



**CASSA SANINT per Iscritti AIMO**  
**COPERTURA RIMBORSO SPESE MEDICHE**

**GUIDA AI RIMBORSI**

Gennaio 2023



## SOMMARIO

RIMBORSO SPESE MEDICHE - 1. COME OPERA.....	pag. 3
IL PORTALE MYMARSH - 2. REGISTRAZIONE.....	pag. 7
IL PORTALE MYMARSH - 3. INSERIMENTO DI UNA RICHIESTA DI RIMBORSO.....	pag. 10
IL PORTALE MYMARSH - 4. RICHIESTA DI CONVENZIONAMENTO DIRETTO.....	pag. 17
CONTATTI.....	pag. 24



## **RIMBORSO SPESE MEDICHE**

### **1. COME OPERA**



## Rimborso Spese Mediche – come opera

La copertura Rimborso Spese Mediche prestata da Cassa SANINT agli iscritti AIMO può operare in **Forma Diretta** o in **Forma Indiretta**.

### FORMA DIRETTA - Attivazione del network convenzionato *MyRete*.

Prevede il pagamento diretto da parte del Network alla clinica utilizzata e l'applicazione di franchigie agevolate.

La Forma diretta deve essere espressamente attivata dall'Assistito e deve essere espressamente confermata da *MyRete*.

### FORMA INDIRETTA - Rimborso della spesa già sostenuta.

Prevede la richiesta di rimborso successivo alla spesa sostenuta.

Nel caso non fosse possibile attivare il convenzionamento in forma diretta (*se non fosse convenzionata con MyRete la clinica o l'equipe medica o non fossero rispettate le tempistiche e le modalità di attivazione previste*) l'Assistito potrà caricare la documentazione relativa alla spesa sostenuta sul sito [www.mymarsh.com](http://www.mymarsh.com) e chiederne il rimborso.

In questo caso saranno **sempre** applicate le franchigie previste per la mancata attivazione del convenzionamento diretto (franchigie fuori rete convenzionata).



## Il network sanitario MyRete: come funziona

### Network MyRete

**MyRete** è il network di strutture sanitarie che permette, in caso di ricovero, Day Hospital o intervento ambulatoriale, cure odontoiatriche, visite specialistiche o accertamenti diagnostici (esclusi gli esami del sangue) di effettuare prestazioni pagando solo l'eventuale quota a proprio carico, senza dover anticipare l'intera spesa e chiederne successivamente il rimborso.

Sarà quindi **MyRete** che provvederà a saldare l'intera quota alla struttura.

### Attivazione del convenzionamento diretto

Per attivare un convenzionamento diretto è necessario:

- Scegliere la struttura sanitaria fra quelle convenzionate e fissare un appuntamento, specificando di voler utilizzare il servizio **MyRete**. Nel caso di intervento chirurgico, è necessario **assicurarsi che il medico scelto abbia aderito alla convenzione**.
- Accedere al portale e alla sezione *“Richiedi un convenzionamento”*, come si può vedere in dettaglio nelle slide alla fine della presente guida.

L'elenco delle strutture convenzionate è consultabile sul sito [www.myrete.it](http://www.myrete.it)

**N.B. la prenotazione della prestazione presso la struttura prescelta è sempre a carico dell'Assistito.**

Ricordarsi che la richiesta di attivazione del convenzionamento diretto deve essere fatta **almeno tre giorni prima** della data prestazione e che, entro tale data la stessa sia presa in carico dal Network

Una volta concordata la data della prestazione, si potrà finalizzare la richiesta allegando la documentazione richiesta, ossia:

- Prescrizione medica completa di diagnosi e, solo in caso di trattamento chirurgico, indicazione dell'intervento da effettuare
- Solo in caso di ricovero e se l'assistenza è integrativa ad un Fondo di categoria (Fasi, Fasdac, etc) è necessario il preventivo rilasciato dalla struttura ospedaliera
- In caso di prestazioni odontoiatriche, piano di cure dettagliato redatto dal dentista

Successivamente **MyRete** si attiverà per verificare la copertura, per contattare la struttura convenzionata scelta e confermare l'esito della richiesta entro il giorno precedente la data della prestazione.

