

AON

S&P GLOBAL

Dirigenti

2025



SOMMARIO

INTRODUZIONE	4
Vita	5
Oggetto della copertura.....	5
Capitale assicurato.....	5
Beneficiari.....	5
Limiti territoriali	5
Principali esclusioni.....	5
Cosa fare in caso di sinistro.....	6
Infortuni	7
Oggetto della copertura	7
Capitali assicurati	7
Beneficiari	7
Franchigia	7
Principali esclusioni	8
Termini di prescrizione	8
Cosa fare in caso di sinistro	9
Rimborso Spese Mediche	11
Oggetto della copertura.....	11
Assicurati	11
Limiti territoriali	11
Principali Esclusioni	12
Sottolimiti.....	15
Scoperti e franchigie.....	16
Convenzionamento Diretto.....	16
Convenzionamento Misto	16
Convenzionamento Indiretto	17
Vademecum delle Principali Prestazioni	18
Registrazione	23
Homepage	24
Profilo Assistito	24
La mia anagrafica.....	25
Il mio piano sanitario	25
Richiesta di rimborso	26

Pagina introduttiva	26
Inserimento prestazione	27
Caricamento documenti.....	28
Prescrizione medica - Altri documenti.....	29
Inserimento ulteriore prestazione	30
Riepilogo e invio richiesta.....	30
Strutture convenzionate	31
Richiesta di prestazione.....	32
Pagina introduttiva	34
Inserimento richiesta di prestazione con prenotazione esistente	35
Inserimento richiesta di attivazione diretta senza prenotazione effettuata presso la struttura	36
Selezione criterio di ricerca.....	37
Prenotazione presso una struttura Prenotabile online	40
Le mie richieste	41
Richieste in bozza	42
Richieste da gestire.....	42
Le mie richieste	42
Contatti	44

INTRODUZIONE

Questo documento è redatto con l'intento di fornire agli utenti uno strumento di consultazione relativo al programma Employee Benefits in corso per la categoria Dirigenti.

Tale documento rappresenta una guida alla conoscenza e all'utilizzo delle polizze e del sito web dedicato al piano sanitario.

Si ricorda che il presente documento ha puramente scopo informativo e non sostituisce in nessun caso i termini e le condizioni del contratto assicurativo in corso.

Vita

Oggetto della copertura

L'assicurazione prevede la liquidazione di un capitale in un'unica soluzione agli aventi diritto in caso di:

- Caso di morte da Malattie

Trattandosi di copertura aziendale, l'indennizzo è liquidabile solo se al momento del decesso l'assicurato è ancora dipendente.

Capitale assicurato

Il capitale assicurato è pari a 2 volte la retribuzione base

Limite free cover 600.000€

Beneficiari

Il beneficio delle prestazioni è attribuito agli eredi legittimi e/o testamentari dell'assicurato.

Limiti territoriali

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Principali esclusioni

Sono esclusi dalla garanzia i casi di decesso derivanti direttamente o indirettamente da:

- Dolo del Contraente o del Beneficiario
- Partecipazione attiva dell'assicurato a fatti dolosi
- Partecipazione attiva dell'assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo. Rivoluzione, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare ; la copertura si intende esclusa se l'assicurato non ha preso parte attiva ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata e il decesso avvenga dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'assicurato si trovasse già nel territorio dell'accadimento; l'esistenza di una situazione di guerra e similari in un paese al momento dell'arrivo dell'assicurato implica l'esclusione della copertura assicurativa.
- Incidenti di volo se l'assicurato viaggia a bordo di aereomobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- Suicidio, se avviene nella primo anno dell'entrata in vigore dell'assicurazione;
- Uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o abuso di farmaci o stati di alcolismo acuto o cronico.

Non possono essere inclusi nell'assicurazione tutti gli appartenenti al gruppo aventi età superiore a 75 anni

Cosa fare in caso di sinistro

Contattare Aon presso:

Aon Spa

Health & Benefits Division

V. Calindri, 6 – 20143 – Milano

Sig.ra Gloria Lorenzi

Tel 02/45434.086

Gloria.lorenzi@aon.it

che risponderà chiedendo la documentazione utile per la liquidazione del capitale, che genericamente potrebbe essere la seguente:

- Certificato di morte rilasciato da Comune;
- Certificato medico sulle cause della morte;
- Stato di famiglia originario;
- Atto di notorietà redatto dal notaio dal quale risultino gli eredi legittimi. Di questi ultimi devono essere indicate le generalità complete, l'età, lo stato civile e la capacità di agire di ciascuno di loro
- Eventuale sentenza di separazione;
- Se fra gli eredi legittimi esistono dei minori, decreto del Giudice Tutelare che disponga per l'utilizzazione della quota destinata agli stessi, con manleva di qualsiasi responsabilità dell'Azienda sulle modalità di reimpiego;
- Se del caso certificato di non gravidanza della vedova.

L'Ufficio Sinistri provvederà a gestire la pratica :

- richiedendo informazioni o documentazione del caso;
- informando il Beneficiario sugli sviluppi;
- fornendo consulenza e suggerendo gli interventi più appropriati per una corretta conclusione della pratica.

Infortunati

Oggetto della copertura

Oggetto dell'assicurazione sono gli infortuni subiti nello svolgimento di attività:

- Professionali
- Extra-professionali

Per infortunio si intende un evento dovuto a causa fortuita, violenta, esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili le quali abbiano per conseguenza la morte od una invalidità permanente (parziale o totale).

La copertura è operante 24 ore su 24 senza limitazioni territoriali.

Capitali assicurati

- Caso Morte: 5 volte la retribuzione annua lorda con il massimo di € 3.500.000
- Caso Invalidità Permanente: 6 volte la retribuzione annua lorda con il massimo di € 4.000.000

L'indennizzo è calcolato proporzionalmente al grado d'invalidità permanente.

Per la liquidazione delle indennità è considerata "retribuzione annua" dell'infortunato quella percepita nei 12 mesi precedenti quello in cui si è verificato l'infortunio.

Beneficiari

In caso di invalidità il dipendente, in caso di morte gli eredi legittimi e/o testamentari.

Franchigia

Non è prevista l'applicazione di alcuna franchigia.

