



Ministero dell'Università e della Ricerca

SEGRETARIATO GENERALE

Direzione generale del personale, del bilancio e dei servizi strumentali

Alla Dott.ssa Daniela Groppuso
segreteriaacru@crui.it

Al Dott. Valter Brancati
valter.brancati@anvur.it

OGGETTO: Convenzione per adesione a carattere non oneroso tra MUR e l'assistenza sanitaria CASPIE.

Si informa che è stata stipulata una convenzione a carattere non oneroso con la CASPIE, che avrà una durata fino al 4 marzo 2026, e che garantisce scontistiche dedicate relativamente alla stipula di una assistenza sanitaria.

I soggetti beneficiari sono:

- dipendenti Mur;
- personale docente e non docente delle Università italiane associate alla CRUI;
- personale in servizio presso l'Anvur.

Le scontistiche dedicate, i contatti utili, nonché le procedure sono visionabili nell'allegato alla presente nota.

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Emanuele Fidora

Firmato digitalmente da FIDORA
EMANUELE
C = IT
O = MINISTERO DELL'UNIVERSITA' E
DELLA RICERCA



“Linea Salute ” proposta per il MUR

CASPIE con la Sua “Linea Salute” offre ai propri assistiti, quattro Prodotti di Assistenza Sanitaria ideali per il mercato Retail (persone fisiche).

Tutti e quattro i Prodotti, sono stati studiati per soddisfare le esigenze del Singolo individuo che vuole cautelarsi contro gli imprevisti della salute.



Linea Salute 1 – RED LINE

Red Line garantisce la copertura necessaria per le spese sanitarie connesse a grandi interventi chirurgici.



Linea Salute 2 – BLUE LINE

Blu Line garantisce la copertura per tutti i Ricoveri, sia con che senza intervento chirurgico, unitamente a prestazioni extra-ricovero (alta diagnostica e prestazioni specialistiche) nonché il rimborso delle spese sostenute per soggetti non autosufficienti.



Linea Salute 3 – YELLOW LINE

Yellow Line integra le coperture prestazioni previste dalla Blue Line, includendo trattamenti riabilitativi e prevedendo limiti di spesa più elevati.



Linea Salute 4 – GREEN LINE

Green Line garantisce una copertura sanitaria davvero a 360 gradi, aggiungendo alla copertura Yellow Line, sia le cure dentarie che l’acquisto di lenti e occhiali.

Per dettaglio prestazioni vedi le Schede Sintetiche allegate.



Linea Salute 1 – RED LINE

Limite di età	80° anno di età
Carenze	180 gg preesistenti
Ricoveri	SOLO GRANDI RISCHI
Limite di assistenza	€ 150.000,00
Ricovero con intervento	€ 150.000,00
<i>Retta di degenza</i>	100% (esclusi comfort o ai bisogni non essenziali)
<i>Onorari medici</i>	compresi
<i>Pre e Post</i>	100 gg pre + 100 gg post
Scoperto	10% minimo € 1.000,00 in convenzione – 20% minimo € 2.000,00 fuori convenzione
Accompagnatore	€ 100,00 al dì massimo 30gg per anno/nucleo
Trasporto (Italia e all'Estero) e ritorno in caso di intervento per assistito e eventuale accompagnatore	€ 1.500,00 per evento
Diaria Ospedaliera	100 gg anno/nucleo - per Grande Intervento € 150,00 al dì
Prestazioni Extra -Ricoveri	EXTRAOSPEDALIERE
Trattamenti riabilitativi	
Limite di Assistenza	€ 2.500,00 anno/nucleo - per Grande Intervento
Scoperto	10% minimo € 25,00 in convenzione – 20% minimo € 50,00 fuori convenzione
Fornitura di apparecchiature per soggetti con inabilità	
Limite di Assistenza	€ 1.000,00 anno/nucleo
Scoperto	€ 0,00
Assistenza infermieristica a domicilio	
Limite di Assistenza	€ 50,00 massimo 30 gg
Trasporto defunto	
Limite di Assistenza	€ 1.500,00

Compilazione Questionario Anamnestico.

