Polizza Sanitaria
Iscritti SINDIP 2026

Aon | Health & Benefits Department

Confederazione CONQUADRI - Dipartimento Welfare

Empower Results®

SINDIP Professional

parte della Confederazione CONQUADRI

Indice

Sommario

Indice 2
Introduzione 4
Rimborso Spese Mediche 5
Oggetto della copertura 5
Assicurati 5
Scheda riepilogativa - Piano forma Completa 6
Esclusioni 9
Cosa fare in caso di sinistro 9
Ricovero ospedaliero/Day hospital 10
Intervento ambulatoriale 10
Visite mediche specialistiche / Esami ed Accertamenti diagnostici / Cure fisioterapiche 10
Cure Fisioterapiche 10
Spese farmaceutiche 10
Cure dentarie 10
Lenti 10
Ticket 11
Medicina Preventiva 11
Come richiedere i rimborsi 11
Termini di prescrizione 11
ONE CARE 12
Registrazione 12
Homepage 13
Profilo Assistito 13
La mia anagrafica 13
Il mio piano sanitario 14
Richiesta di rimborso 15
Pagina introduttiva 15
Inserimento prestazione 16
Caricamento documenti 17
Prescrizione medica - Altri documenti 18
Inserimento ulteriore prestazione 18
Riepilogo e invio richiesta 19
Strutture convenzionate 20
Richiesta di prestazione 22
Inserimento richiesta di prestazione con prenotazione esistente 24

Inserimento richiesta di attivazione diretta senza prenotazione effettuata presso la struttura 25
Selezione criterio di ricerca 26
Prenotazione presso una struttura Prenotabile online 29
Le mie richieste 30
Richieste in bozza 31
Le mie richieste 31
Contatti 33

Introduzione

Questo documento è redatto con l'intento di fornire agli iscritti del SINDIP aderente alla Confederazione CONQUADRI uno strumento di consultazione relativo al programma Rimborso Spese Mediche.

Tale documento rappresenta una guida alla conoscenza e all'utilizzo della copertura e del sito web dedicato alla polizza sanitaria.

Il presente documento ha puramente scopo informativo e non sostituisce in nessun caso il contratto, o le condizioni di polizza, le esclusioni o i termini delle polizze in corso.

Rimborso Spese Mediche

Oggetto della copertura

Spese sanitarie sostenute a seguito di INFORTUNIO e MALATTIA:

- Infortunio: evento causato da una forza esterna, violenta e fortuita che comporti lesioni corporali constatabili
- Malattia: alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio certa o sospetta.

Assicurati

La copertura è estesa al nucleo familiare inteso come:

- Dipendente
- Coniuge, convivente more uxorio, figli, tutti conviventi e risultanti da stato di famiglia. Si intendono inoltre compresi i figli non conviventi e fino al 30esimo anno di età purché fiscalmente a carico

Limiti territoriali

L'assicurazione vale per il mondo intero, 24 h su 24 h

Limiti di età

L'assicurazione è valida fino al compimento del 80° anno di età.

Modalità Assuntive

Non viene richiesta la compilazione di nessun questionario medico

Scheda riepilogativa - Piano forma Completa

GARANZIE	MASSIMALI ANNUO/NUCLEO
Interventi chirurgici ad alta specializzazione	**€ 400.000** Scoperto: *in rete:* rimborso al 100% *fuori rete:* 15% e minimo € 500 *Ticket*: rimborso al 100%
Intervento chirurgico, parto cesareo, aborto terapeutico, effettuato in regime di ricovero in istituto di cura, Day Hospital o ambulatorio: • onorari dell'équipe chirurgica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali di intervento, comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento; • assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici, riguardanti il periodo di ricovero o sostenuti durante il Day Hospital o in ambulatorio per l'intervento chirurgico; • rette di degenza ***fino al limite giornaliero di € 250****;* • esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, effettuati nei **90 giorni** precedenti l'intervento chirurgico o il ricovero in istituto di cura, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni; • esami e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei **120 giorni** successivi alla data dell'intervento o della dimissione dal ricovero, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni; • prelievo di organi o parte di essi; ricovero relativo al donatore e gli accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico di espianto, cure, medicinali e rette di degenza; • vitto e pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assicurato con il **limite giornaliero di € 60** e per una durata non superiore al ricovero, con un **massimo di giorni 30 per annualità assicurativa;** • trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di cura e viceversa, ***col massimo di € 1.100 per intervento o ricovero****;* • trasporto dell'Assicurato e di un eventuale accompagnatore all'estero e successivo ritorno, in treno o in aereo di linea (esclusa auto privata), ***col massimo di € 2.000 per intervento o ricovero****.* **Ricovero, Day Hospital senza intervento chirurgico o prestazioni in regime ambulatoriale** • assistenza medica ed infermieristica, cure trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero o sostenuti durante il Day Hospital; • esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, effettuati nei **90 giorni** precedenti il ricovero in istituto di cura, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni; • rette di degenza ***fino al limite giornaliero di € 250;*** • esami e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei **120 giorni** successivi alla dimissione dal ricovero purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni; • trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di cura e viceversa, ***col massimo di € 1.100 per ricovero****;* •	**€ 200.000** Scoperto: *in rete:* Rimborso al 100% intervento ambulatoriale rimborso al 100% *fuori rete:* 15% con franchigia min € 500 intervento ambulatoriale 15% min €100 *Ticket*: rimborso al 100% *Spese pre/post ricovero:* 10%
Parto naturale • onorari dell'équipe medica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali utilizzati; • l'assistenza medica, ostetrica ed infermieristica, le cure, i medicinali, gli esami e gli accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero, • rette di degenza ***fino al limite giornaliero di € 150;*** • trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di cura e viceversa, ***col massimo di € 1.100 per intervento o ricovero.***	**€ 3.000** No scoperti/franchigie
Parto cesareo • onorari dell'équipe medica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali utilizzati; • l'assistenza medica, ostetrica ed infermieristica, le cure, i medicinali, gli esami e gli accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero, • rette di degenza ***fino al limite giornaliero di € 250;*** • trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di cura e viceversa, ***col massimo di € 1.100 per intervento o ricovero****.*	**€ 10.000** Scoperti e franchigie come area ricovero

Interventi per la correzione del vizio di rifrazione Spese sostenute per interventi per la cura e/o l'eliminazione dei difetti della vista dovuti a vizi di rifrazione / miopia, purché motivati da deficit visivo superiore alle 4 diottrie.	**€ 1.200 per occhio**

Indennità sostitutiva Rimborso integrale per ogni pernottamento in istituto di cura, al 50 % nel caso di Day Hospital.	**€ 100** Fino al massimo di 150 giorni per annualità assicurativa
Extraricovero Amniocentesi (rimborsabile nei seguenti casi: - *età dell'assicurata oltre i 35 anni; - familiarità dell'assicurata con malformazioni genetiche; - anomalie cromosomiche rilevate con test di screening (ecografici, biochimici ed ultrascreen).* Angiografia, Arteriografia, Cistografia, Coronarografia, Doppler, Ecocardiografia, Elettromiografia, Endoscopia Esame urodinamico completo, Holter, Isterosalpingografia Mineralogia Ossea Computerizzata (MOC), Risonanza Magnetica Nucleare (RMN), Scintigrafia, Tomografia ad emissione di positroni (PET), Tomografia Assiale Computerizzata (TAC), Urografia di cui **Protesi ortopediche e apparecchi acustici**	**€ 5.000** <u>Scoperto</u>: *in rete:* 10% *fuori rete:* 25% *Ticket:* rimborso al 100% limitato a **€ 1.200**
Visite specialistiche (escluse pediatriche, odontoiatriche ed ortodontiche), esami diagnostici e di laboratorio **Trattamenti fisioterapici e riabilitativi (logopedia compresa)** I trattamenti devono essere prescritti da medico specialista e possono essere svolti o all'interno di un centro specializzato o eseguiti da persone iscritte al relativo Albo delle figure professionali riconosciute dagli elenchi delle Arti e Professioni sanitarie. **Medicinali**	**€ 1.500** <u>Scoperto:</u> *in rete*: 10% *fuori rete:* 25%; *Ticket:* rimborso al 100% <u>Scoperto:</u> *in rete:* € 0 *fuori rete:* 15%; *Ticket*: rimborso al 100% **Sottolimite € 100**
Cure oncologiche	**€ 6.000**
Cure dentarie da infortunio Documentato da certificazione della struttura di Pronto Soccorso o altra analoga struttura ospedaliera cui si sia fatto immediato ricorso	**€ 1.500** <u>Scoperto</u> 30% *Ticket:* rimborso al 100%
Lenti correttive (escluse montature) solo a seguito di modifica visus	**€ 100 per persona** <u>Scoperto</u> 30%
Pacchetto maternità • n. 4 ecografie (compresa la morfologica) • analisi clinico chimiche da protocollo • alternativamente: Amniocentesi, Villocentesi o test equivalente (Harmony test) • n. 4 visite di controllo ostetrico ginecologiche • n.1 ecocardiografia fetale • n.1 visita di controllo ginecologico post parto • 2 visite urologiche • un ciclo di prestazioni fisioterapiche riabilitative del pavimento pelvico post parto • 3 colloqui psicologici post parto	**€ 600** **No scoperti/franchigie**