Limiti di età

L'Assicurazione per il caso di decesso da Infortunio e di invalidità permanente da Infortunio è valida per tutti gli Assicurati che non abbiano ancora compiuto 86 (ottantasei) anni di età.

Principali esclusioni

Sono esclusi:

- ✓ Gli Infortuni conseguenti ad atti di terrorismo quando l'Assicurato vi ha partecipato attivamente.
- ✓ Gli Infortuni subiti dall'Assicurato in stato di improvviso malore o di incoscienza quando conseguenti a malattie croniche accertate, che abbiano comportato infermità gravi e/o permanenti.
- ✓ Gli Infortuni derivanti dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, qualora l'Assicurato, se alla guida è sprovvisto di idonea e valida abilitazione o si trova in uno stato di abuso di alcoolici o psicofarmaci o ha assunto sostanze stupefacenti allucinogene per uso non terapeutico.
- ✓ Suicidio tentato o consumato, atti di autolesionismo;
- ✓ AIDS, HIV; Anomalie congenite o difetti fisici che secondo la letteratura medica siano tra le cause dirette di una delle affezioni critiche oggetto di garanzia;
- ✓ Mancata consultazione di un medico specialista abilitato o inosservanza del parere professionale fornito da un medico specialista abilitato;
- ✓ Qualsiasi condizione preesistente;
- ✓ Eventi causati dall'uso di psicofarmaci o dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni.

Termini di prescrizione

Il diritto all'indennizzo si prescrive, in 24 mesi dalla data di accadimento, senza produzione di idonea documentazione.

Cosa fare in caso di sinistro

Compilare il modello di "DENUNCIA DI SINISTRO INFORTUNI" con l'indicazione chiara e sintetica di come è avvenuto l'infortunio, allegando la seguente documentazione:

- certificati medici sul decorso delle lesioni e/o Pronto Soccorso
- certificato medico definitivo e/o perizia medico-legale (a definitiva guarigione)
- copia cartella clinica integrale (in caso di ricovero)
- copia patente di guida (in caso di incidente stradale in qualità di conducente)

Inviare il modulo ad Aon, all'indirizzo sotto riportato:

*Aon Spa
Health & Benefits Division
V. Calindri, 6 – 20143 – Milano
Sig.ra Gloria Lorenzi*

Spett. le **Aon S.p.A.**
Via Calindri,6 Milano
CAP 20143

DENUNCIA DI SINISTRO INFORTUNI

Persona di riferimento: *Gloria Lorenzi*
Inviato per e-mail all'indirizzo: Gloria.lorenzi@aon.it
Telefono + 39 0245434.086
Ufficio Sinistri Employee Benefits

Alle dipendenze dell'Azienda	
Cognome e Nome	
Codice Fiscale	
Data e luogo di nascita	
Domicilio	
Indirizzo e-mail	
Recapito telefonico	
Qualifica aziendale	
indicare CCNL di appartenenza	
Sede di lavoro	

<input type="checkbox"/>	PROFESSIONALE
<input type="checkbox"/>	EXTRAPROFESSIONALE

Data e luogo dell'evento	
Descrizione dell'infortunio	

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE

<ul style="list-style-type: none">o certificato rilasciato dal Pronto Soccorsoo referti dei primi esami strumentali effettuatio copia della patente di guida (in caso di incidente stradale in qualità di conducente)

Le chiediamo di accedere al seguente link per prendere visione della informativa e rilasciare i consensi privacy:

<https://aon-privacy.my.onetrust.com/hosted-webform/consent/3f996699-ab81-49df-b284-e640e5fe59d5/9f0ed5ce-ecf9-484b-ae90-e6cf01bf32d1>

Data.....Firma del Dipendente.....

Rimborso Spese Mediche

Oggetto della copertura

Spese sanitarie sostenute a seguito di INFORTUNIO e MALATTIA per le prestazioni indicate nella tabella, in forma integrativa al FONDO FASDAC. :

- 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 solo Dirigente e al nucleo familiare come definito sotto.

- Coniuge;
- Convivente more uxorio;
- Figli fiscalmente a carico conviventi e non del dipendente e del convivente more uxorio.

Sono equiparati ai figli i soggetti in affidamento temporaneo preadottivo con espresso provvedimento di assegnazione diretta da parte del Giudice Tutelare al Dipendente. Si intendono inclusi in copertura senza alcun limite di età i figli fiscalmente a carico secondo le vigenti leggi in materia, i quali si trovino per infermità fisica o mentale nell'assoluta e permanente impossibilità di dedicarsi a un proficuo lavoro.

Limiti territoriali

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

Principali Esclusioni

La copertura non comprende le spese sostenute per:

- Controlli di routine e/o check up, ad eccezione di quanto previsto dalla sezione “Medicina Preventiva”
- Conseguenze dirette da infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici che abbiano dato origine a cure o esami o diagnosi, anteriori alla stipula dell’accordo, sottaciuti con dolo all’atto della sottoscrizione delle garanzie. La presente esclusione non è operante relativamente agli Assistiti precedentemente garantiti da altra copertura sanitaria per i quali le prestazioni sono operative senza soluzione di continuità con l’efficacia del presente accordo
- Ricovero presso strutture non autorizzate o onorari di medici non autorizzati ad esercitare
- Trattamenti psicoterapici a meno che necessari a seguito di infortunio o malattie oncologiche/infauste
- Cura di intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici, uso di allucinogeni, uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti
- Prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasia o da infortunio indennizzabili), dimagranti e fitoterapiche
- Difetti fisici o malformazioni congenite preesistenti alla decorrenza della garanzia (l’esclusione non vale per i nati in corso di contratto, se la copertura li comprende)
- Infertilità, sterilità maschile e femminile, impotenza
- Prestazioni terapeutiche e/o chirurgiche finalizzate al cambiamento del sesso
- Sieropositività da virus H.I.V.
- Infortuni derivanti da stato di ubriachezza o sotto l’influenza di allucinogeni, stupefacenti o psicofarmaci assunti non a scopo terapeutico
- Ricoveri resi necessari unicamente dallo stato di non autosufficienza dell’Assicurato e/o lungodegenze
- Aborto volontario non terapeutico