## Documentazione necessaria ai fini del rimborso

### Cosa fare in caso di sinistro

- Presentare, la denuncia di sinistro corredata dalla necessaria documentazione medica con prescrizione riportante il quesito diagnostico utilizzando la piattaforma MyMarsh;
- Allegare copia della cartella clinica completa per le prestazioni connesse ai ricoveri;
- Acconsentire alla visita dei medici inviati dalla Società ed a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici curanti;
- Fornire tutta la documentazione (medica e non) che la società riterrà opportuno acquisire ai fini di una corretta e completa istruttoria del sinistro.

Per i termini di prescrizione, si fa riferimento all'articolo 2952 del codice civile.

<b>Ricoveri con o senza intervento chirurgico</b>	Copia cartella clinica completa anche per ricoveri in Day Hospital
	Fatture riguardanti degenza ed equipe medica
	Documentazione medica a supporto (prescrizione medica, spese pre e post ricovero nei limiti previsti)
<b>Per intervento ambulatoriale</b>	Prescrizione del medico con patologia, fattura con il dettaglio dell'intervento
<b>Esami Alta Specializzazione</b>	Prescrizione medica indicante la patologia accertata/sospetta
	Fattura emessa da medico/ centro medico
<b>Visite Specialistiche</b>	Fattura del medico specialista
	Certificazione del medico riportante patologia / sospetta patologia (tali indicazioni possono anche essere riportate direttamente in fattura)
<b>Per accertamenti diagnostici</b>	Prescrizione del medico indicante la patologia/ sospetta patologia
	Fattura emessa dal laboratorio / struttura sanitaria.
	Visite specialistiche
<b>Per trattamenti fisioterapici e rieducativi</b>	Prescrizione del medico specialista indicante la patologia/ sospetta patologia;
	Fattura emessa dal fisioterapista o dal Centro Medico.
<b>Lenti/lenti a contatto</b>	Documentazione medica prodotta dal medico oculista o dall'ottico attestante l'avvenuta modifica visus
	Fattura relativa alla spesa sostenuta e per lenti a contatto fattura unica con fornitura totale di lac (ad esclusione di quelle usa e getta).
<b>Cure Dentarie</b>	Fattura del dentista con il dettaglio dei lavori eseguiti.
<b>Ticket SSN</b>	Fotocopia della prescrizione medica con diagnosi corredata di: documentazione di spesa fiscalmente valida

**Nota Bene -** Quanto indicato sopra è meramente indicativo e potrebbe includere prestazioni non comprese nell'assistenza: in caso di dubbio si faccia riferimento al Quadro Sinottico riepilogante le condizioni prestate. La documentazione indicata potrà dover essere integrata da ogni altro documento che i liquidatori potrebbero richiedere per la gestione del rimborso.



## **IL PORTALE MYMARSH**

### **2. REGISTRAZIONE**

Benvenuto su myMarsh, il portale dedicato alla gestione del tuo welfare

Password

Accedi

Recupero username o password

Registrati

## 1. PRIMO ACCESSO

- Collegarsi a [www.mymarsh.it](http://www.mymarsh.it)
- Cliccare su "**Registrati**"
- Inserire i propri dati personali, la Mail e il codice identificativo **YSPYPCR**
- Prendere nota dello Username assegnato e della Password che verrà inviata per mail
- Inserire Username e Password e cliccare su "**Accedi**"

IT EN

Paolo LASAGNA  
Azienda DEMO S.p.A.  
Copertura: 333M58702292

Richiedi un convenzionamento

Richiedi un rimborso

Richieste inviate

Filtra

LASAGNA Paolo - 26/11/2021

Guida  
Scarica il PDF con le istruzioni per ottenere il rimborso.

Come attivare il convenzionamento diretto con la struttura

Scarica il PDF con le istruzioni ed i riferimenti per attivare la convenzione diretta.