Medicina preventiva generale Per gli assicurati di sesso maschile: visita cardiologica con ECG anche sotto sforzo (su indicazione medica), RX Torace, l'accertamento dell'antigene prostatico specifico, ecografia dell'addome; Per gli assicurati di sesso femminile: visita cardiologica con ECG anche sotto sforzo (su indicazione medica), RX Torace, visita ginecologica comprensiva dei relativi accertamenti (pap test, ecografia mammaria o mammografia ed ecografia transvaginale); Per tutti gli assicurati sono previsti i seguenti esami sangue: ALT, AST, gamma GT, glicemia, colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi, urea, creatina, emocromo, tempo di protrombina parziale (PTT), tempo di protrombina(PT), VES, esame delle urine, una ricerca di sangue occulto nelle feci (hemmocult), una visita dermatologica per controllo nei con esame della cute.	La garanzia vale fino a concorrenza del massimale di **€ 400** per annualità assicurativa. Per alcune delle prestazioni elencate i protocolli medici richiedono prescrizione medica. Il rimborso verrà effettuato senza applicazione di scoperti e/o franchigie.

Cure Dentarie	IN RETE	FUORI RETE
Visite	100%	0%
Igiene orale	100%	0%
Visita emergenza	100%	80%
Conservativa	90%	70%
Radiologia odontoiatrica	90%	70%
Chirurgia	90%	70%
Endodonzia	90%	70%
Paradontologia	Accesso al Tariffario Scontato	0%
Protesi	Accesso al Tariffario Scontato	0%
Ortognatodonzia	Accesso al Tariffario Scontato	0%
Implantologia	Accesso al Tariffario Scontato	0%
Massimale annuo nucleo	**€ 600**	

Esclusioni

La copertura non comprende le spese sostenute per:

- Infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
- Infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche e motonautiche, ed alle relative prove ed allenamenti;
- Gli infortuni determinati da ubriachezza o sofferti sotto influenza di allucinogeni, di stupefacenti e di psicofarmaci, nonché in conseguenza di proprie azioni delittuose;
- Le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione del contratto solo se di carattere estetico;
- Le cure e le visite specialistiche relative a malattie mentali e disturbi psichici in genere compresi i comportamenti nevrotici (è sempre compresa la prima visita);
- Le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici e ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
- Le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale;
- Gli interventi di chirurgia plastica a scopo estetico, salvo quelli a scopo ricostruttivo sia da infortunio cha a seguito di intervento oncologico. Relativamente all'applicazione di endoprotesi mammarie per ricostruzione a seguito di neoplasia maligna sono comprese solo quelle relative alla sede anatomica della lesione e sono esclusi gli interventi successivi alla prima applicazione;
- Le conseguenze derivanti da guerra, insurrezione, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;
- Degenza in case di riposo, in strutture di lungodegenza o residenze sanitarie assistenziali;
- Ricoveri per stati vegetativi;
- Cure non rientranti nei protocolli riconosciuti dall'OMS;
- Per i ricoveri day hospital durante i quali vengono effettuati solo accertamenti diagnostici o terapie fisiche che, per la loro natura, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- Le cure, gli accertamenti clinico-strumentali e le visite specialistiche correlate alla condizione di sieropositività HIV e AIDS
- le conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.

Cosa fare in caso di sinistro

Premesso che la copertura opera solo in caso di alterazione dello stato di salute accertato con diagnosi di patologia o presunta tale, per ogni evento (ciclo di cure relative al medesimo infortunio o malattia), dovrà essere sempre compilata una singola richiesta, contenente tutte le spese sostenute.

Nel caso in cui la garanzia non richiedesse certificazione medica con diagnosi è necessario che sia espressamente richieste dall'assicurato tramite autodichiarazione al momento dell'inserimento della richiesta.

Ricovero ospedaliero/Day hospital

In caso di ricovero/Day Hospital con o senza intervento chirurgico, dovrà essere sempre allegata una copia integrale della cartella clinica completa.

La cartella clinica non viene mai rilasciata dalla Struttura ospedaliera ma dovrà essere richiesta dal paziente al momento delle dimissioni presso l'amministrazione della Struttura.

Ad essa si aggiunge tutta la documentazione di spesa sostenuta durante il ricovero e nei periodi precedenti e successivi l'intervento, come previsto dalla polizza.

Intervento ambulatoriale

Necessaria una breve relazione medica nella quale si evinca la motivazione (diagnosi) che ha reso necessario l'intervento.

Visite mediche specialistiche / Esami ed Accertamenti diagnostici / Cure fisioterapiche

Occorre produrre la diagnosi (indicazione della patologia o presunta tale) e prescrizioni mediche secondo i casi e documentazione di spesa fiscalmente valida.

Cure Fisioterapiche

Necessaria la prescrizione di un medico specialista ortopedico/fisiatra e la prestazione deve essere effettuata dal fisioterapista iscritto all'albo o in un centro medico abilitato. **No osteopata e chiropratico**.

Spese farmaceutiche

Occorre produrre prescrizione medica indicante il nominativo del richiedente e la diagnosi e scontrino farmaceutico fiscale, corrispondente alla prescrizione e relativo costo. Attenzione i dispositivi medici e parafarmaci non sono farmaci quindi non sono rimborsabili

Cure dentarie

Relativamente alle spese dentarie, deve essere allegata la descrizione dei lavori eseguiti. Saranno considerate unico evento, qualora presentate in un'unica soluzione (fattura di acconto e saldo). Sono escluse le cure a scopo preventivo.

Lenti

Presentare prescrizione con indicazione della modifica del visus accertata dell'oculista o dell'optometrista. Le lenti/lenti a contatto sono rimborsabili solo in seguito alla variazione del visus nell'anno assicurativo in corso o prima prescrizione (l'assistito non ha mai avuto necessità di lenti correttive). È necessario indicare la suddivisione dei costi tra lenti e montatura sul documento di spesa. La montatura non è rimborsabile.

Si specifica che l'optometrista svolge l'attività di ottico ma il professionista "optometista" ha regolare qualifica dopo aver conseguito una laurea in optometria o un corso di specializzazione in optometria che ne convalida la relativa specializzazione.

Pertanto, è necessario presentare l'indicazione di modifica visus emessa dall'oculista o dall'ottico optometrista, il cui nominativo e relativa qualifica dovrà risultare dal timbro che viene apposto sul documento.

La dichiarazione di conformità non corrisponde alla certificazione indicante la lettura delle diottrie.

Non è sufficiente la sola misurazione delle diottrie, è necessario in questo caso presentare certificazione con specchietto delle diottrie attuale emesso da oculista o dell'optometrista e certificazione con specchietto delle diottrie precedente (non più vecchio di un anno) emesso da oculista o dell'optometrista che dimostri la variazione del visus.

Ticket

Fotocopia della prescrizione medica con diagnosi, corredata di documentazione di spesa fiscalmente valida (analisi, visite specialistiche, accertamenti diagnostici, ecc.).

Medicina Preventiva

Prestazione erogabile solo in forma rimborsuale (senza possibilità di presa in carico in forma diretta) – avanzare richiesta di rimborso inserendo fattura e autodichiarazione attestante la volontà di utilizzo del pacchetto "Medicina preventiva"

Come richiedere i rimborsi

La gestione dei rimborsi è eseguita direttamente da Aon tramite la struttura di Aon Hewitt Risk & Consulting

Per qualsiasi tipo d'informazione potrete rivolgervi a:

- **Customer Service: 02.87232379 Indirizzo di posta elettronica: info.onecare@aon.it**

Per la richiesta di rimborso è consigliabile utilizzare la procedura web illustrata nelle pagine successive.