I massimali indicati si intendono per nucleo e per anno assicurativo se non diversamente specificato

Scheda Sintetica 1



Linea Salute 2 – BLUE LINE

Limite di età	80° anno di età
Carenze	180 gg preesistenti - 270 gg parto
Ricoveri	RICOVERI IN GENERE
Limite di assistenza	€ 150.000,00 con raddoppio G.I
Ricovero con intervento	€ 150.000,00 con raddoppio G.I
<i>Retta di degenza</i>	100% (esclusi comfort o ai bisogni non essenziali)
<i>Onorari medici</i>	compresi
Pre e Post	100 gg pre + 100 gg post
Scoperto	10% minimo € 1.000,00 in convenzione – 20% minimo € 2.000,00 fuori convenzione
Day hospital con intervento	come Ricovero con intervento
Intervento Ambulatoriale	10% minimo € 500,00
Parto cesareo	
Limite di Assistenza	€ 10.000,00 per evento
Scoperto	10% minimo € 1.000,00 in convenzione – 20% minimo € 2.000,00 fuori convenzione
Ricovero senza intervento	
<i>Retta di degenza</i>	100% (esclusi comfort o ai bisogni non essenziali)
<i>Onorari medici</i>	compresi
Pre e Post	100 gg pre + 100 gg post
Scoperto	10% minimo € 1.000,00 in convenzione – 20% minimo € 2.000,00 fuori convenzione
Parto fisiologico	
Limite di Assistenza	€ 2.500,00 per evento
Scoperto	€ 0,00
Accompagnatore	€ 100,00 al dì massimo 30gg per anno/nucleo
Trasporto (Italia e all'Estero) e ritorno in caso di intervento per assistito e eventuale accompagnatore	€ 1.500,00 per evento
Diaria Ospedaliera	100 gg anno/nucleo
	€ 150,00 al dì

Prestazioni Extra -Ricoveri	EXTRAOSPEDALIERE
Prestazioni "alta diagnostica" (a)	
Limite di Assistenza	€ 1.000,00
Scoperto	in convenzione 10 % - fuori convenzione 20% - Ticket ssn 0
Prestazioni extraricovero domiciliari e ambulatoriali (b)	
Limite di Assistenza	€ 650,00
Scoperto	10% minimo € 25,00 in convenzione - 20% minimo € 50,00 fuori convenzione Ticket ssn 0
Assistenza sanitaria per soggetti non autosufficienti (c)	
Limite di Assistenza	€ 5.000,00
Assistenza infermieristica a domicilio	
Limite di Assistenza	€ 50,00 massimo 30 gg
Trasporto defunto	
Limite di Assistenza	€ 1.500,00

Compilazione Questionario Anamnestico

I massimali indicati si intendono per nucleo e per anno assicurativo se non diversamente specificato



Linea Salute 3 – YELLOW LINE

Limite di età	80° anno di età
Carenze	180 gg preesistenti - 270 gg parto
Ricoveri	RICOVERI IN GENERE
Limite di assistenza	€ 150.000,00 con raddoppio G.I
Ricovero con intervento	€ 150.000,00 con raddoppio G.I
<i>Retta di degenza</i>	100% (esclusi comfort o ai bisogni non essenziali)
<i>Onorari medici</i>	compresi
Pre e Post	100 gg pre + 100 gg post
Scoperto	10% minimo € 1.000,00 in convenzione – 20% minimo € 2.000,00 fuori convenzione
Day hospital con intervento	come Ricovero con intervento
Intervento Ambulatoriale	10% minimo € 500,00
Parto cesareo	
Limite di Assistenza	€ 10.000,00 per evento
Scoperto	10% minimo € 1.000,00 in convenzione – 20% minimo € 2.000,00 fuori convenzione
Ricovero senza intervento	
<i>Retta di degenza</i>	100% (esclusi comfort o ai bisogni non essenziali)
<i>Onorari medici</i>	compresi
Pre e Post	100 gg pre + 100 gg post
Scoperto	10% minimo € 1.000,00 in convenzione – 20% minimo € 2.000,00 fuori convenzione
Parto fisiologico	
Limite di Assistenza	€ 2.500,00 per evento
Scoperto	€ 0,00
Accompagnatore	€ 100,00 al dì massimo 30gg per anno/nucleo
Trasporto (Italia e all'Estero) e ritorno in caso di intervento per assistito e eventuale accompagnatore	€ 1.500,00 per evento
Diaria Ospedaliera	100 gg anno/nucleo
	€ 150,00 al dì

