



MODULO RICHIESTA PAGAMENTO DIRETTO

che l'Assistito deve inviare preventivamente e comunque non oltre **72 ore lavorative** antecedenti la data di effettuazione della prestazione richiesta, per richiedere la prestazione in Network e usufruire dell'assistenza con pagamento diretto.

Da inoltrare **a: FAX => 06.94443447** o **E---MAIL => preattivazione@caspieonline.eu**

L'Assistito con la presente fa richiesta di usufruire del pagamento diretto delle spese sostenute e fatturate dalla Struttura e/o dalla equipe medica e/o professionista medico convenzionati, nel rispetto delle condizioni previste dal Disciplinare di riferimento.

A. Dati identificativi

Titolare Assistenza (capo nucleo) _____ Data Nascita _____

ID Assistito (Codice nucleo) _____ Cod. Fiscale _____

Assistito (chi usufruisce delle prestazioni) _____ Data _____ Nascita _____

_____ Codice Fiscale dell'Assistito _____ Telefono _____

Ente di appartenenza: _____ Altro _____

B. Dati relativi alle Spese Mediche di cui di richiede il Pagamento Diretto

Patologia/Diagnosi (come da certificato medico allegato) _____

Data prevista di Ingresso ____/____/____ Struttura Convenzionata prescelta: _____

_____ Nominativo del medico: _____

_____ Convenzionato: SI NO

Tipo di ricovero: (con/senza intervento, ambulatoriale, ecc.) _____

_____ Tipo di

prestazione: (in caso di extra ospedaliere e/o dentarie) _____

Documentazione allegata _____

Il sottoscritto, coerentemente con le prestazioni definite dal Disciplinare di riferimento:

è a conoscenza che non sono coperte le prestazioni espressamente escluse dal Disciplinare;
Autorizza la CASPIE e/o altro soggetto a farlo, a pagare in nome e per conto dell'Assistito le prestazioni oggetto della procedura di pagamento diretto alla struttura e/o professionista medico;
Si impegna a pagare alla struttura e/o professionista medico tutte le prestazioni non contemplate nel Disciplinare e ogni altra spesa non compresa nella fattura della struttura sanitaria e/o professionista medico;
Si impegna a rimborsare a posteriori alla CASPIE, le eventuali spese che risultassero non contemplate dal Disciplinare e a versare direttamente alla struttura sanitaria e/o professionista medico gli importi eccedenti gli eventuali massimali/limiti annui globali o per evento, nonché gli importi relativi alle franchigie e/o scoperti eventualmente non applicati per errore.

C. Dati dell'Assistito

Indirizzo _____ n° _____ CAP _____ Città _____

Provincia _____ E-mail (per eventuali comunicazioni sulla pratica) _____

Luogo e data

Firma dell'Assistito

D. Consenso al Trattamento dei Dati Sensibili

In relazione all'informativa sul trattamento dei dati personali ricevuta al momento dell'adesione alla CASPIE, il sottoscritto dichiara di rilasciare il consenso al trattamento, alla CASPIE, e agli specifici soggetti di cui all'elenco richiamato nella stessa informativa e/o che prendano parte al processo liquidativo, dei propri dati personali e sensibili necessari per la gestione della pratica di rimborso delle spese sanitarie e per l'erogazione del servizio di consultazione dei dati sanitari, eventualmente attivato dall'assistito. Infine, libera espressamente la CASPIE e i soggetti interessati nel processo liquidativo, da qualsivoglia pretesa di natura risarcitoria riconducibile a prestazione sanitaria che ritenesse non soddisfacente.

Luogo e data

Firma dell'Assistito