Ricordiamo che per le fatture esenti IVA con importo superiore ad € 77,47, deve essere riportata la marca da bollo di € 2,00 che non è mai rimborsabile.

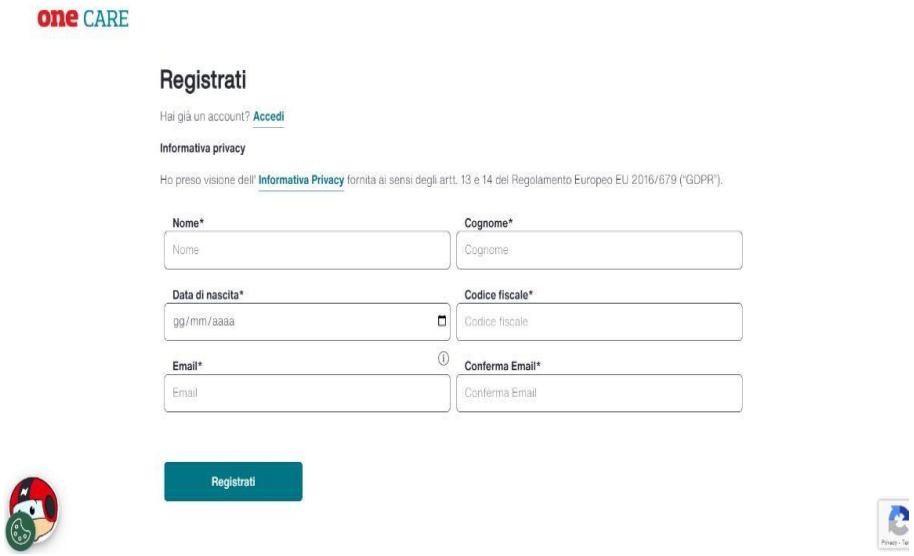
Termini di prescrizione

ATTENZIONE: il diritto dell'Assicurato nei confronti dei propri assicuratori si prescrive in 2 anni dalla data della fattura; il termine di prescrizione viene interrotto da ogni comunicazione attestante la volontà di richiedere l'indennizzo previsto a termini di Polizza.

ONE CARE

Registrazione

L'assistito attraverso il portale **ONEcare®,** https://www.onecare.aon.it/ verrà indirizzato direttamente alla pagina Registrazione/Login.



Se l'utente non è già registrato, potrà farlo attraverso la funzione "**REGISTRATI**", inserendo i propri dati anagrafici e inviando la richiesta di registrazione. È necessario inserire l'indirizzo e-mail comunicato alla richiesta di attivazione del servizio.

Successivamente l'assistito riceverà una comunicazione contenente il **Ticket Number** che dovrà essere inserito nella pagina di "**Attivazione account**" alla quale si accede direttamente dal link indicato nella e-mail. A questo punto riceverà due e-mail: nella prima la username e nella seconda la password.

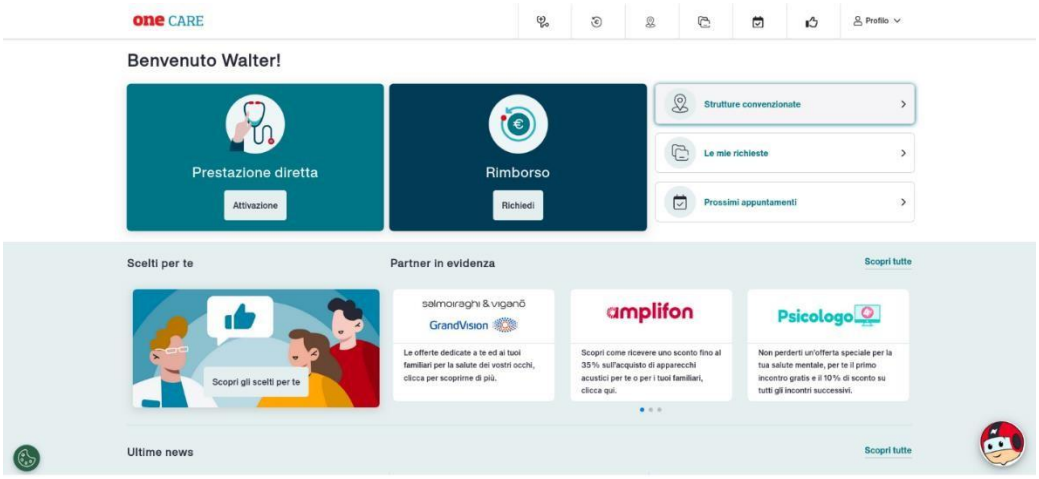
Dopo aver inserito le credenziali provvisorie verrà richiesto il cambio password.

Si comunica inoltre che a portale è disponibile una guida con le istruzioni per la registrazione.

Homepage

Dalla homepage sarà possibile:

- Richiedere una **prestazione medica diretta** scegliendo tra le **strutture convenzionate**
- Inserire una **richiesta di rimborso** per una prestazione medica
- Visualizzare la **mappa delle strutture convenzionate**
- Verificare lo **stato delle richieste** di convenzionamento diretto o rimborso
- Consultare l'**elenco delle prenotazioni** effettuate
- Consultare i suggerimenti su **servizi**, **strutture in primo piano** e **notizie**



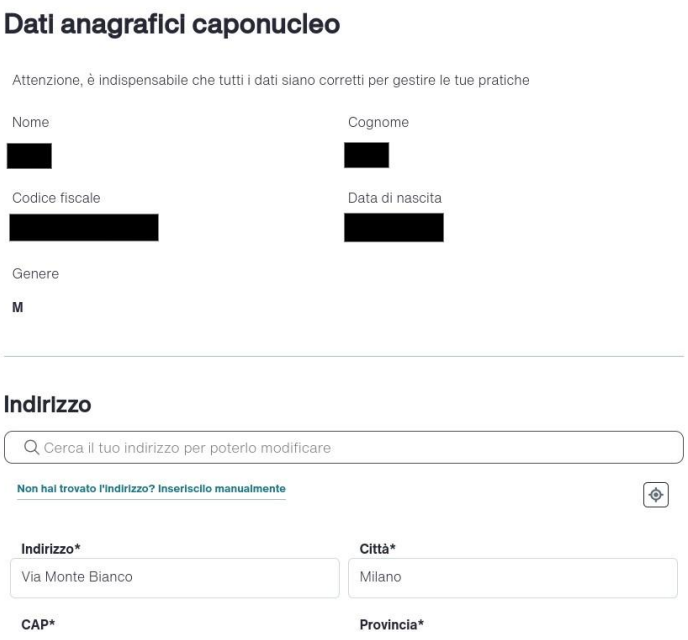
Profilo Assistito

Dalla homepage, in alto a destra, si può accedere al menu **Profilo** che contiene, tra gli altri, le seguenti sezioni:

- La mia anagrafica
- Il mio piano sanitario

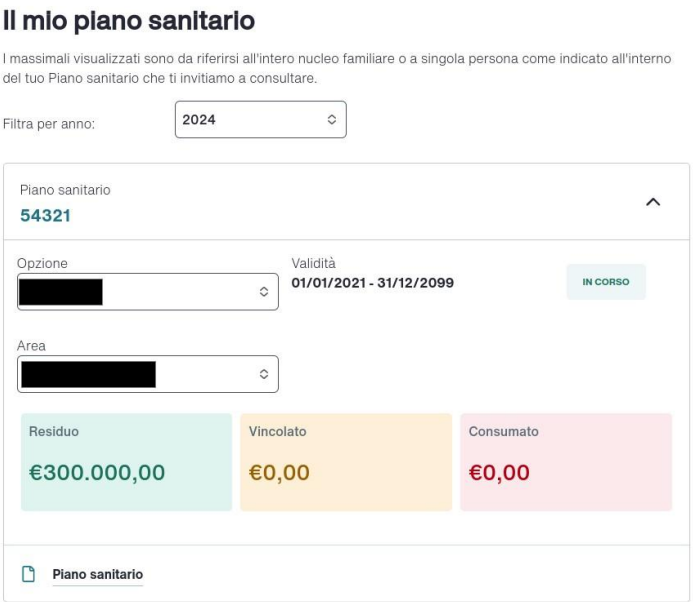
La mia anagrafica

Cliccando su "La mia anagrafica" è possibile controllare, inserire ed eventualmente modificare, in base alle impostazioni definite sul proprio account OneCare, i propri dati anagrafici: Nome, Cognome, Codice fiscale, data di nascita, genere, indirizzo, contatti e coordinate bancarie.