Prestazioni Extra -Ricoveri	EXTRAOSPEDALIERE
Prestazioni "alta diagnostica" (a)	
Limite di Assistenza	€ 2.000,00
Scoperto	in convenzione 10% - fuori convenzione 20% Ticket ssn 0
Prestazioni extraricovero domiciliari e ambulatoriali (b)	
Limite di Assistenza	€ 750,00
Scoperto	10% minimo € 25,00 in convenzione – 20% minimo € 50,00 fuori convenzione Ticket ssn 0
Trattamenti riabilitativi	
Limite di Assistenza	€ 2.500,00 anno/nucleo
Scoperto	10% minimo € 25,00 in convenzione – 20% minimo € 50,00 fuori convenzione
Assistenza sanitaria per soggetti non autosufficienti (c)	
Limite di Assistenza	€ 10.000,00
Fornitura di apparecchiature per soggetti con inabilità	
Limite di Assistenza	€ 1.000,00 anno/nucleo
Scoperto	€ 0,00
Assistenza infermieristica a domicilio	
Limite di Assistenza	€ 50,00 massimo 45 gg
Trasporto defunto	
Limite di Assistenza	€ 1.500,00

Compilazione Questionario Anamnestico.

I massimali indicati si intendono per nucleo e per anno assicurativo se non diversamente specificato



Linea Salute 4 – GREEN LINE

Limite di età	80° anno di età
Carenze	180 gg preesistenti - 270 gg parto
Ricoveri	RICOVERI IN GENERE
Limite di assistenza	€ 300.000,00 con raddoppio G.I
Ricovero con intervento	€ 300.000,00 con raddoppio G.I
<i>Retta di degenza</i>	100% (esclusi comfort o ai bisogni non essenziali)
<i>Onorari medici</i>	compresi
Pre e Post	100 gg pre + 100 gg post
Scoperto	in convenzione € 0,00 - fuori convenzione 15% massimo € 5.000,00
Day hospital con intervento	come Ricovero con intervento
Intervento Ambulatoriale	come Ricovero con intervento
Parto cesareo	
Limite di Assistenza	€ 10.000,00 per evento
Scoperto	€ 0,00
Ricovero senza intervento	
<i>Retta di degenza</i>	100% (esclusi comfort o ai bisogni non essenziali)
<i>Onorari medici</i>	compresi
Pre e Post	100 gg pre + 100 gg post
Scoperto	in convenzione € 0,00 - fuori convenzione 15% massimo € 5.000,00
Parto fisiologico	
Limite di Assistenza	€ 2.500,00 per evento
Scoperto	€ 0,00
Accompagnatore	€ 100,00 al dì massimo 30gg per anno/nucleo
Trasporto (Italia e all'Estero) e ritorno in caso di intervento per assistito e eventuale accompagnatore	€ 1.500,00 per evento
Diaria Ospedaliera	100 gg anno/nucleo
	€ 150,00 al dì

Prestazioni Extra -Ricoveri	EXTRAOSPEDALIERE
Prestazioni "alta diagnostica" (a)	
Limite di Assistenza	€ 3.000,00
Scoperto	in convenzione 10% - fuori convenzione 20% Ticket ssn 0
Prestazioni extraricovero domiciliari e ambulatoriali (b)	
Limite di Assistenza	€ 1.500,00
Scoperto	in convenzione 10% minimo € 25,00 – fuori convenzione 20% minimo € 50,00 Ticket ssn 0
Trattamenti riabilitativi	
Limite di Assistenza	€ 2.500,00 anno/nucleo
Scoperto	in convenzione 10% minimo € 25,00 – fuori convenzione 20% minimo € 50,00
Dentarie	
Limite di Assistenza	€ 1.000,00
Scoperto	in convenzione 15% minimo € 60,00 - fuori convenzione 25% minimo € 120,00
Lenti	
Limite di Assistenza	€ 300,00
Scoperto	€ 0,00
Fornitura di apparecchiature per soggetti con inabilità	
Limite di Assistenza	€ 1.000,00 anno/nucleo
Scoperto	€ 0,00
Assistenza infermieristica a domicilio	
Limite di Assistenza	€ 50,00 massimo 30 gg
Trasporto defunto	
Limite di Assistenza	€ 1.500,00

Compilazione Questionario Anamnestico.

I massimali indicati si intendono per nucleo e per anno assicurativo se non diversamente specificato

Specifiche Assistenze:

(a) PRESTAZIONI DI ALTA DIAGNOSTICA

- Angiografia
- Angiografia digitale
- Artrografia
- Broncografia
- Broncoscopia
- Coronarografia
- Densitometria Ossea
- Diagnostica Endoscopica dell'apparato Digerente ed Urologico
- Ecocardiografia a riposo e da sforzo
- Ecocontrastografia
- Ecodoppler
- Ecografia Intravascolare
- Ecografia Trans-Esofagea
- Ecotomografia
- Esame Holter
- Esami Istopatologici
- Flebografia
- Fluoroangiografia Oculare
- Isterosalpingografia
- Mielografia
- Pet – Tomografia ad Emissione di Positroni
- Potenziali Evocativi Uditivi
- Potenziali Evocativi Visivi
- Radionefrogramma
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN)
- Scialografia con Contrasto
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC)