Massimali

## 2. AREA RISERVATA

All'interno dell'Area Riservata si potrà:

- Visualizzare e/o modificare i dati anagrafici personali e dei propri familiari, se presente il nucleo familiare
- Modificare username e/o password e i propri contatti: email e/o cellulare
- Inserire una richiesta di rimborso e consultare lo storico
- Verificare i massimali residui e accedere alle convenzioni disponibili

Paolo LASAGNA  
Azienda DEMO S.p.A.  
Copertura: 333M58702292

## Dati Anagrafici

Nome	Paolo
Cognome	LASAGNA
Nato/a il	18/07/1974
Sesso	M
Codice fiscale	LSGPLA*****U
Inclusione	01/01/2005
Esclusione	
Indirizzo	Via Marconi, 15 20143 MILANO (MI)
	<a href="#">Modifica</a>
IBAN	IT11A*****11111
	<a href="#">Modifica</a>

### 3. Dati Anagrafici

All'interno della sezione Dati Anagrafici si potrà:

- Modificare i propri dati anagrafici e bancari.
- Inserire i dati anagrafici relativi ai familiari inclusi nel nucleo familiare.

### 4. Profilo

All'interno del Profilo si potrà:

- Visualizzare e/o modificare i dati anagrafici suoi e del proprio nucleo familiare, se presente
- Modificare username e/o password e i propri contatti: email e/o il numero di cellulare su cui ricevere le notifiche



## **IL PORTALE MYMARSH**

### **3. INSERIMENTO DI UNA RICHIESTA DI RIMBORSO**

## Inserimento di una nuova richiesta di rimborso

Ricorda che ogni pratica può contenere solo richieste di rimborso sostenute:

- dalla stessa persona
- per lo stesso tipo di prestazione
- per la stessa diagnosi<sup>(\*)</sup>

Nel caso in cui intendi richiedere il rimborso di spese mediche sostenute da/per persone diverse o dalla stessa persona per tipi diversi di prestazione o di diagnosi, è necessario compilare più pratiche.

<sup>(\*)</sup> Per diagnosi si intende la malattia, accertata o sospetta, indicata dal medico.

### Periodo

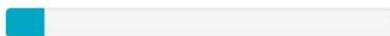
Seleziona il periodo in cui sono state emesse le fatture relative all'evento.

### Assistito

Per chi sono state sostenute le spese di cui si richiede il rimborso?

### Descrizione pratica

Ti sarà utile per visualizzare lo stato di avanzamento della pratica.



avanti >

### STEP 1:

- Selezionare l'assistito a cui è riferita la spesa e il periodo nel quale è stata emessa la fattura.
- Il campo "descrizione pratica" può essere liberamente compilato, con qualsiasi descrizione utile anche per rintracciare la pratica nello storico.

## Prestazione

Tipo

PRESTAZIONI DI ALTA DIAGNOSTICA

Descrizione

Altra prestazione di alta diagnostica

Diagnosi

Per diagnosi si intende la malattia, accertata o sospetta, indicata dal medico.

Ernia sciatica

Fattura o documento di spesa

E' relativa al pagamento di un ticket SSN?

Si  No

Inserisci la data in cui è stato emesso il documento

27/04/2021

Inserisci il numero del documento

23/2001

Inserisci l'importo del documento (includi il bollo, se presente).

€ 300

di cui, rimborsati da altro ente

€ 0

L'importo della fattura comprende anche il bollo?

Si  No

## STEP 2:

- Dal menù a tendina selezionare il tipo di prestazione per cui si chiede il rimborso.
- In caso di spesa in parte già rimborsata da altro ente (Fondo di categoria quali FASI, QUAS, EST, FASDAC) o da altra copertura sanitaria, è necessario indicare l'importo nel campo «di cui rimborsati da altro ente» e allegare la fattura e il dettaglio del rimborso

## Inserimento di una nuova richiesta di rimborso

### Riepilogo

Assistito

PAOLA [XXXXXXXX]

Descrizione pratica

[XXXXXXXX] PAOLA - 29/04/2021

Spesa

€ 300,00

### Dettagli

**Altra prestazione di alta diagnostica**

[Modifica](#) [Elimina](#)