- Infortuni occorsi durante la pratica di sport aerei in genere, la partecipazione a gare motoristiche – non di regolarità pura – e alle relative prove, nonché dalla pratica di automobilismo e motociclismo durante liberi accessi a circuiti ; malattie mentali, disturbi psichici in genere (comprese le malattie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive, quelle riferibili ad esaurimento nervoso), atti di autolesionismo (compreso tentato suicidio), forme maniaco depressive, disturbi del comportametro alimentare, disturbi di personalità e loro conseguenze ; psicoterapia e psicoanalisi ; salvo se previste nella scheda dei massimali/garanzie di riferimento
- Acquisto, noleggio, riparazioni e manutenzione di apparecchi protesici o sanitari (salvo quanto previsto dalle Condizioni Generali di Polizza)
- Malattie professionali di cui al D.P.R. n°336/94 e successive modifiche e integrazioni
- Cure e terapie effettuate con l'utilizzo di cellule staminali, che non abbiano superato le fasi di sperimentazione clinica, salvo nei casi disposti dall'Autorità Giudiziaria
- Terapie e le cure non rientranti nei protocolli riconosciuti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità
- Chirurgia refrattiva e trattamenti con laser eccimeri a meno che vengano effettuati :
- In caso di anisometropia superiore a tre diottrie
- In caso di deficit visivo pari o superiore a 5 diottrie per ciascun occhio
- Gli interventi di cui al punto 2. devono essere effettuati unicamente in strutture convenzionate
- Conseguenze di :
 - Atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato
 - Partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (spedizioni esplorative o artiche, himalayane o andine, regate oceaniche, sci estremo e simili)
 - Atti di temerarietà compiuti non per solidarietà umana o per legittima difesa)
 - Trasformazione o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocate) e accelerazioni di particelle atomiche, salvo quelle subite come paziente per applicazioni radioterapiche)
 - Guerre ed insurrezioni; movimenti ed eruzioni vulcaniche verificatesi in Italia, Repubblica di San Marino, Stato del Vaticano

Scheda riepilogativa – Piano Integrativo FONDO FASDAC

GARANZIE	MASSIMALI ANNO NUCLEO SCOPERTI / FRANCHIGIE
<p>Ricovero con o senza Intervento Chirurgico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Onorari dei professionisti sanitari (medici e non) ; • Diritti di sala operatoria e materiale di intervento, comprese le endoprotesi e simili applicate durante l'intervento; • Rette di degenza ; • Retta per l'accompagnatore(in caso non sussista disponibilità ospedaliera, in struttura alberghiera con limite di € 50 giornalieri max 30gg); • Prestazioni mediche ed infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, vaccini esami ed accertamenti diagnostici ; <p>Sono comprese le spese sostenute nei 90 gg precedenti e 90gg successivi il ricovero, l'intervento chirurgico o il parto cesareo, purchè inerenti all'evento considerato; visite specialistiche ed accertamenti diagnostici</p>	<p style="text-align: center;">€ 1.000.000 In network</p> <p style="text-align: center;">€ 500.000 Fuori network</p>
<p>Parto naturale</p>	<p style="text-align: center;">€ 7000</p>
<p>Cure oncologiche Terapie Extra-ricovero relative a malattie oncologiche e/o neoplastiche (quali a titolo esemplificativo e non limitativo: cicli completi di radioterapia, chemioterapia, cobaltoterapia e similari) inclusi i medicinali prescritti dal medico.</p>	<p style="text-align: center;">€ 6.000</p>
<p>Trasporto con ambulanza, aereo o treno</p>	<p style="text-align: center;">€ 800 in Italia € 1.600 all'estero</p>
<p>Diaria Sostitutiva</p>	<p style="text-align: center;">125 € max 300gg – 200 € in caso di parto</p>
<p>Extraricovero</p> <p>Alta Diagnostica Dialisi, Elettrocardiografia, Risonanza magnetica nucleare, Ecocardiografia, Cobaltoterapia, Ecocolor Doppler, Elettroencefalografia, Scintigrafia, Urografia, Ecografia, Coronarografia, T.A.C., Broncografia, Endoscopia, Radionefrogramma, Angiografia, Flebografia, Artografia Elettrocardiografia, Mammografia, Colonscopia, Cistografia, Mielografia.</p> <p>Gravidanza Amniocentesi, amnioscopia, biopsia villi coriali, cardiocentesi, fetoscopia, visite specialistiche, esami di laboratorio, accertamenti diagnostici</p>	<p style="text-align: center;">€ 7.000</p>
<p>Specialistiche</p> <ul style="list-style-type: none"> • Onorari medici, purchè gli specialisti siano regolarmente iscritti all'albo dei medici ; • Trattamenti fisioterapici rieducativi, trattamenti osteopatici purchè effettuati da medico osteopata, trattamenti chiropratici purchè effettuati da chiropratico iscritto all'Associazione Chiropratici italiani; • Accertamenti diagnostici ; • Cure termali, diaria omnicomprensiva par € 80 max 20 giorni • Applicazione di apparecchio gessato o tutori equivalenti ; • Cure omeopatiche : la garanzia comprende le visite e gli accertamenti ambulatoriali inclusi i medicinali (max € 150 anno/nucleo). • Assistenza infermieristica <p>Sono comprese le sedute piscoterapiche per bambini fino a 10 anni a seguito di dislessia, discalculia, autismo, disturbo di Tourette (€ 500)</p>	<p style="text-align: center;">€ 2.500</p>

<p>Medicina Preventiva (Operante solo per il Caponucleo)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esami di laboratorio (prelievo venoso, ALT, AST, gamma GT, glicemia, colesterolo totale, HDL, trigliceridi, urea, creatinina, tempo protombina parziale, PTP, tempo protombina totale PTT, VES, esame urine) ; • Elettrocardiogramma a riposo e da sforzo ; • Rx torace ; • PSA per uomini ; • Pap test e mammografia per donne. 	<p>Devono essere sostenuti in un'unica soluzione presso una struttura convenzionata una sola volta l'anno, in forma diretta o rimborsuale. (rimborso al 100%)</p>
<p>Cure dentarie</p> <p>Cure/visite/terapie odontoiatriche (anche inerenti a paradontopatie); estrazioni, protesi dentarie, apparecchi/terapie ortodontici, igiene dentale (ablazione del tartaro, una volta l'anno)</p>	<p>€ 3.000</p>
<p>Lenti</p> <p>Compresse lenti a contatto, ma escluse le montature a seguito di modifica del Visus certificata da un medico ottico/optometrista. Compresse le protesi sostitutive oculari</p>	<p>€ 1.000 per persona</p>
<p>Protesi</p> <p>Presidi ortopedici ed acustici, tutori e similari (inclusi i plantari), carrozzelle ortopediche nonché il noleggio di apparecchiature per emodialisi</p>	<p>€ 1.500</p>
<p>Cure dell'infertilità, da intendersi come accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale</p>	<p>€ 2.000</p>
<p>Cure psicocoterapeutiche</p>	<p>€ 500</p>
<p>Rimborso spese trasporto salma dall'estero</p>	<p>€ 1.500</p>

Sottolimiti

Garanzia Ricovero

La garanzia ricovero comprende anche il parto naturale.

