazione presso strutture convenzionate (Pic on line)

È possibile autenticarsi utilizzando le stesse credenziali già a disposizione per il portale WEB di mètasalute.

Attenzione: prima di accedere ricordati di:

- Aver scaricato l'APP corretta;
- Aver completato la registrazione sul sito di mètasalute;
- Essere sicuri di non aver modificato la password sul sito di mètasalute;
- Verificare che la password sul sito mètasalute non si sia scaduta.



The screenshot shows the login interface of the mèta salute app. At the top is the mèta salute logo with the text 'Fondo sanitario lavoratori metalmeccanici' below it. A message states: 'Devi utilizzare lo stesso username e password che utilizzi per accedere al portale web.' Below this are two input fields: 'USERNAME' with a person icon and 'PASSWORD' with a lock icon. There is a checkbox labeled 'Resta connesso' and a 'Privacy' link. At the bottom are two buttons: 'ANNULLA' (blue) and 'LOGIN' (green).

RICERCA STRUTTURE

PROVINCIA

COMUNE/LOCALITA'

NOME STRUTTURA

TIPO STRUTTURA

dentisti ottici diagnostica visite/fisio

NEL RAGGIO DI:

Km 10 Km 25 Km 50 Km 100 TUTTE

DALLA POSIZIONE:

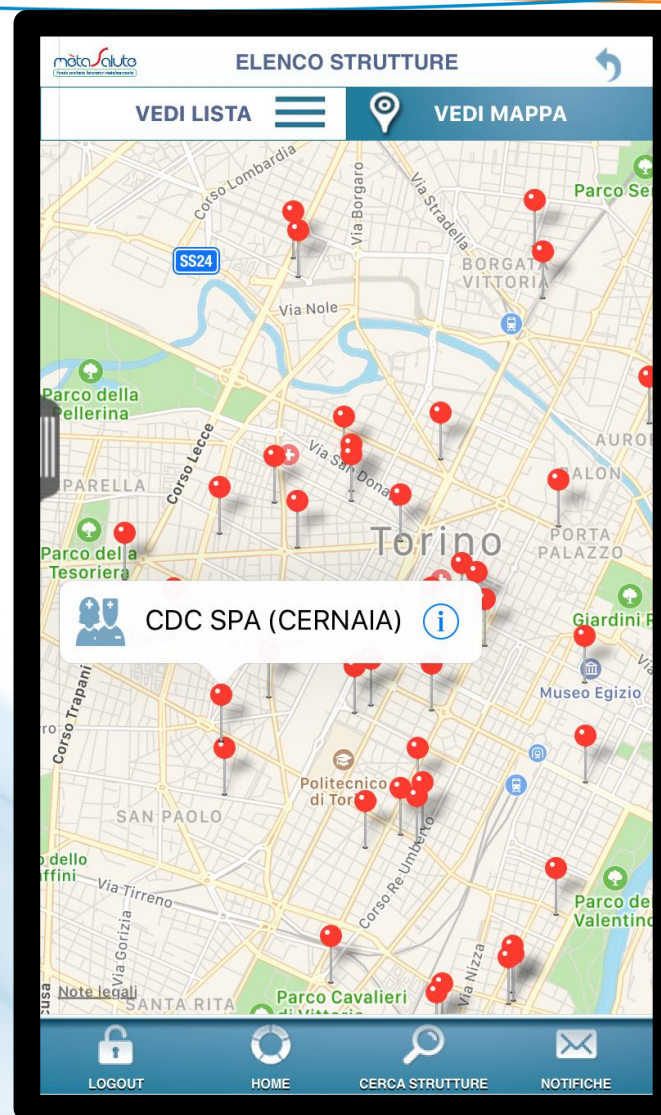
☒ Attuale ☐ Recapito

CERCA >

LOGOUT HOME CERCA MEDICI NOTIFICHE

La ricerca **strutture convenzionate** può operare in due modalità:

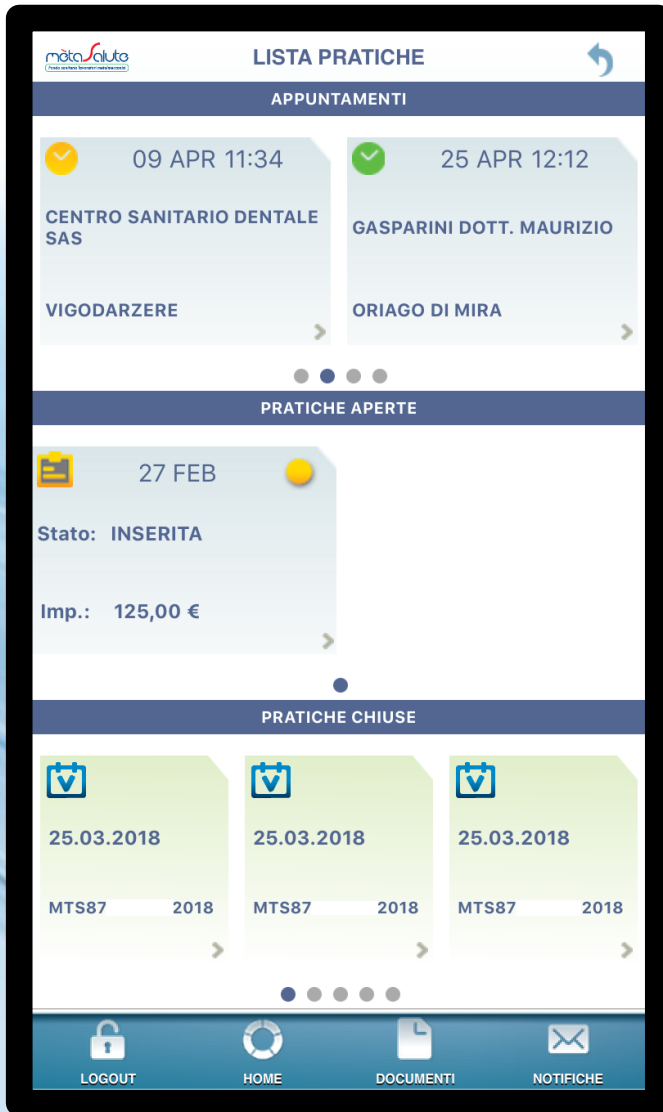
- con i classici criteri (provincia, CAP, nome struttura e comune)
- cercare strutture in un dato *range* kilometrico a partire dal proprio recapito o dalla posizione attuale





È possibile accedere alle informazioni disponibili per la struttura selezionata.

È possibile inoltre aggiungerla tra i contatti, avviare una chiamata direttamente dalla app o avviare il navigatore integrato.



La lista pratiche offre una visione omnicomprensiva della situazione delle proprie pratiche classificandole in tre categorie:

- Appuntamenti presso strutture convenzionate, approvati o meno
- Pratiche indirette aperte, inoltrate alla compagnia o sospese
- Pratiche concluse

LE MIE PRATICHE

DETTAGLIO DOMANDA DI RIMBORSO

DW29-13-162637

Richiesta: 31/07/13
Richiesto: € 150,00
Liquidato: -
Stato: **SOSPESA**

Motivazione
Manca documentazione patologia

DETTAGLIO PRESTAZIONI PER ROSSINI MARIO

VISITA ODONTOIATRICA
Richiesto: € 150,00
Liquidato:

LOGOUT HOME DOCUMENTI

LE MIE PRATICHE

APPUNTAMENTI DKV29341592013

DOMENICA 15 DICEMBRE - ORE 10:00

Struttura: **BIOS SPA**
Medico: **BIANCHI MASSIMO**
Data richiesta: martedì 14 maggio 2013
Beneficiario: **ROSSI MARIA**

Aggiungi ai contatti | Aggiungi un avviso | Aggiungi al calendario | Vedi sulla mappa