Data 27/04/2021

Numero 23/2001

Spesa € 300,00

Rimb. da altro ente € 0,00

Medico/Centro CENTRO MEDICO SANTAGOSTINO

### STEP 3:

- Al termine dell'inserimento sarà possibile visualizzare un riepilogo.
- Potrà modificare o eliminare la richiesta e aggiungere una nuova fattura relativa alla stessa spesa

Nel caso in cui intendi richiedere il rimborso di un documento di spesa sostenuto da/per persone diverse o dalla stessa persona per tipi diversi di prestazione o di diagnosi, è **necessario compilare una nuova richiesta di rimborso.**

[Aggiungi un nuovo documento di spesa](#)

## Inserimento di una nuova richiesta di rimborso

### Conferma IBAN

IBAN IT11A\*\*\*\*\*11111

#### Attenzione!

Prima di inoltrare la richiesta di rimborso, verificare attentamente la correttezza delle coordinate bancarie.

[Modificare i dati](#)

[< indietro](#)

[avanti >](#)

### STEP 4:

- Prima di finalizzare ogni richiesta, verrà richiesta la conferma delle coordinate bancarie.
- E' importante mantenerle sempre aggiornate per evitare problemi e ritardi nei rimborsi.

## Inserimento di una nuova richiesta di rimborso

Effettua l'upload dei file sul portale

### Attenzione!

- I documenti di spesa originali dovranno essere conservati ed esibiti in caso di controllo.
- La dimensione massima di ciascun file è di 10 MB per le immagini e di 4 MB per i PDF.

## Istruzioni sul caricamento della documentazione

In base alla prestazione che hai scelto, i seguenti documenti sono OBBLIGATORI:

- **Fattura** - Indicante la prestazione erogata o il prodotto acquistato.
- **Prescrizione medica con diagnosi** - Documento redatto dal medico con l'indicazione del quesito diagnostico.

Per ogni file caricato, seleziona i documenti contenuti. Puoi allegare un solo file contenente tutti i documenti obbligatori oppure più file, specificando per ognuno di essi, il relativo documento.

+ Aggiungi un file

## STEP 5

- Caricare tutti i documenti relativi alla spesa di cui intendi chiedere il rimborso come ad esempio prescrizione medica con diagnosi, fattura, ticket sanitario, cartella clinica, dettagli liquidazione da altro ente.

**Al termine, la pratica di rimborso sarà completa!**

## Inserimento di una nuova richiesta di rimborso

La richiesta è pronta per l'inoltro ai liquidatori e non saranno possibili ulteriori modifiche.  
Per procedere cliccare su "fine".

< indietro

fine >

### STEP 6

La pratica di rimborso è ora completa.

Per qualsiasi chiarimento in merito alle pratiche di rimborso spese mediche, è possibile contattare il Customer Care.



## **IL PORTALE MYMARSH**

### **4. RICHIESTA DI CONVENZIONAMENTO DIRETTO**

Paolo LASAGNA  
Azienda DEMO S.p.A.  
Copertura: 333M58702292

Richiedi un convenzionamento

Richiedi un rimborso



### Selezionare il tipo di prestazione per cui si intende richiedere il convenzionamento diretto

Se conosce già il nome della struttura, clicchi su «Indica il nome della struttura» altrimenti su «Ricerca la struttura più vicina»: il sistema di geolocalizzazione permetterà di consultare l'elenco delle strutture più vicine.

## MyRete

Seguendo la procedura potrai richiedere l'attivazione dell'assistenza diretta, ovvero MyRete provvederà a pagare direttamente all'Istituto di Cura e ai medici convenzionati quanto ad essi dovuto. Eventuali franchigie e scoperti previsti dalla polizza rimarranno a carico dell'assicurato.

### Quale prestazione intendi effettuare?

Tipo

RICOVERO CON / SENZA INTERVENTO

Descrizione

Ricovero

### Dove desideri effettuarla?

Ricerca la struttura più vicina  Indica il nome della struttura

Regione

Lombardia

Provincia

Milano

Indirizzo

Via Marconi, 15 MILANO

Cerca

#### Assistito

LASAGNA FILIPPO

#### Descrizione pratica

Ti sarà utile per individuare la pratica e visualizzarne lo stato di avanzamento.