Sono previste esclusivamente prestazioni durante il periodo di ricovero quali: rette di degenza, accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, cure specialistiche e non, medicinali Parto non cesareo: € 7.000

Visite specialistiche

Sono comprese le sedute psicoterapiche per bambini fino a 10 anni a seguito di dislessia, discalculia, autismo, disturbo di Tourette € 500

Scoperti e franchigie

Assicurati coperti dai fondi

Per le garanzie non previste dal fondo o in caso di non utilizzo del fondo da parte dell'Assicurato:

Ricovero : Nessuno scoperto/franchigia
Lenti : scoperto 20% con il minimo di € 50
Altre garanzie : scoperto 25%

Assicurati non coperti dai fondi

Ricovero : Nessuno scoperto/Franchigia
Gravidanza : Scoperto 20% con il minimo di € 55
Alta diagnostica : Scoperto 20% con il minimo di € 50
Specialistiche : Scoperto 20% con il minimo di € 50
Cure dentarie : Scoperto 20% con il minimo di € 100
Lenti : Scoperto 20% con il minimo di € 50

Convenzionamento Diretto

In caso di utilizzo di strutture sanitarie e medici entrambi convenzionati con OneNet, l'Assicurato deve contattare – con un preavviso di almeno 3 giorni lavorativi (elevati a 5 giorni lavorativi per ricovero) prima della data del ricovero o di erogazione della prestazione

Poiché gli accordi con i medici chirurghi e le strutture sanitarie possono subire variazioni nel tempo è essenziale – al fine di ottenere la prestazione in forma diretta – che l'assicurato acceda alle strutture sanitarie e ai medici chirurghi convenzionati, in mancanza del quale il servizio non è operante.

Al momento dell'accesso alla struttura sanitaria, l'Assicurato si fa riconoscere e sottoscrive la "richiesta di prestazione", che costituisce la prima denuncia del sinistro. Al momento della dimissione l'Assicurato deve sostenere in proprio le eventuali spese di sua competenza (scoperto, franchigia, prestazioni non contemplate dalla garanzia).

Convenzionamento Misto

Qualora l'Assicurato utilizzi medici non convenzionati presso una struttura sanitaria convenzionata, OneNet paga direttamente la struttura sanitaria (fermo quanto previsto dal punto precedente), mentre l'Assicurato deve provvedere al pagamento delle spese relative al pagamento dell'equipe medico-chirurgica, che verranno rimborsate secondo le regole disciplinate al punto successivo e previa applicazione degli scoperti/franchigie previsti dalle Opzioni di copertura.

La liquidazione in forma mista di cui al presente punto, non si intende operante per le prestazioni extra-ricovero. Qualora l'Assicurato utilizzi medici non convenzionati presso una struttura sanitaria convenzionata le spese sostenute, sia per medici che per la struttura saranno rimborsate secondo quanto previsto in caso di non convenzionamento.

Convenzionamento Indiretto

Fermo quanto stabilito dagli artt. 1910 (assicurazione presso diversi assicuratori), 1915 (inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio) e 2952 (prescrizione in materia di assicurazione) del Codice Civile, l'Assicurato deve – a prestazione effettuata – inviare la denuncia a OneCare, denuncia alla quale va allegata la documentazione medica e delle spese.

In particolare, l'Assicurato deve fornire a OneCare:

- copia della cartella clinica completa, esiti di accertamenti diagnostici, prescrizioni mediche, terapie e trattamenti, con relative diagnosi;
- copia delle fatture e delle notule di spesa fiscalmente regolari e quietanzate,

Il rimborso delle spese sostenute all'estero in valute diverse dall'euro avverrà applicando il cambio contro euro, come da rilevazioni della Banca Centrale Europea desunte dalle pubblicazioni sui principali quotidiani economici a tiratura nazionale o, in sua mancanza, quello contro dollaro U.S.A.

Il rimborso verrà effettuato al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta.

La diagnosi della patologia deve essere sempre fornita, pena la decadenza del diritto all'indennizzo, in relazione alle prestazioni extra-ricovero (ad eccezione della medicina preventiva).

Rimane in ogni caso a carico dell'Assicurato il costo delle marche da bollo eventualmente apposte sulle fatture di spesa.

Qualora la presente polizza sia stata attivata dal contraente in forma a primo rischio e l'Assicurato ottenga, per il tramite di altra copertura assicurativa, il rimborso delle spese sostenute, l'assicuratore garantisce il rimborso dell'eccedenza di spesa rimasta a suo carico, purché indennizzabile a termini di polizza, nell'ambito del massimale e previa applicazione di scoperti/franchigie – da applicarsi all'eccedenza di spesa per la quale è richiesto il rimborso – previsti dall'Opzione di Copertura prescelta. A tal fine l'Assicurato deve inoltrare la denuncia corredata dalla documentazione medica e di spesa con evidenza degli importi già erogati da altro Ente in favore dell'assicurato.