Il mio piano sanitario

Nella sezione “Il mio piano sanitario” viene visualizzato l’elenco dei piani sanitari attivi e quelli già scaduti che possono essere filtrati per anno.



Per ogni piano sanitario della propria copertura assicurativa è possibile consultare le relative opzioni e le corrispondenti aree, ognuna con i propri massimali. Per ogni area selezionata è possibile visualizzare i relativi valori del massimale:

- Residuo;
- Vincolato;
- Consumato.

Nella sezione, se presenti, sono consultabili e scaricabili anche i documenti relativi al proprio piano sanitario.

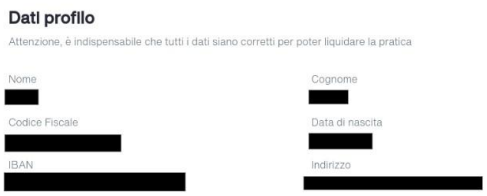
Richiesta di rimborso

Per richiedere il rimborso di una spesa medica cliccare sul box “**Richiedi rimborso**” o sulla corrispondente icona presente nella parte di testata del portale

Pagina introduttiva

Nella sezione *Richiedi un rimborso* è possibile inserire i rimborsi per sé e il proprio nucleo familiare, per farlo è necessario:

1. Essere in possesso della documentazione richiesta: documentazione di spesa/documentazione medica
2. Che tutti i dati anagrafici siano completi
3. Accettare le clausole relative alla privacy, se non già accettate
4. Selezionare l’assistito che ha eseguito la prestazione per cui si richiede il rimborso



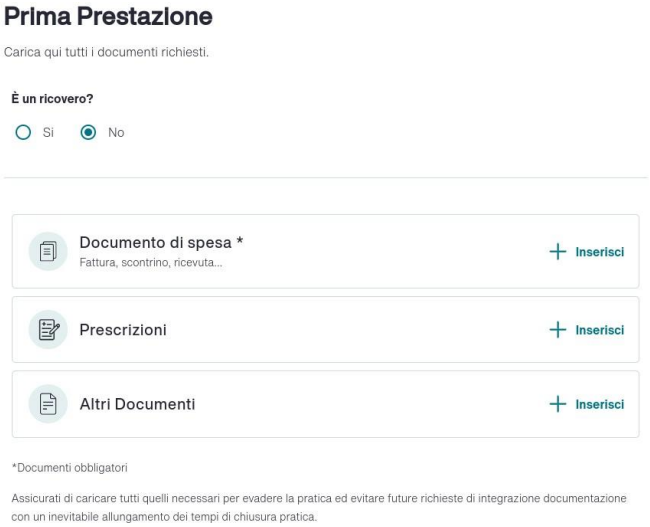
Inserimento prestazione

All'interno di una richiesta di rimborso si possono inserire più prestazioni per la stessa persona, per la stessa patologia, ognuna con i propri documenti di spesa.

Per ogni prestazione, il primo passo è sempre la scelta tra **Ricovero SI / NO**. Con questa scelta si indica se la prestazione per la quale si sta richiedendo il rimborso è un ricovero oppure una prestazione medica (ad esempio una visita).

In caso di **Ricovero NO** viene visualizzata la lista dei documenti da caricare, che sono:

- **Documento di spesa (obbligatorio)**
- Prescrizione medica (se richiesta dal piano sanitario)
- Altri documenti



In caso di **Ricovero SI** l'inserimento della **cartella clinica** è obbligatorio. Se si tratta di richiesta di *Diaria da ricovero* sarà obbligatorio l'inserimento della sola cartella clinica, se si tratta di *Ricovero a pagamento* sarà obbligatorio anche l'inserimento del documento di spesa.

Caricamento documenti

Cliccando su Inserisci sul "Documento di spesa" o "Cartella Clinica" si apre la pagina di caricamento del documento di spesa e relativi dati, sarà possibile inserire:

- un solo file di tipo PDF (anche di più pagine)
- oppure un solo file di tipo immagine TIFF (anche di più pagine)
- oppure più di un file di tipo immagine JPEG, PNG, BMP

Non è consentito caricare documenti con una dimensione superiore ai 15 MB.

Ente emittente

È richiesto di indicare la nazionalità dell'ente che ha emesso il documento, sia esso un medico/professionista o una clinica medica. La scelta è tra **Italiano/Estero**

Se si sceglie Estero in quanto la fattura è stata emessa da un ente o medico/professionista che opera al di fuori del territorio italiano, non sarà necessario inserire ulteriori informazioni.

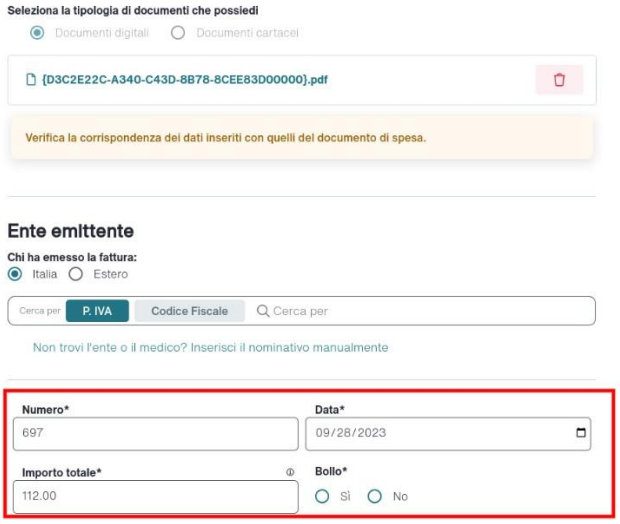
Se invece l'ente è italiano si dovrà procedere a indicarne il nominativo. Ciò si può fare tramite l'apposito campo di ricerca per Partita IVA per le strutture o Codice Fiscale per i professionisti.

Nel caso in cui l'ente o il medico/professionista non siano presenti a sistema, sarà possibile aggiungerli tramite la funzione "Non trovi l'ente o il medico? Inserisci il nominativo manualmente" compilando i campi obbligatori richiesti.

Dati del documento di spesa

È richiesta la compilazione dei seguenti dati:

- Numero del documento di spesa (es. numero della fattura, dello scontrino, della ricevuta, ecc.)
- Data del documento di spesa
- Importo del documento di spesa (comprensivo del bollo, se esso è previsto) - Presenza del bollo nel documento di spesa, con scelta SI / NO



Nel caso di documenti digitali, il sistema cercherà in modo intelligente di compilare automaticamente i dati sopra elencati (ad esclusione del bollo), leggendo le informazioni dal file che è stato caricato. È opportuno, tuttavia, in caso di compilazione automatica il controllo dei dati inseriti ed eventualmente la loro correzione e/o integrazione (se assenti). In caso di inserimento della cartella clinica, sarà necessario indicare data inizio e fine ricovero.

Prescrizione medica - Altri documenti

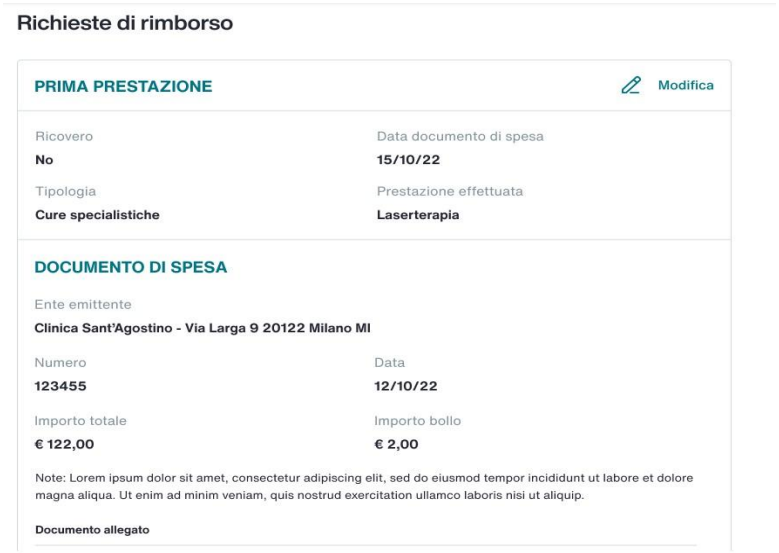
Nell'apposito box di upload viene richiesto di caricare l'eventuale prescrizione medica o ulteriore documentazione in proprio possesso. È possibile caricare anche più file, uno alla volta, nei diversi formati supportati (PDF, TIFF, JPG, BMP, JPEG), ognuno con una dimensione massima di 15MB.