LASAGNA FILIPPO - 22/02/2021

#### Diagnosi

Per diagnosi si intende la malattia, accertata o sospetta, indicata dal medico.

Fistola arterovenosa, acquisita, cardiaca

#### Dovrai sottoporsi ad un intervento chirurgico?

Sì  No

#### Descrizione della prestazione

Inserisci la tipologia di prestazione a cui dovrai sottoporsi. Si precisa che saranno prese in carico unicamente le prestazioni di seguito indicate.

|

#### Data prestazione

Inserisci la data di prenotazione concordata con la struttura sanitaria.

26/02/2021

#### Orario prestazione

Inserisci l'orario di prenotazione concordato con la struttura sanitaria.

11:00

5

### Inserisca i dati della prenotazione nel sistema.

#### Ricordi che:

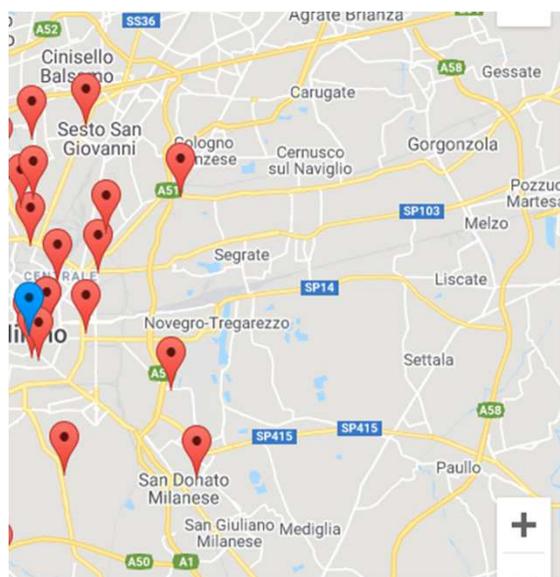
- Dovrà sempre presentare una prescrizione medica che riporti una diagnosi
- MyRete ha bisogno di almeno tre giorni lavorativi per coordinarsi con la struttura ed elaborare la richiesta: il sistema permetterà di operare dal quarto giorno successivo alla data in cui inserisce la richiesta di convenzionamento

Se la struttura prevede la possibilità della **Prenotazione Online** è possibile effettuare la prenotazione dal portale senza avvisare preventivamente la struttura.

Negli altri casi, per procedere con il convenzionamento diretto, si deve aver già prenotato la prestazione presso la struttura scelta (andare alla slide 45)

Selezionare «**Prenota online**» se non si è ancora effettuata la prenotazione e si desidera farla online (se disponibile).

Diversamente, cliccare invece su «**Prenota telefonicamente**»: la procedura sarà identica a quella descritta a partire da slide 45



**1** **CLINICA BAVIERA ISTITUTO OFTALMICO EUROPEO**  
VIA A. ALBRICCI 5, 20121 Milano  
tel: 800228833  
Distanza: **0,22 km**

Scegli e Prosegui

**2** **FONDAZIONE IRCCS CA' GRANDA - OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO**  
VIA FRANCESCO SFORZA 28, 20122 Milano  
tel: 0255031.  
Distanza: **0,54 km**

Scegli e Prosegui



Effettua la prenotazione

Struttura selezionata

**AUXOLOGICO PIER LOMBARDO**  
VIA PIER LOMBARDO, 22, 20135 Milano

Prestazione selezionata

<b>Tipo</b>	VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI, CURE E ALTRE TERAPIE
<b>Descrizione</b>	Visita specialistica



## In caso di Prenotazione Online

Selezionare l'assistito e indicare il numero di telefono per ricevere comunicazioni in merito alla pratica.  
Indicare inoltre i dettagli della diagnosi e della prestazione da effettuare. E' possibile selezionare un medico specifico.



### Prenotazione Online

#### Assistito

Seleziona il beneficiario della prestazione

LASAGNA ANTONIO

#### Descrizione pratica

Ti sarà utile per individuare la pratica e visualizzarne lo stato di avanzamento.

LASAGNA ANTONIO - 25/11/2021

#### Telefono Assistito

Inserisci il numero di telefono sul quale vuoi essere contattato per eventuali comunicazioni.