Vademecum delle Principali Prestazioni

Di seguito si evidenzia l'operatività di alcune garanzie:

Ricovero – le spese per il ricovero dovranno essere presentate corredate di cartella clinica completa (i cui costi amministrativi non sono risarcibili) e sono riferibili (quindi senza franchigia) tutte le spese connesse al ricovero antecedenti i 30 giorni la data di accettazione e successivi ai 120 giorni la data di dimissione. Il ricovero per check up **non è in garanzia**. La prestazione è convertibile in diaria ove **TUTTE LE SPESE DURANTE IL RICOVERO** siano a carico del SSN e in regime di pernottamento;

Gravidanza e parto naturale – le spese connesse alla gravidanza, se soggette ad un massimale specifico dovranno essere presentate in un'unica soluzione (onde evitare doppia applicazione della franchigia) e corredate di un'attestazione di stato di gravidanza;

Parto Cesareo – sottoposto alle stesse regole del ricovero;

Visite specialistiche – le visite specialistiche sono tali qualora effettuate da medico specialista. Il medico dovrà quindi avere conseguito, oltre alla laurea in medicina e chirurgia, la specializzazione che segue al corso di laurea e che si conclude con il rilascio di un diploma di specializzazione (ortopedia, ginecologia, otorinolaringoiatria, etc.)

Tali spese sono riconosciute:

se prescritte da un medico (anche generico, il medico condotto p.e.) con indicazione della patologia certa e/o presunte;

se sulla fattura emessa dallo specialista viene evidenziata la patologia certa/presunta;

Esami di laboratorio, accertamenti diagnostici – tali spese devono essere prescritte dal medico (anche curante) e corredate di prescrizione medica indicante patologia certa e/o presunta. La prescrizione degli esami del sangue dovrà essere dettagliata e contenere la patologia certa e/o presunta;

Odontoiatria – le spese dentarie sono riconosciute senza necessità di prescrizione medica, devono tuttavia essere dettagliate con indicazione dei singoli importi per prestazione. Le spese di igiene orale e prevenzione dentale non sono indennizzabili;

Fisioterapia – le prestazioni devono essere eseguite in centri medici specializzati o a cura di liberi professionisti

purché siano eseguite da fisioterapisti diplomati iscritti all'albo, del cui diploma si richiede copia. Non è necessario che l'operatore sia un medico, ma è indispensabile abbia conseguito diploma di fisioterapista (anche all'estero purché riconosciuto in Italia). Le terapie devono essere prescritte dal medico specialista (ortopedico e/o fisiatra) e la prescrizione deve indicare la diagnosi che rende necessario il ricorso al fisioterapista;

Logopedia – i trattamenti logopedici sono regolati alla stregua di quelli fisioterapici. Il logopedista dovrà essere in possesso di diploma riconosciuto. Non sono indennizzabili le spese connesse a patologie “mentali” ma solo quelle collegabili a difetti fisici. Tutto quanto attiene alla sfera mentale è escluso dalla polizza;

Agopuntura – le spese sono indennizzabili solo per prestazioni eseguite da medico specializzato (es. ortopedico...), non essendo la specializzazione in agopuntura riconosciuta in Italia. E' indispensabile la prescrizione della terapia indicante la patologia certa o presunta.

Lenti – per ottenere il risarcimento delle lenti (escluso il costo della montatura, non indennizzabile) è indispensabile allegare la modifica del visus rilasciata da oculista o ottico optometrista. Le lenti a contatto sono sottoposte alle stesse regole delle lenti tradizionali, per cui saranno risarcite ove corredate di prescrizione attinente alla variazione del visus;

Forma integrativa–Tutte le spese presentate per il rimborso di quanto non riconosciuto dall'ente, dovranno essere corredate di prescrizione del medico che attesti una patologia certa e/o presunta.

I moduli di richiesta rimborso dovranno essere corredati:

- copia lettera di rimborso dell'ente;
- copia delle singole fatture non riconosciute (se comprese nelle garanzia di polizza);
- copia delle fatture riconosciute solo in parte (non è necessario allegare quelle pagate in toto);
- copia prescrizioni relative alle prestazioni;

La prescrizione al diritto al risarcimento, nei casi in cui il rimborso avvenga in forma integrativa, decorre dalla data della fattura / ricevuta fiscale di riferimento (due anni);

Farmaci – i farmaci, sono compresi solo a seguito di ricovero con o senza intervento, nei 120 giorni successivi allo stesso e a questo correlato;

E' importante ricordare che:

Certificazioni – le spese relativa a certificati ad uso assicurativo, rinnovo patente, uso sportivo o a qualunque altro tipo di certificazione, **non sono indennizzabili.**

Prescrizione del diritto al risarcimento – la prescrizione (di due anni ex art. 2952 cod. civ. come modificato dall'art. 3 - L. 27 ottobre 2008, n. 166) decorre dal giorno in cui si è sostenuta la spesa.

In presenza di più fatture inerenti la stessa patologia/prestazione la data di riferimento sarà quella indicata dalla prima fattura emessa.

Franchigie – le franchigie sono applicate per anno di polizza (data effetto e scadenza del contratto) per singolo paziente, per singola patologia e per singola tipologia di spesa

(specialistica, alta diagnostica, dentarie, etc.). Le spese di uno stesso soggetto che effettui più visite per la stessa patologia saranno gravate da una sola franchigia;

Stati fisiologici (menopausa, andropausa, post partum, etc) – le spese attinenti agli stati fisiologici connessi alla natura del soggetto e quindi senza carattere di patologia, non sono indennizzabili. Sono indennizzabili tuttavia le spese sostenute per patologie causate dagli stati fisiologici;

Resta inteso che quanto sopra riportato costituisce un mero vademecum per la comprensione delle modalità di presentazione delle spese e non costituisce parte integrante del contratto ne' in qualsiasi modo ne sostituisce il contenuti.

AON



OneCare

Manuale Utente

Sommario

1. Registrazione	23
2. Homepage	24
3. Profilo Assistito	24
3.1 La mia anagrafica	25
3.2 Il mio piano sanitario	25
4. Richiesta di rimborso	26
4.1 Pagina introduttiva	26
4.2 Inserimento prestazione	27
4.2.1 Caricamento documenti	28
4.2.2 Prescrizione medica - Altri documenti	29
4.2.3 Inserimento ulteriore prestazione	30
4.2.4 Riepilogo e invio richiesta	30
5. Strutture convenzionate	31
6. Richiesta di prestazione	32
6.1 Pagina introduttiva	34
6.2 Inserimento richiesta di prestazione con prenotazione esistente	35
6.3 Inserimento richiesta di attivazione diretta senza prenotazione effettuata presso la struttura	36
6.3.1 Selezione criterio di ricerca	37
6.4 Prenotazione presso una struttura Prenotabile online	40
7. Le mie richieste	41
7.1 Richieste in bozza	42
7.2 Richieste da gestire	42
7.3 Le mie richieste	42
8. Contatti	44

Registrazione

L'assistito
attraverso
portale
ONEcare®,

one CARE

il

Registrati

Hai già un account? [Accedi](#)

[Informativa privacy](#)

Ho preso visione dell' [Informativa Privacy](#) fornita ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo EU 2016/679 ("GDPR").