Inserimento ulteriore prestazione

Dopo aver completato l'inserimento della prima prestazione, è possibile inserire altre prestazioni per lo stesso assistito per la medesima patologia, scegliendo SI alla domanda "Hai altri documenti di spesa da caricare per lo stesso assistito e per la stessa patologia?". A sinistra della pagina viene sempre mostrato un mini-riepilogo di cosa è già inserito, con la possibilità di modificarlo in ogni momento (cliccando su icona della matita).

Riepilogo e invio richiesta

La pagina finale di riepilogo visualizza tutte le scelte, i file caricati e i dati inseriti che sono stati compilati con successo fino a quel momento.



Se dopo un controllo dei dati si desidera modificare qualcosa, è possibile cliccare sul pulsante modifica di fianco alla sezione che contiene i dati da modificare e si verrà portati nella pagina specifica in cui si potrà attuare la modifica.

Se invece tutto risulta corretto, è possibile procedere all'invio della richiesta. Se la richiesta è stata inserita correttamente apparirà il messaggio di invio avvenuto con successo.

La tua richiesta è stata inviata con successo!

Riceverai una email di conferma del corretto inserimento della richiesta di rimborso.

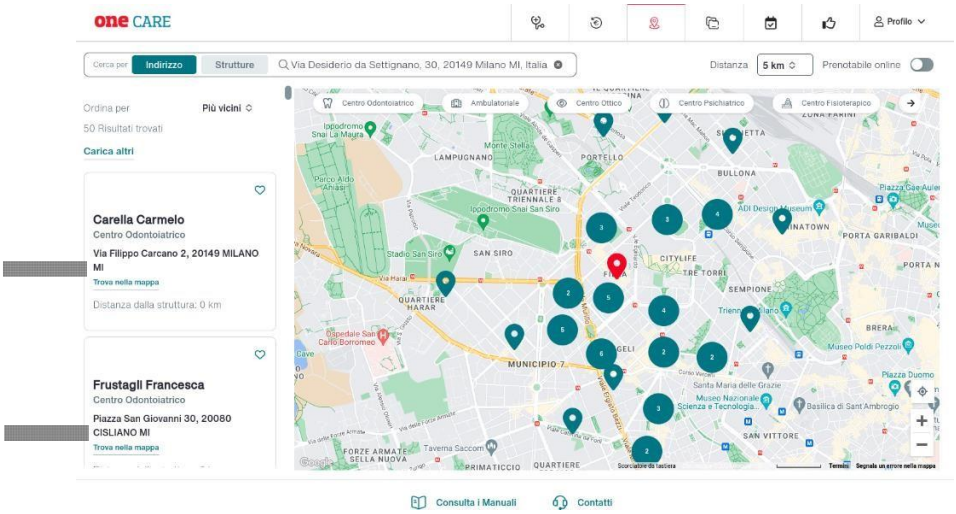
Nuova richiesta di rimborso

Strutture convenzionate

In homepage, è presente il link alla pagina delle "Strutture convenzionate", lo stesso link è anche disponibile nella parte di testata del portale.

Cliccando sul link o sull'icona sopra descritta, si visualizza la pagina con:

- una mappa che contiene i filtri per categoria (p.es. "Centro odontoiatrico", "Centro ottico" ecc.);
- una barra di ricerca con un filtro che propone le voci "indirizzo", "struttura";
- un filtro di distanza che propone varie distanze;
- un filtro attivabile manualmente "Prenotabile online" che fornisce la possibilità di prenotare direttamente dal portale la prestazione con la struttura, visionando il loro reale calendario;
- barra laterale a sinistra che elenca le strutture/medici risultati della ricerca, ordinabili alfabeticamente dalla A alla Z e viceversa, oppure in base alla distanza ("Più vicini"), che è il filtro di default.



Scegliendo il filtro "Indirizzo" e compilandolo, appare nella barra laterale di sinistra la lista delle strutture trovate, i cui segnaposto sono riportati sulla mappa.

Ogni ricerca produce di default 50 risultati, è possibile aumentare i risultati scorrendo la lista oppure cliccando su "Carica altri". Verranno aumentati i risultati fino a quando essi sono disponibili, nei limiti del parametro di input della ricerca (ad esempio quando non ci sono più strutture comprese della distanza impostata).

Scegliendo il filtro "Struttura" e inserendo il nome della struttura (anche parzialmente), appare nella barra laterale di sinistra la lista delle strutture i cui segnaposto sono riportati sulla mappa.

Le strutture risultanti dalla ricerca possono essere segnate come “preferite” cliccando sul cuore di fianco al loro nome.

Cliccando su un segnaposto nella mappa è possibile visualizzare le informazioni riassuntive della struttura ed un pulsante per aprirne la pagina di dettaglio.

Cliccando la scheda di una struttura nella lista a sinistra, si apre la pagina dedicata alla struttura scelta, che contiene le sue informazioni (ad esempio PP – solo punto prelievi etc.). Se la struttura è prenotabile online, questa informazione viene segnalata in alto a destra con un badge “Prenotabile online”.

Richiesta di prestazione

Per accedere al Convenzionamento Diretto è necessario effettuare una prenotazione della prestazione presso una delle Strutture Sanitarie convenzionate con **ONEnet®.**

Attraverso il **Network ONEnet®** si potrà accedere alle strutture convenzionate, previa autorizzazione della Centrale Operativa Onecare, senza anticipare alcun importo relativo alla prestazione, ad eccezione di eventuali quote a suo carico previste dalle condizioni di polizza.

Prima di richiedere l'autorizzazione alla nostra Centrale Operativa Onecare, l'assistito **dovrà prenotare direttamente la prestazione presso la Struttura Sanitaria del Network ONEnet®**. L'elenco delle strutture convenzionate potrà essere consultato all'interno del portale Onecare®. Per alcune strutture la prenotazione può essere fatta on line direttamente sul portale.
Successivamente l'Assistito dovrà ultimare la procedura fornendo ad Aon le informazioni relative alla prestazione prenotata, inserendo la richiesta nel box *Prestazione diretta*.

Per richiedere una prestazione diretta è necessario un **tempo minimo di preavviso** pari a **2 giorni lavorativi per prestazioni fuori ricovero, 5 giorni lavorativi in caso di ricovero**.

Per le prestazioni fuori ricovero è richiesta la **documentazione medica** con l'indicazione della **prestazione prescritta** e della **diagnosi**, salvo i casi in cui la copertura non lo preveda (ad es. Cure Dentarie, Medicina Preventiva). In caso di prestazione fuori ricovero, la Centrale Operativa, dopo aver valutato la richiesta, in caso di accoglimento invierà la "presa in carico" all'assistito e alla struttura/professionista, nel documento verranno riportati i dati dell'appuntamento, la prestazione, l'importo della fattura e l'eventuale scoperto a carico assicurato da saldare alla struttura al momento dell'accettazione.

Per l'odontoiatria, si ricorda che l'attivazione è prevista per la sola visita e/o ablazione, qualora si avesse necessità di ulteriori cure, sarà onere dello studio dentistico, successivamente aver effettuato la visita, inserire e inviare alla Centrale Operativa OneCare il piano di cure necessario. Quest'ultimo verrà gestito entro i 10 giorni lavorativi dalla data di ricezione del piano di cura.

Nel caso di prestazione di **ricovero** oltre alla **prescrizione medica** indicante intervento e patologia per la quale si richiede, occorre allegare il **preventivo di spesa** con le tariffe AON della struttura e il **nominativo del primo operatore (medico che effettuerà l'intervento)**.

In caso di ricovero urgente allegare il certificato di urgenza rilasciato dal medico.

In caso di ricovero, anche se urgente, la Centrale Operative, conclusa l'istruttoria della pratica che prevede la ricezione della valutazione medica interna e l'approvazione da parte della Compagnia/Fondo, provvederà a notificare l'esito della valutazione della richiesta tramite e-mail, qualora la valutazione fosse positiva, invierà la "**presa in carico**" che specificherà le prestazioni ammesse ed autorizzate, le eventuali limitazioni legate ad esclusioni, franchigie e scoperti.