PRESTAZIONI PREVISTE

PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRICA

Note

HOME DOCUMENTI NOTIFICHE

LE MIE PRATICHE

DETTAGLIO DOMANDA DI RIMBORSO

DW29-13-162639

Richiesta: 31/07/13
Richiesto: € 100,00
Liquidato: -
Stato: **INSERITA**

Motivazione

DETTAGLIO PRESTAZIONI PER ROSSI MARIA

VISITA ALLERGOLOGIA
Richiesto: € 100,00
Liquidato:

LOGOUT HOME DOCUMENTI NOTIFICHE

LE MIE PRATICHE

DETTAGLIO DOMANDA DI RIMBORSO

DW29-13-160064

Richiesta: 17/06/13
Richiesto: € 88,19
Liquidato: € 48,19
Stato: **CONCLUSA**

DETTAGLIO PRESTAZIONI PER ROSSI MARIA

CIMED - 11/06/13
MAMMOGRAFIA+VISITA SENOLOGICA
Richiesto: € 88,19
Liquidato: € 48,19

LOGOUT HOME DOCUMENTI NOTIFICHE

LE MIE PRATICHE

APPUNTAMENTI

GIOVEDÌ 25 OTTOBRE - ORE 08:00

Struttura: **VIGNA CLARA SRL**
Medico: -
Data richiesta: venerdì 19 ottobre 2012
Beneficiario: **ROSSI MARIA**

Aggiungi ai contatti | Documenti pratica | Feedback | Vedi sulla mappa

PRESTAZIONI PREVISTE

Quota a carico dell'assistito: 35 euro pari al 10% con min 35 euro

LOGOUT HOME DOCUMENTI NOTIFICHE


TIPOLOGIA PRESTAZIONE


Che tipo di prestazione devi fare



VISITA
 Esempio: Visita Oculistica, Ginecologica, Cardiologica, etc. Non utilizzare la funzione per visite legate a pre/post ricoveri e/o per Grandi Eventi Patologici e/o per prestazioni odontoiatriche.


DIAGNOSTICA
 Esempio: Risonanze magnetiche, TAC, ecografie, radiografie, esami endoscopici, mammografie, ecc. Non utilizzare la funzione per esami del sangue.


PRESTAZIONE ODONTOIATRICA
 Ablazione del tartaro, visita orale, visita orale e ablazione tartaro, ortopantomografia (OPT), TAC arcate dentarie (DENTALSCAN)


Ricovero
 Prenotazione Ricoveri e interventi ambulatoriali


PACCHETTO PREVENZIONE
 Pacchetti prevenzione Uomo Over 50, Cardiovascolare e posturale


DATI IMPEGNATIVA

PRESCRIZIONE


Numero prescrizione


Data



Medico

DIAGNOSI

IMPEGNATIVA


ACQUISISCI



meta salute
Fondo sanitario lavoratori metalmeccanici

SELEZIONA LA DATA E L'ORA

← **Aprile** **2018** →

LUN MAR MER GIO VEN SAB DOM

						01
02	03	04	05	06	07	08
09	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30						

12 + - 00 + -

← →

meta salute
Fondo sanitario lavoratori metalmeccanici

DATI APPUNTAMENTO

STRUTTURA

CDC CENTRO POLISPECIALISTICO PRIVATO SRL (CERNAIA)

CERCA STRUTTURA 🔍

MEDICO

SAPELLI SERGIO

CERCA MEDICO 🔍

← →




SELEZIONE PRESTAZIONE


ABC	VISITA CARDIOLOGICA	+
DEF	VISITA CARDIOLOGICA PEDIATRICA	+
GHI	VISITA CHIRURGIA VASCOLARE	+
MNO	VISITA DERMATOLOGICA	+
PQR	VISITA OCULISTICA	+
STU		
VWX	VISITA ORL	+
YZ		

Se la prestazione non è presente nell'elenco inserirla manualmente

PROCEDI MANUALMENTE



RIEPILOGO RICHIESTA



Verificare tutti i dati prima di effettuare l'invio della pratica

CDC CENTRO POLISPECIALISTICO PRIVATO SRL (CERNAIA 20 TORINO)