Nome*	Cognome*
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data di nascita*	Codice fiscale*
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Email*	Conferma Email*
<input type="text"/>	<input type="text"/>



Registrati



<https://www.onecare.aon.it/> verrà indirizzato direttamente alla pagina di 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.

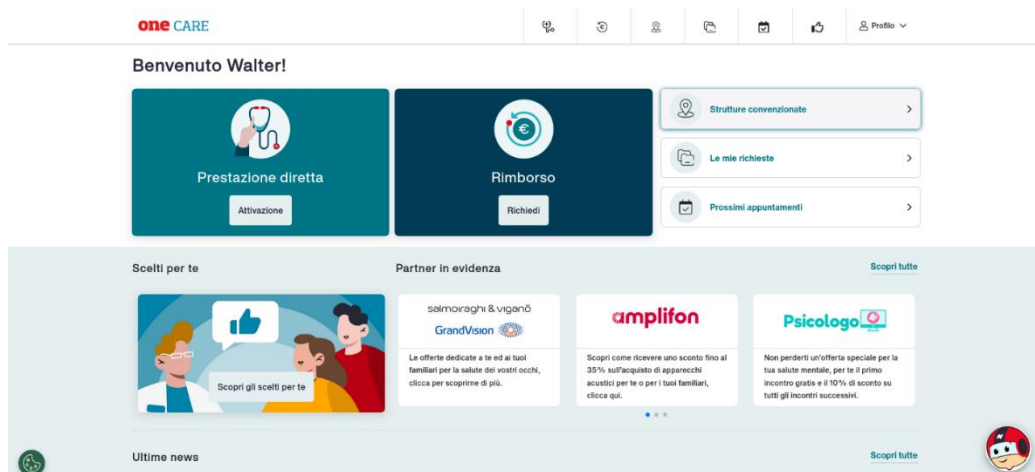
Dopo aver inserito le credenziali provvisorie verrà richiesto il cambio password.

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.

Dati anagrafici caponucleo

Attenzione, è indispensabile che tutti i dati siano corretti per gestire le tue pratiche

Nome

████

Cognome

████

Codice fiscale

██████████

Data di nascita

████████

Genere

M

Indirizzo

🔍 Cerca il tuo indirizzo per poterlo modificare

[Non hai trovato l'indirizzo? Inseriscilo manualmente](#)



Indirizzo*

Via Monte Bianco

Città*

Milano

CAP*

Provincia*

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.

Il mio piano sanitario

I massimali visualizzati sono da riferirsi all'intero nucleo familiare o a singola persona come indicato all'interno del tuo Piano sanitario che ti invitiamo a consultare.

Filtra per anno:

Piano sanitario
54321

Opzione Validità **01/01/2021 - 31/12/2099** IN CORSO

Area

Residuo €300.000,00	Vincolato €0,00	Consumato €0,00
-------------------------------	---------------------------	---------------------------

[Piano sanitario](#)

Per ogni piano sanitario della propria copertura assicurativa è possibile consultare le relative opzioni e le corrispondenti aree, ognuna con i propri massimali.

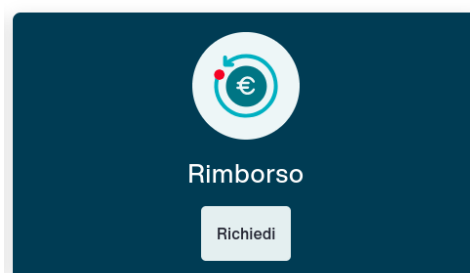
Per ogni area selezionata è possibile visualizzare i relativi valori del massimale:

- 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



Dati profilo

Attenzione, è indispensabile che tutti i dati siano corretti per poter liquidare la pratica

Nome

██████████

Codice Fiscale

██████████

IBAN

████████████████████

Cognome

██████████

Data di nascita

██████████

Indirizzo

████████████████████

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).

Prima Prestazione

Carica qui tutti i documenti richiesti.

È un ricovero?

Sì No

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

Prima Prestazione

Carica qui tutti i documenti richiesti.

È un ricovero?





Sì No

 Documento di spesa * Fattura, scontrino, ricevuta...	+ Inserisci
 Prescrizioni	+ Inserisci
 Altri Documenti	+ Inserisci

*Documenti obbligatori

Assicurati di caricare tutti quelli necessari per evadere la pratica ed evitare future richieste di integrazione documentazione con un inevitabile allungamento dei tempi di chiusura pratica.

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.

 Cartella Clinica*	+ Inserisci
 Documento di spesa * Fattura, scontrino, ricevuta...	+ Inserisci
 Prescrizioni	+ Inserisci
 Altri Documenti	+ Inserisci

*Documenti obbligatori

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.

Ente emittente

Chi ha emesso la fattura:

Italia Estero

Cerca per

[Non trovi l'ente o il medico? Inserisci il nominativo manualmente](#)

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

Seleziona la tipologia di documenti che possiedi

Documenti digitali Documenti cartacei

Verifica la corrispondenza dei dati inseriti con quelli del documento di spesa.

Ente emittente

Chi ha emesso la fattura:

Italia Estero

Cerca per

[Non trovi l'ente o il medico? Inserisci il nominativo manualmente](#)

Numero*	Data*
<input type="text" value="697"/>	<input type="text" value="09/28/2023"/>
Importo totale*	Bollo*
<input type="text" value="112.00"/>	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> 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).

Richiesta di rimborso [Salva bozza](#)

Assistito
Mario Rossi 

Richieste di rimborso

Prima prestazione 
Data documento di spesa
15/10/22

Seconda prestazione 
Data inizio ricovero
15/10/22
Data fine ricovero
18/10/22

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.