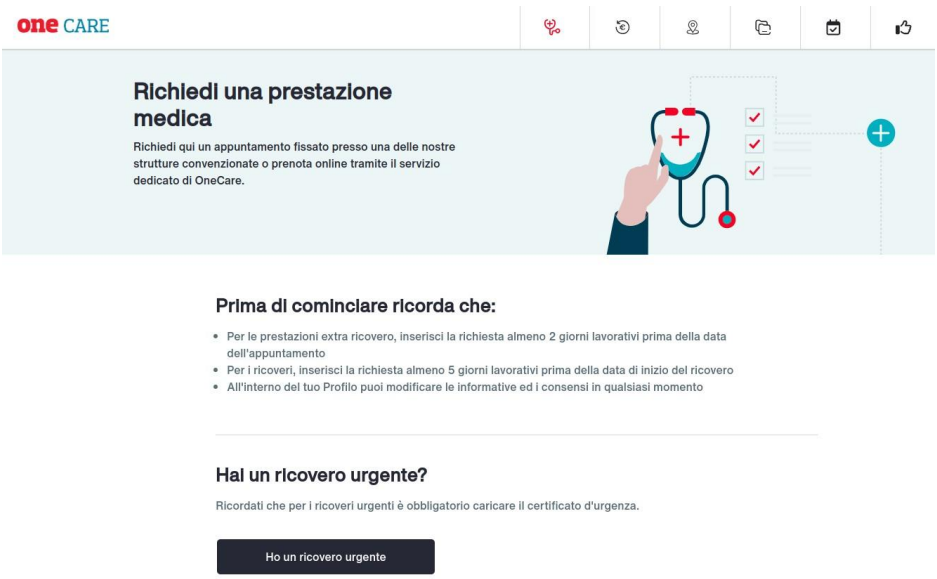
Si ricorda che le spese accessorie, quali telefono, bar, diritti di segreteria etc., non sono comprese nelle prestazioni e, pertanto, dovranno essere saldate dall'Assistito al momento delle dimissioni dalla Struttura Sanitaria.

Nel caso in cui la Struttura necessitasse di una **modifica della presa in carico** ricevuta è necessario che la richiesta di rettifica venga inviata direttamente dalla Struttura

Per richiedere l'attivazione di un convenzionamento diretto accedere al box "Prestazione diretta" o sulla corrispondente icona presente nella parte di testata del portale.

Nella sezione *Prestazione diretta* è possibile inserire una richiesta di prenotazione in forma diretta, per farlo è necessario:

1. Essere in possesso della documentazione richiesta: prescrizione medica con diagnosi (in caso di prestazione fuori ricovero e ricovero) e preventivo di spesa della struttura e nome del primo operatore (in caso di ricovero)
2. Che tutti i dati anagrafici siano completi
3. Accettare le clausole relative alla privacy, se non già accettate
4. Selezionare l'assistito per cui si richiede la prestazione

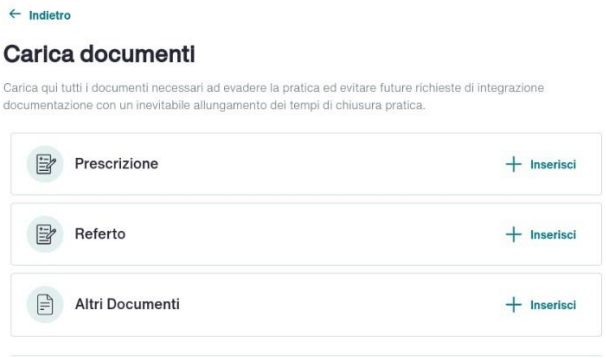


Inserimento richiesta di prestazione con prenotazione esistente

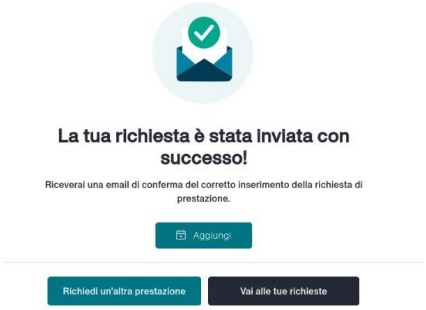
Se si possiede già una prenotazione ottenuta direttamente tramite la struttura medica, alla domanda “Hai una prenotazione?” rispondere SI e compilare i dati della prenotazione. Si selezionano la struttura e la prestazione dal listino della struttura negli appositi campi di ricerca. I campi funzionano in modalità suggerimento, quando si digita appaiono dei suggerimenti relativi al nome che si sta cercando. In ogni campo è necessario selezionare un risultato offerto dal sistema per poter proseguire.

Una volta trovati struttura e prestazione specifica prenotata, viene richiesta l’indicazione del medico/professionista, se riportato nella prenotazione. In caso di prenotazione con un medico/professionista specifico si visualizza la lista dei medici disponibili. Se nella lista dei medici non compare il medico/professionista, con cui si ha la prenotazione, è possibile inserirlo compilando nome e cognome.

Dopo aver compilato i campi precedenti, si passa all'inserimento del giorno e dell'orario dell'appuntamento. Nella pagina successiva, è possibile caricare eventuali documenti necessari per completare la richiesta.



Si inseriscono eventuali note e si passa alla pagina di riepilogo finale, in cui è possibile attivare un promemoria (notifica tramite e-mail) dell'appuntamento. Una volta inviata la richiesta, viene visualizzato l'esito della richiesta in una pagina di conferma.



Inserimento richiesta di attivazione diretta senza prenotazione effettuata presso la struttura

La richiesta di attivazione di una prestazione diretta può essere inviata solo quando è stato fissato un appuntamento. Sul portale, tuttavia sono presenti alcune strutture sanitarie che per specifiche prestazioni (no ricoveri) consentono la prenotazione online da OneCare.

Nota bene: Se la prenotazione online non è disponibile per la struttura scelta e/o per la specifica prestazione, occorre fissare l'appuntamento preventivamente tramite i canali della struttura.

Alla domanda "Hai una prenotazione?" rispondere NO

È sempre necessario indicare se la prestazione che si sta richiedendo è un ricovero oppure no.

Selezione criterio di ricerca

I criteri di ricerca a disposizione sono:

- Ricerca per Prestazione
- Ricerca per Struttura
- Ricerca per Medico

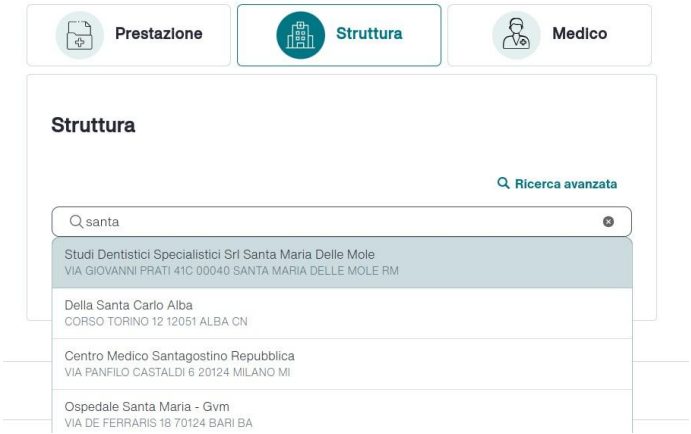
Criterio di ricerca per Prestazione

Nel criterio di ricerca per Prestazione è richiesto di inserire la tipologia di prestazione e la prestazione di dettaglio.

Una volta selezionati entrambi i valori, cliccando su Procedi si atterra su una mappa con le strutture del network che erogano la prestazione richiesta. Dalla mappa è possibile ricercare e selezionare la struttura di proprio interesse.