+39 3451231231

✕ Annulla

Avanti >

## In caso di Prenotazione Online

Selezionare almeno 3 disponibilità sul calendario della struttura o del medico selezionato.



### Prenotazione Online

Seleziona dal calendario almeno 3 giornate di disponibilità e relativa fascia oraria di preferenza.

dicembre 2021



lun	mar	mer	gio	ven	sab	dom
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17 PM	18 ☀️	19
20	21	22 AM	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

## In caso di Prenotazione Online o Telefonica (già effettuata)

Caricare la documentazione richiesta.



### Prenotazione Online

Per completare la richiesta effettua l'upload della seguente documentazione:

- Prescrizione medica completa di diagnosi.  
In caso di trattamenti fisioterapici, la prescrizione medica deve anche indicare il numero e la tipologia di trattamenti da effettuare

#### Attenzione!

- Verificare di aver caricato tutti i documenti necessari alla valutazione della richiesta (es. prescrizione con diagnosi).
- I documenti di spesa originali dovranno essere conservati ed esibiti in caso di controllo.
- La dimensione massima di ciascun file è di 10 MB per le immagini e di 4 MB per i PDF.

[+ Aggiungi i file](#)

## In caso di Prenotazione Online o Telefonica (già effettuata)

Verificare i dati del riepilogo  
Cliccare su **fine** per completare la pratica.

### Riepilogo

#### Struttura Selezionata

AUXOLOGICO PIER LOMBARDO  
VIA PIER LOMBARDO, 22, 20135 Milano  
Tel: 02550001

#### Descrizione Prestazione

Visita

#### Prestazione Selezionata

<b>Tipo</b>	VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI, CURE E ALTRE TERAPIE
<b>Descrizione</b>	Visita specialistica

#### Assistito

<b>Nome</b>	LASAGNA ANTONIO
<b>Telefono</b>	3451231231

#### Prestazione Richiesta

<b>Codice</b>	P412
<b>Descrizione</b>	VISITA ORTOPEDICA
<b>Medico</b>	<input type="text" value="XXXXXX"/>



## Richiesta inserita con successo

**La richiesta è stata ricevuta correttamente.**

La pratica verrà presa in carico al più presto da MyRete.

**Si prega di fare attenzione ai seguenti punti:**

- Si ricorda di conservare la documentazione originale per poterla esibire in caso di richiesta
- Per cambiare la data della prestazione è necessario dapprima concordare la modifica con la struttura sanitaria e successivamente effettuare la procedura di cambio data accedendo alla pagina di dettaglio della richiesta
- Nel caso in cui per qualsiasi motivo dovesse decidere di non effettuare la prestazione, è necessario annullare la prenotazione contattando la struttura e confermare l'annullamento sul sito per liberare il massimale riservato.

[Torna alla Home](#)

### 3. Attivazione di un convenzionamento diretto

La richiesta è ora completa e potrà monitorarne lo stato direttamente dal sito.



## CONTATTI

Per informazioni di carattere generale o inerenti alla piattaforma MyMarsh:  
02.48538.880  
[AIMO@marsh.com](mailto:AIMO@marsh.com)

Per informazioni inerenti ad una pratica di rimborso già inoltrata:  
02.48538.982

Per informazioni inerenti al convenzionamento MyRete:  
02.8538.254



Il presente documento è redatto su incarico di Cassa di Assistenza Sanint da Marsh S.p.A., lo stesso ha un mero scopo informativo e contiene informazioni che non possono essere condivise con terzi, senza previo consenso scritto della Cassa di Assistenza e/o di Marsh. La Cassa di Assistenza e Marsh non si assumono alcun obbligo di aggiornamento del documento e declinano ogni responsabilità nei confronti dell'azienda o di terzi che ne utilizzino il contenuto a qualsiasi titolo.

Cassa di Assistenza Sanint - Sede Legale: Viale Bodio 33, 20158 Milano - Tel. 02485381 - [www.sanint.it](http://www.sanint.it) - Email: [cassa.sanint@sanint.it](mailto:cassa.sanint@sanint.it) - C.F: 97172170157