Richieste di rimborso

PRIMA PRESTAZIONE  [Modifica](#)

Ricovero	Data documento di spesa
No	15/10/22
Tipologia	Prestazione effettuata
Cure specialistiche	Laserterapia

DOCUMENTO DI SPESA

Ente emittente
Clinica Sant'Agostino - Via Larga 9 20122 Milano MI

Numero	Data
123455	12/10/22
Importo totale	Importo bollo
€ 122,00	€ 2,00

Note: Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit, sed do eiusmod tempor incididunt ut labore et dolore magna aliqua. Ut enim ad minim veniam, quis nostrud exercitation ullamco laboris nisi ut aliquip.

Documento allegato

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.



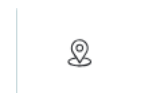
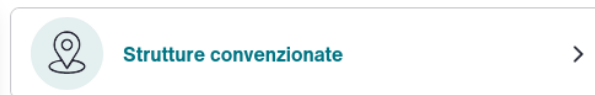
La tua richiesta è stata inviata con successo!

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

[Nuova richiesta di rimborso](#)

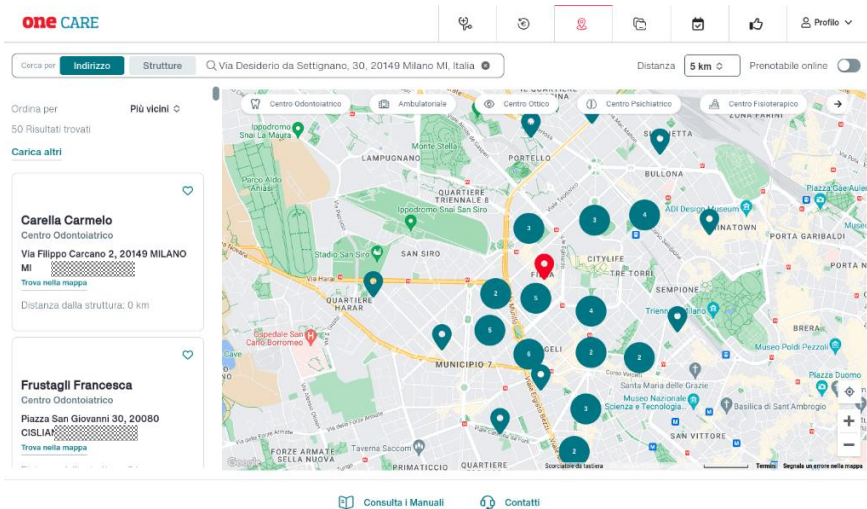
Strutture convenzionate

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.



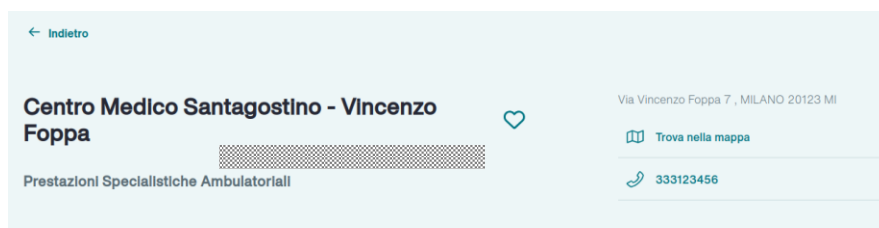
Scegliendo il filtro "Indirizzo" e compilandolo, appare nella barra laterale di sinistra la lista delle strutture trovate, i cui segnaposto sono riportati sulla mappa. Ogni ricerca produce di default 50 risultati, è possibile aumentare i risultati scorrendo la lista oppure cliccando su "Carica altri". 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".



Per prenotare una prestazione medica

Chiama il call center e prenota il tuo appuntamento.
Dopo aver fissato l'appuntamento in struttura, potrai procedere con l'inserimento di una nuova prestazione riprendendo l'attività direttamente in questa pagina.



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 Operativa, 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.



Pagina introduttiva

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



Prima di cominciare ricorda che:

- Per le prestazioni extra ricovero, inserisci la richiesta almeno 2 giorni lavorativi prima della data dell'appuntamento
- Per i ricoveri, inserisci la richiesta almeno 5 giorni lavorativi prima della data di inizio del ricovero
- All'interno del tuo Profilo puoi modificare le informative ed i consensi in qualsiasi momento

Hai un ricovero urgente?

Ricordati che per i ricoveri urgenti è obbligatorio caricare il certificato d'urgenza.

[Ho un ricovero urgente](#)

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.

[← Indietro](#)

Inserisci dati prenotazione

Inserisci i dati necessari per richiedere la tua prestazione

Seleziona struttura

Ricerca la struttura che eroga la prestazione

Q. H. SAN RAFFAELE RESNATI - VIA S. CROCE 10/A 20122 MILANO MI

Prestazione

RICOVERO CHIRURGICO O MEDICO

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.

Non hai trovato il medico?




Inserisci sotto nome e cognome del medico che effettuerà la prestazione, ne verificheremo il convenzionamento.

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.

[← Indietro](#)

Carica documenti

Carica qui tutti i documenti necessari ad evadere la pratica ed evitare future richieste di integrazione documentazione con un inevitabile allungamento dei tempi di chiusura pratica.

 Prescrizione	+ Inserisci
 Referto	+ Inserisci
 Altri Documenti	+ Inserisci

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.



La tua richiesta è stata inviata con successo!

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

[Aggiungi](#)

[Richiedi un'altra prestazione](#)

[Vai alle tue richieste](#)

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

[← Indietro](#)

Hal una prenotazione?

Indica se hai già effettuato una prenotazione presso una struttura.

No

Si

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

[← Indietro](#)

La prestazione è un ricovero?

Indica se la prestazione è un ricovero.

No

Si

Selezione criterio di ricerca

I criteri di ricerca a disposizione sono:

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

[← Indietro](#)

Da dove vuoi Iniziare?

Seleziona il criterio di ricerca della prestazione.



Prestazione



Struttura



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.



Prestazione



Struttura



Medico

Tipo di prestazione

Tipologia

Q VISITA SPECIALISTICA

Tipo prestazione (branca)

Q ALLERGOLOGIA

Procedi

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.

Critério 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.