Criterio di ricerca per Struttura

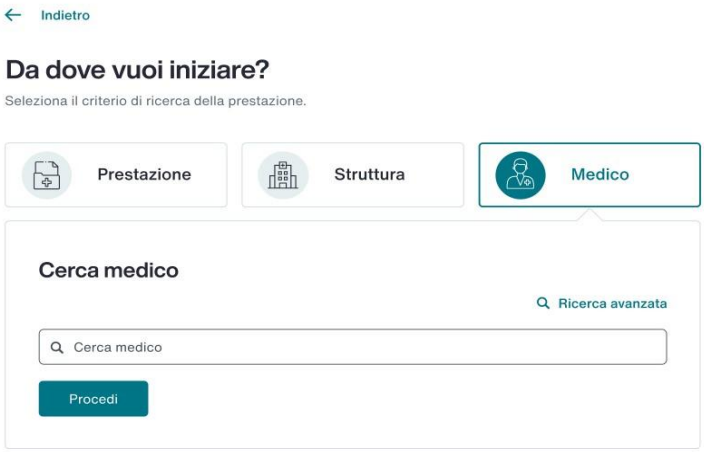
Selezionando il criterio di ricerca per Struttura, viene visualizzato un campo di ricerca con suggerimenti attivi mentre si digita il nome della struttura.



Si può procedere al passo successivo solo scegliendo un risultato tra quelli proposti. Se i risultati non sono soddisfacenti si può effettuare la ricerca avanzata tramite la mappa strutture, cliccando sul link “Ricerca avanzata”. La mappa funziona come descritto nel paragrafo “Strutture convenzionate”.

Criterio di ricerca per Medico

Selezionando il criterio di ricerca per Medico, viene visualizzato un campo di ricerca con suggerimenti attivi mentre si inserisce il nome del medico/professionista.

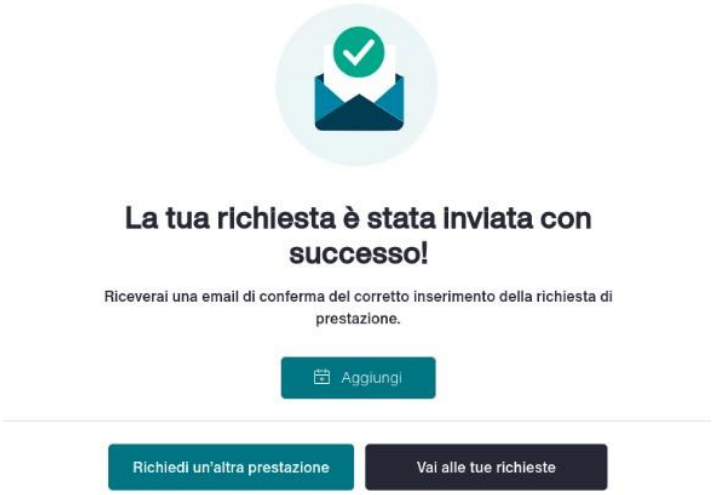


Si può procedere al passo successivo solo scegliendo un risultato tra quelli proposti. Se i risultati non sono soddisfacenti si può effettuare la ricerca avanzata tramite la mappa medici, cliccando sul link “Ricerca avanzata”. La mappa funziona come descritto nel paragrafo Strutture convenzionate.

Dopo aver preso appuntamento con la struttura e procedendo con l’inserimento della richiesta, si visualizza la pagina di riepilogo. Dal riepilogo è possibile modificare ogni dato inserito durante il processo di inserimento, utilizzando il link Modifica.

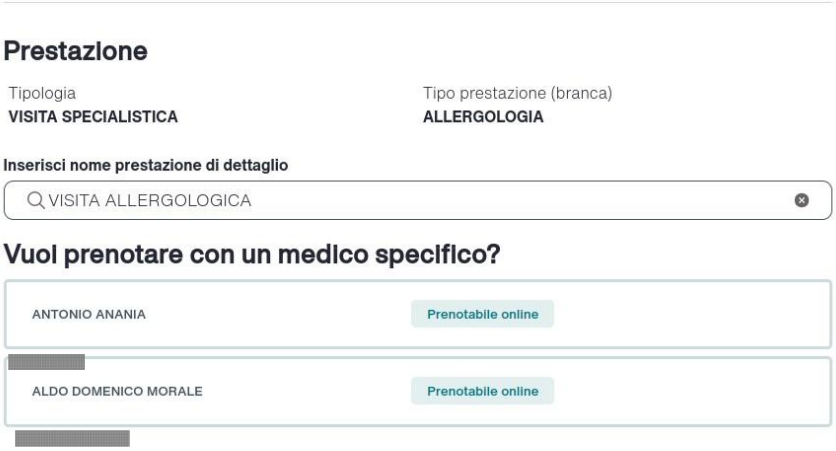
In fondo al riepilogo è possibile attivare un promemoria della prenotazione, selezionando quante ore prima si vuole essere notificati via e-mail con il promemoria.

Cliccando su Invia richiesta di prenotazione, se la prenotazione va a buon fine, verrà visualizzata una pagina di conferma.



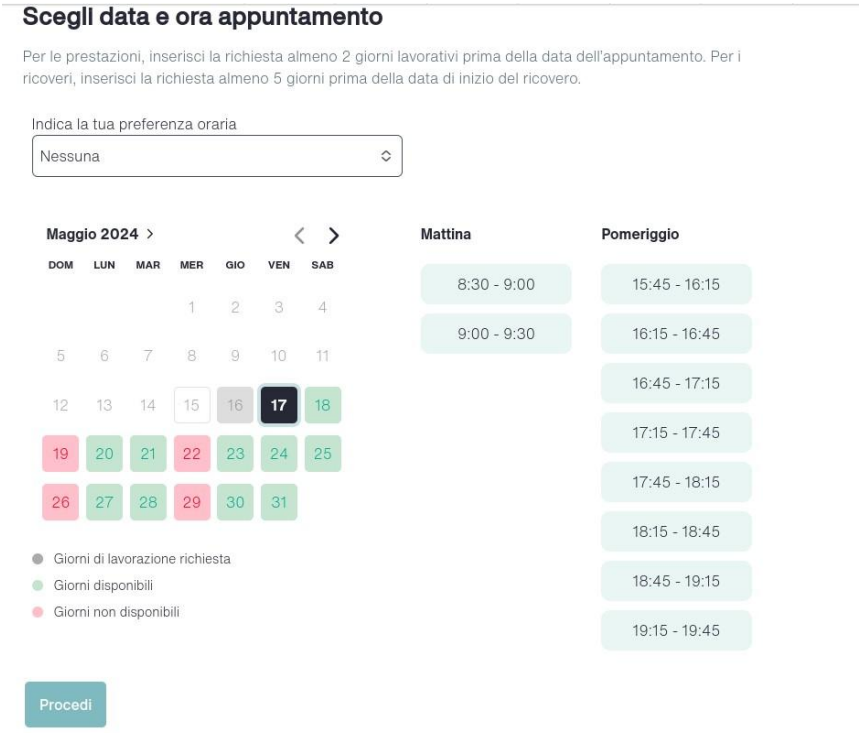
Prenotazione presso una struttura Prenotabile online

Dopo aver scelto una struttura medica utilizzando uno dei criteri di ricerca descritti nei paragrafi precedenti, se la struttura desiderata è prenotabile online, è necessario scegliere una prestazione specifica dal listino di prestazioni della struttura. In base alla prestazione scelta viene quindi presentato un elenco di medici, alcuni di questi potrebbero presentare la dicitura “Prenotabile online”.



Se il medico/professionista selezionato tra quelli proposti dal sistema non riporta la dicitura PRENOTA ONLINE, non sarà possibile procedere alla prenotazione online, e apparirà una sezione informativa in cui si chiede di contattare direttamente la struttura per prenotare la prestazione desiderata.

Se invece si sceglie un medico/professionista tra quelli presentati a sistema che riporta la dicitura “PRENOTA ONLINE”, verrà visualizzato un calendario con la disponibilità del medico/professionista nella struttura selezionata e per la prestazione indicata.



Non sono selezionabili i giorni necessari per l'elaborazione della richiesta (in grigio scuro) o quelli per cui non esiste disponibilità (in rosso). Cliccando sui giorni verdi vengono proposte alla destra del calendario le fasce orarie disponibili. È possibile filtrare ulteriormente le disponibilità per fascia oraria in modo da visualizzare solo i giorni in cui vi è disponibilità della mattina (dalle 6 alle 14) o del pomeriggio (dalle 14 alle 21). Di default vengono mostrate disponibilità per tutto il giorno.

Dopo aver selezionato un giorno verde (disponibile) e uno slot orario di gradimento, si procede alla pagina successiva, in cui è possibile caricare eventuali documenti (nessun documento tra quelli elencati è obbligatorio), visualizzare la pagina di riepilogo e attivare un promemoria.