Medico SAPELLI SERGIO
Specializzazione ENDOCRINOLOGIA E MALATTIE DEL RIMBIO

PRESCRIZIONE

N° prescrizione 145376
Data 13-03-2018
Medico Rossi
Diagnosi miopia

PRESTAZIONE

VISITA OCULISTICA

MESSAGGIO DI CONFERMA

SMS **MAIL**

INVIA RICHIESTA

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE (successive alla prima, con app.to fissato)

meta salute Aggiunta danni

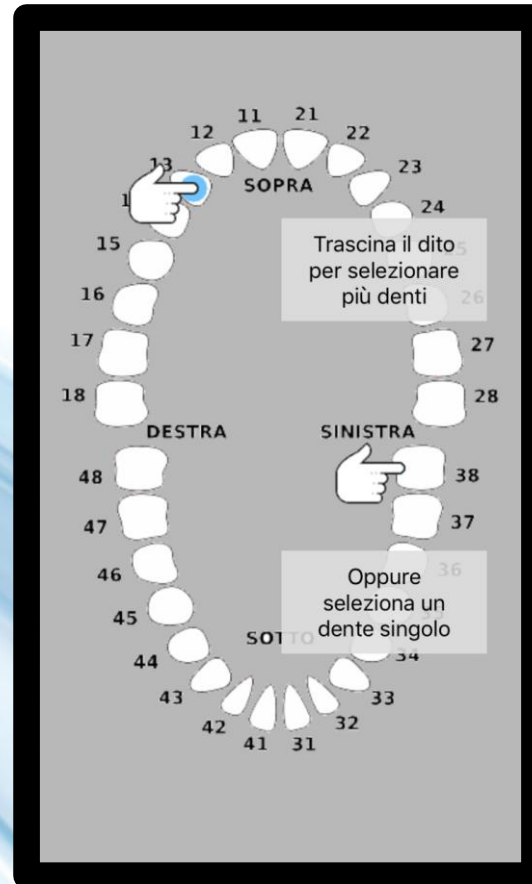
RICERCA PRESTAZIONE

Digita una prestazione...

Danni aggiunti

Nessun danno aggiunto, seleziona una prestazione per aggiungere il primo

Prosegui



meta salute PATOLOGIA, PRESCRIZIONE e DOCUMENTI

Patologia

Bruxismo

Prescrizione

Bite notturno

Documenti da allegare

Prescrizione clinica

ALTRA_DOCUMENTAZIONE

Prosegui

Con la Card RBM Assicurazione Salute ciascun assicurato mètasalute avrà diritto, presso le strutture del network, all'applicazione delle tariffe ridotte riservate agli assicurati RBM Assicurazione Salute anche per prestazioni che non siano ricomprese nel Piano Sanitario mètasalute.


La CARD è disponibile all'interno dell'area riservata di mètasalute sotto la sezione "Assicurazione".



Il portale HCAdvisor, consente di:

- lasciare il proprio feedback, a seguito di una visita medica in forma diretta, della struttura/medico;
- promuovere lo sviluppo di una web community in cui utenti, medici e strutture sanitarie sono in contatto all'interno di una piattaforma condivisa in cui si raccolgono feedback relativi ai servizi offerti dalla rete di strutture e medici convenzionati Previmedical;


Per accedere al Portale è necessario accedere all'area riservata www.fondometasalute.it e cliccare sul tasto "Assicurazione".




CIAO ANDREA, BENTORNATO!

[Home](#) [Scrivi recensione](#) [Vedi recensioni](#) [Profilo](#)


Cosa potresti fare oggi




SCRIVI UNA RECENSIONE
Recentemente hai avuto modo di visitare 1 struttura. Lascia un giudizio!



VEDI LE TUE RECENSIONI
Cerca nello storico delle tue recensioni




MODIFICA PROFILO
Tieni aggiornato il tuo profilo, verifica i dati inseriti



CERCA:

Inserisci struttura:

Provincia:

[+ Ricerca Avanzata](#) 

GRAZIE PER L'ATTENZIONE



powered by
RBM Assicurazione Salute S.p.A.