The screenshot shows a search interface with three tabs: 'Prestazione', 'Struttura', and 'Medico'. The 'Struttura' tab is selected. Below the tabs, the title 'Struttura' is displayed. A search bar contains the text 'Q. santa'. Below the search bar, a list of suggestions is shown:

- Studi Dentistici Specialistici Srl Santa Maria Delle Mole
VIA GIOVANNI PRATI 41C 00040 SANTA MARIA DELLE MOLE RM
- Della Santa Carlo Alba
CORSO TORINO 12 12051 ALBA CN
- Centro Medico Santagostino Repubblica
VIA PANFILO CASTALDI 6 20124 MILANO MI
- Ospedale Santa Maria - Gvm
VIA DE FERRARIS 18 70124 BARI BA

A link for 'Ricerca avanzata' is visible in the top right corner of the search area.

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".

Critério 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.

The screenshot shows a search interface with three tabs: 'Prestazione', 'Struttura', and 'Medico'. The 'Medico' tab is selected. Below the tabs, the title 'Cerca medico' is displayed. A search bar contains the text 'Q. Cerca medico'. Below the search bar, there is a 'Procedi' button. A link for 'Ricerca avanzata' is visible in the top right corner of the search area.

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.

Richiedi prestazione	Salva bozza
Assistito [REDACTED]	
Prenotazione Si	
Ricovero No	
Dettagli prenotazione	
Struttura Centro Diagnostico [REDACTED]	
Torino To	
Prestazione Visita Cardiologica	
Medico [REDACTED]	

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.

Imposta promemoria

Desideri essere avvisato qualche giorno prima dell'appuntamento? Attiva il promemoria indicando quando vorresti ricevere la notifica.

Attiva promemoria

Quando

1 giorno prima 

Indietro **Invia richiesta di prestazione**

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



La tua richiesta è stata inviata con successo!

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

Aggiungi

Richiedi un'altra prestazione

Vai alle tue richieste

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".

Prestazione

Tipologia
VISITA SPECIALISTICA

Tipo prestazione (branca)
ALLERGOLOGIA

Inserisci nome prestazione di dettaglio

Q VISITA ALLERGOLOGICA

Vuoi prenotare con un medico specifico?

ANTONIO ANANIA

Prenotabile online

ALDO DOMENICO MORALE

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.

Scegli data e ora appuntamento

Per le prestazioni, inserisci la richiesta almeno 2 giorni lavorativi prima della data dell'appuntamento. Per i ricoveri, inserisci la richiesta almeno 5 giorni prima della data di inizio del ricovero.

Indica la tua preferenza oraria

Maggio 2024 > < >

DOM	LUN	MAR	MER	GIO	VEN	SAB
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

● Giorni di lavorazione richiesta
● Giorni disponibili
● Giorni non disponibili

Mattina

- 8:30 - 9:00
- 9:00 - 9:30

Pomeriggio

- 15:45 - 16:15
- 16:15 - 16:45
- 16:45 - 17:15
- 17:15 - 17:45
- 17:45 - 18:15
- 18:15 - 18:45
- 18:45 - 19:15
- 19:15 - 19:45

Procedi

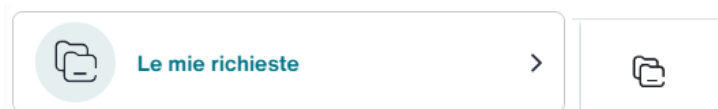
Non sono selezionabili i giorni necessari per l'elaborazione della richiesta (in grigio scuro) o quelli per cui non esiste disponibilità (in rosso). Cliccando sui giorni verdi vengono proposte alla destra del calendario le fasce orarie disponibili. È possibile filtrare ulteriormente le disponibilità 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

The screenshot shows the 'one CARE' dashboard. At the top, there are navigation icons and a 'Profilo' dropdown. Below, there are two main sections: 'Richieste in bozza' (Drafts) and 'Richieste da gestire' (Requests to manage). Under 'Richieste da gestire', there is a sub-section 'Le mie richieste' (My requests) with two tabs: 'Richieste di rimborso' (Reimbursement requests) and 'Richieste di prestazione diretta' (Direct service requests). Below the tabs are filters for 'Assistito' (Assisted), 'Stato' (Status), and 'Periodo' (Period), and an 'Ordina per' (Sort by) dropdown set to 'Data creazione ↓' (Creation date ↓). A table lists two requests, both with a status of 'IN LAVORAZIONE' (In progress).

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 bozza vengono conservate per 14 giorni.

The screenshot shows a 'Richieste in bozza' card. It displays the following information: 'Assistito LUIGI TORRE', 'Prestazioni 1', and 'Inserita il 15/05/2024'. There is a trash icon and a 'Riprendi' (Retrieve) button. At the bottom, a blue bar indicates 'Completabile entro il 29/05/2024' (Completable by 29/05/2024).

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 atterra nella pagina di dettaglio dove sono riportate le indicazioni necessarie per sbloccare la pratica (es. caricamento di documentazione aggiuntiva).

The screenshot shows a 'Richieste da gestire' card. It displays the following information: 'Pratica 279750', 'Data creazione 13/05/2024', and 'Prestazioni 1'. Below this, there is a table with the following columns: 'Fattura n.', 'Data', 'Assistito', 'Importo totale', 'Bollo', 'Altro ente', and 'Liquidato'. The table contains one row with the following data: '697', '28/09/2023', a redacted name, '€112.00', '€2.00', '-', and '-'. There is a 'SOSPESA' (SUSPENDED) button. Below the table, there is another request card for practice 278904, dated 11/05/2024, with 1 service.

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.

Fattura n.	Data	Assistito	Importo totale	Bollo	Altro ente	Liquidato
25B	21/02/2024	[REDACTED]	€200.00	-	-	-

Pratica: 279091, Data creazione: 13/05/2024, Prestazioni: 1, IN LAVORAZIONE

INSENERITA >

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

Filtra per: Assistito, Stato, Periodo. Ordina per: Data creazione ↓

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.

Data	Assistito	Prestazione
31/05/2024	[REDACTED]	Profilassi / Ablazione semplice tartaro

Pratica: TT-1798495 | Data creazione: 23/05/2024 | Prestazioni: 1 | APERTA

PRENOTAZIONE CONFERMATATA

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: **02.45422617**



E-mail richieste di assistenza: **info.onecare.isa@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

Publicato 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.

"Questo testo non potrà essere nè integralmente nè 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."*