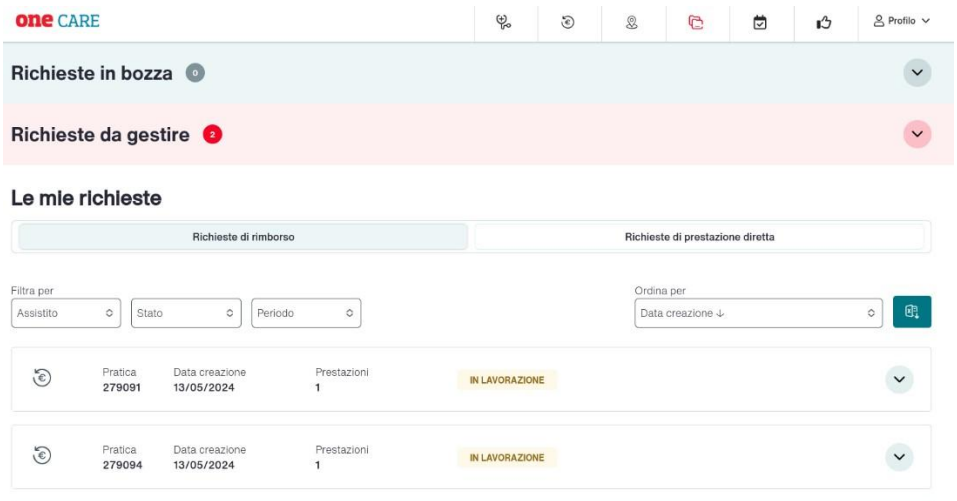
Cliccando su Invia richiesta di prenotazione, se la prenotazione va a buon fine, verrà visualizzata una pagina di conferma.

Le mie richieste

In homepage è presente il link "Le mie richieste" o tra le icone di servizio sulla barra di navigazione nella parte alta di tutte le pagine.

Cliccando sul link "Le mie richieste" si passa a una pagina divisa in 3 sezioni:

- Richieste in bozza;
- Richieste da gestire
- Le mie richieste di rimborso e/o di prestazione diretta



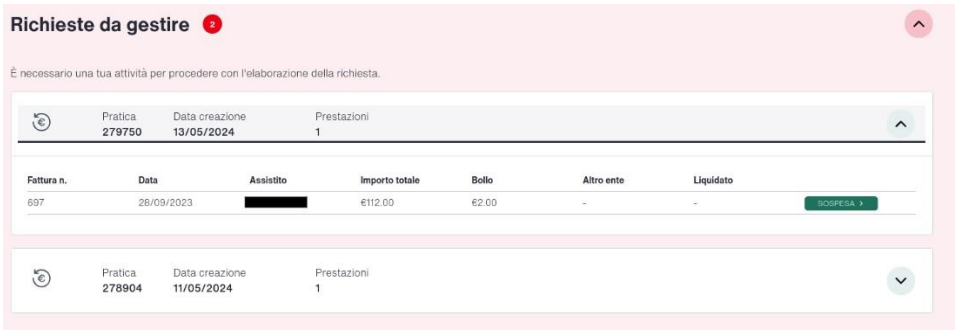
Richieste in bozza

Contiene tutte le richieste salvate in bozza tramite la funzionalità “Salva bozza”. Una bozza può essere eliminata oppure recuperata per essere completata. È indicata anche la data fino alla quale la richiesta viene conservata in bozza e può essere completata. Le richieste in bozze vengono conservate per 14 giorni.

Richieste da gestire

Contiene tutte le richieste per le quali è necessaria un'azione da parte dell’utente per poter continuare l’iter di richiesta rimborso o di richiesta di prestazione diretta.

Per poter gestire la richiesta è necessario espandere il box con la freccia in alto e destra e cliccare sullo stato del dettaglio richiesta. Si attera nella pagina di dettaglio dove sono riportate le indicazioni necessarie per sbloccare la pratica (es. caricamento di documentazione aggiuntiva).



Le mie richieste

Contiene tutte le richieste, sia di rimborso che di prestazione diretta, a seconda di quale servizio è abilitato sull’account.

Nelle “**Richieste di rimborso**” si possono consultare tutte le richieste di rimborso, che possono essere in stato:

- Aperta
- In lavorazione
- Chiusa

Ogni richiesta può contenere più righe, ognuna delle quali rappresenta una prestazione per la quale è stato richiesto il rimborso, e per il quale è stato presentato un documento di spesa o di ricovero. Ogni riga ha le sue informazioni e un suo stato, che può assumere i seguenti valori:

- Inserita la richiesta è stata inserita a sistema ed è in attesa di essere processata

- Rifiutata la richiesta non rispetta i termini di contratto per cui non può essere liquidata
- Sospesa la richiesta è incompleta, in attesa di documentazione integrativa
- In lavorazione la richiesta è stata presa in carico e in gestione dell'ufficio sinistri
- Liquidata la richiesta è stata processata e messa in liquidazione

Selezionando lo stato vengono visualizzate le informazioni di dettaglio della richiesta.

Si possono applicare i filtri di ricerca per Assistito, Stato e Data, sia separatamente che insieme.

Ogni cambio stato delle richieste viene notificato tramite estratto conto all'indirizzo e-mail censito.

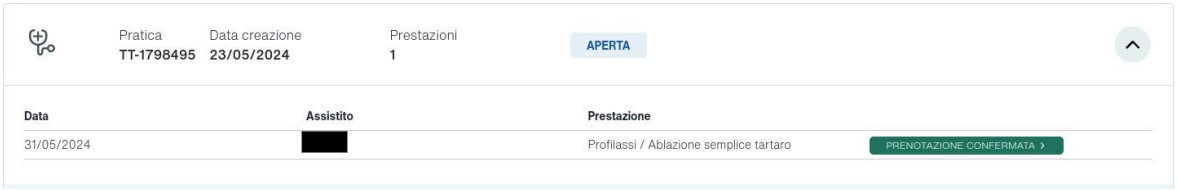
Nelle "**Richieste di prestazioni**" si possono consultare tutte le richieste di prestazione, che possono essere in stato:

- Aperta
- In lavorazione
- Gestita

Ogni richiesta può contenere più righe, ognuna delle quali ha le sue informazioni e un suo stato, che può assumere i seguenti valori:

- In attesa autorizzazione la Centrale Operativa ha ricevuto la documentazione da valutare e processare
- Prenotazione confermata la Centrale Operativa ha ricevuto la richiesta di convenzionamento diretto e dovrà verificare di avere tutti i dati e documenti necessari da valutare e processare
- Diretta autorizzata la Centrale Operativa ha autorizzato la prestazione richiesta
- Diretta in lavorazione la Centrale Operativa ha preso in carico la richiesta di convenzionamento diretto da esitare e valutare
- Diretta respinta la Centrale Operativa ha negato la richiesta di convenzionamento diretto
- Diretta annullata la Centrale Operativa ha annullato la richiesta

Selezionando lo stato vengono visualizzate le informazioni di dettaglio della richiesta.



Contatti

Per qualsiasi necessità, problematica o richiesta di informazioni e assistenza è attivo il servizio di Customer Care dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 18.00.
Numero di telefono: **02 872323 79**

E-mail richieste di assistenza: **info.onecare@aon.it**
Prenotazioni convenzionamento diretto: **prenotazioni.onecare@aon.it**

NOA: LiveChat! attiva in orario di servizio (dal lunedì al venerdì dalle 09:00 alle 18:00) **e** ChatBot attivo 24h/24h

Aon S.p.A. Insurance & Reinsurance Brokers
Via Calindri, 6
20143 Milano
Italia

Tel: 02 45434.1
Fax: 02 45434.801
www.aon.it

SINDIP Quadri
Circonvallazione Clodia, 163/167
00195 Roma Italia
e-mail: info@sindip.it
www.sindip.it

Pubblicato da Aon S.p.A.

Tutti i diritti sono riservati.

Nessuna parte di questo elaborato può essere riprodotto o trasmesso con qualsiasi mezzo senza un permesso scritto da parte di Aon S.p.A.

Confederazione Nazionale Quadri e Alte Professionalità

CONQUADRI

"Questo testo non potrà essere né integralmente né parzialmente distribuito a terzi per nessun fine.
Le informazioni contenute all'interno di questo documento non costituiscono parere definitivo e vincolante e non devono essere utilizzate come base per dare pareri senza verificare le fonti primarie."