(b) PRESTAZIONI EXTRARICOVERO, DOMICILIARI E AMBULATORIALI

- I. Onorari medici per visite specialistiche, con esclusione di quelle pediatriche, odontoiatriche e ortodontiche;
- II. Analisi ed esami diagnostici (con l'esclusione di quelli sopra elencati)

(c) ASSISTENZA SANITARIA PER SOGGETTI NON AUTOSUFFICIENTI

La CASPIE rimborsa, con il limite indicato in tabella e per un massimo di due anni, le spese sostenute per assistenza sanitaria fornita a domicilio o in strutture residenziali da operatori specializzati all'assistito che si trovi nell'impossibilità totale e permanente – clinicamente accertata – di svolgere in via autonoma alcuna delle seguenti attività quotidiane: lavarsi, vestirsi, nutrirsi e muoversi a seguito di infortunio occorso o malattia manifestatasi successivamente alla data di decorrenza delle prestazioni.



CASPIE Linea Salute 1 – RED LINE	
Contributo solo titolare	€ 418,00
Contributo titolare e coniuge	€ 690,00
Contributo titolare e nucleo familiare	€ 1.044,00

CASPIE Linea Salute 2 – BLUE LINE	
Contributo solo titolare	€ 852,00
Contributo titolare e coniuge	€ 1.410,00
Contributo titolare e nucleo familiare	€ 2.130,00

CASPIE Linea Salute 3 – YELLOW LINE	
Contributo solo titolare	€ 1.102,00
Contributo titolare e coniuge	€ 1.836,00
Contributo titolare e nucleo familiare	€ 2.754,00

CASPIE Linea Salute 4 – GREEN LINE	
Contributo solo titolare	€ 2.202,00
Contributo titolare e coniuge	€ 3.598,00
Contributo titolare e nucleo familiare	€ 5.506,00

Per l'inserimento in assistenza, sia il coniuge che il Nucleo Familiare (coniuge e figli) dovranno essere conviventi e fiscalmente a carico.

I contributi indicati si intendono annuali (dal 1/1 al 31/12) e dovranno essere versati mediante addebito sepa con rate trimestrali.

Per le inclusioni successive al 1/7 il contributo da versare sarà pari al 60% della misura annua

Per l'inserimento in assistenza è prevista la compilazione del questionario anamnestico

RICHIESTA DI ADESIONE DEDICATA AL MINISTERO DELL'UNIVERSITA' E RICERCA

Spett.le
CASPIE
Via Giuseppe Mercalli, 80
00197 Roma

Il/La sottoscritto/a _____ (cognome) _____ (nome) _____ (telefono) _____ (telefono cellulare)

_____ (IBAN) _____ (Indirizzo e-mail)

chiede di aderire alla sottoindicata assistenza sanitaria della CASPIE (barrare l'assistenza scelta) a decorrere dal

<input type="checkbox"/>	Linea Salute 1 – Red Line – Grandi Rischi	€ 418,00 annui pro-capite € 690,00 annui Titolare e Coniuge convivente e fiscalmente a carico € 1.044,00 annui Titolare e Nucleo familiare convivente e fiscalmente a carico
<input type="checkbox"/>	Linea Salute 2 – Blue Line - Ricoveri	€ 852,00 annui pro-capite € 1.410,00 annui Titolare e Coniuge convivente e fiscalmente a carico € 2.130,00 annui Titolare e Nucleo familiare convivente e fiscalmente a carico
<input type="checkbox"/>	Linea Salute 3 – Yellow Line – Ricoveri e Diagnostica	€ 1.102,00 annui pro-capite € 1.836,00 annui Titolare e Coniuge convivente e fiscalmente a carico € 2.754,00 annui Titolare e Nucleo familiare convivente e fiscalmente a carico
<input type="checkbox"/>	Linea Salute 4 – Green Line - Ricoveri, Diagnostica, Lenti e Cure Dentarie	€ 2.202,00 annui pro-capite € 3.598,00 annui Titolare e Coniuge convivente e fiscalmente a carico € 5.506,00 annui Titolare e Nucleo familiare convivente e fiscalmente a carico

1 Modulo Sepa: addebito in c/c mediante quattro rate trimestrali

al fine di fruirne con i familiari (coniuge e figli) con lui di seguito elencati:

Cognome e Nome	Rapporto di parentela con il richiedente	Data di nascita	Luogo di nascita	Sesso (M/F)	Fiscalmente a carico (si/no)	Convivente (si/no)	Indirizzo completo					Codice fiscale
							Via / Piazza	n.	Cap	Città	PR	
1	TITOLARE	__/__/__			/	/						
2		__/__/__										
3		__/__/__										
4		__/__/__										
5		__/__/__										

Dichiara espressamente che i dati sopra indicati risultano corrispondenti alla realtà. Pertanto provvede al versamento della quota spettante per se e per i familiari indicati dello scrivente per l'assistenza sanitaria erogata dalla CASPIE. Detto importo verrà riconosciuto dal sottoscritto alla CASPIE secondo le modalità prescelta nell'apposito riquadro e con oneri bancari, ove previsti, a carico del sottoscritto. Dichiara altresì di ben conoscere il Disciplinare prescelto e di accettarla in ogni sua parte senza alcuna riserva od eccezione, con particolare riguardo a quanto contenuto relativamente ai termini di presentazione della richiesta di rimborso e relativi limiti. Il/i sottoscritto/i dichiara/ano di aver letto l'informativa dietro riportata e di rilasciare il consenso al trattamento da parte della CASPIE dei propri dati personali e sensibili per le finalità di assistenza sanitaria integrativa e con le modalità indicate nella stessa informativa. Con la sottoscrizione della presente dichiarazione, il/i sottoscritto/i esprime/ono il consenso anche nei confronti degli specifici soggetti di cui all'elenco richiamato nell'informativa (specialisti medici, compagnie di assicurazioni e loro società di servizi, nonché eventualmente, in casi particolari, società di intermediazione assicurativa, consulenti legali o fiscali), per il trattamento dei dati personali e sensibili strettamente necessari allo svolgimento da parte della CASPIE delle attività di gestione delle pratiche di rimborso delle spese sanitarie.

Data..... Firma del Titolare..... e dei familiari maggiorenni

In caso di suo espresso consenso al riguardo, alcuni dati, non sensibili, potranno essere utilizzati dalla CASPIE per migliorare i rapporti con gli assistiti o per inviare comunicazioni ed informazioni relative alle proprie attività e prossime iniziative (ad esempio pubblicazioni e riviste periodiche della Cassa).

___ Concedo il consenso ___ Nego il consenso Data _____ Firma del Titolare _____

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

La CASPIE, Titolare del Trattamento dei Dati Personali, La informa, come previsto dal regolamento (UE) 2016/679 (di seguito il DGPR), che i suoi dati personali saranno trattati con le modalità e per le finalità di seguito indicate. A tal fine, di seguito forniamo una precisa informativa, unitamente al modulo di adesione alla CASPIE, contenente anche il riquadro per la presa visione, che Le chiediamo di compilare, di sottoscrivere, di far leggere e sottoscrivere dai suoi familiari maggiorenni (intendendo tutti i nominativi degli assistiti) ai quali i dati eventualmente si riferiscono.

La invitiamo inoltre a trattenere copia del modulo che, debitamente compilato anche dai propri familiari maggiorenni (quando necessario), verrà restituito alla CASPIE.

I dati personali in possesso della CASPIE sono:

- forniti direttamente dall'assistito (come nel caso dei dati di tipo sanitario),
- oppure sono raccolti per il tramite dell'azienda da cui l'interessato dipende, al momento dell'avvio del rapporto di lavoro; successivamente nel corso del prosieguo del rapporto di lavoro quando si verificano variazioni definitive o provvisorie dei dati stessi, quando la stessa azienda è parte attiva in alcune fasi della procedura di rimborso.

Le informazioni raccolte riguardano: i dati anagrafici, la qualifica aziendale se comunicata, le generalità dei familiari e/o componenti il nucleo assistito, le certificazioni mediche soggette a rimborsi.

Per l'adempimento degli specifici obblighi assistenziali assunti, la CASPIE viene necessariamente a conoscenza di tali dati, personali e sanitari, senza dei quali non sarebbe possibile il completo rimborso delle spese mediche sostenute ed una corretta gestione delle relative pratiche.

Può accadere inoltre che la CASPIE, sempre nel trattamento dei documenti e dati sanitari indispensabili per l'espletamento delle pratiche di rimborso (ad esempio, certificati di gravidanza e maternità; certificati di invalidità e appartenenza a categorie protette), possa venire occasionalmente in possesso anche di altri dati che, per la loro natura, il DGPR definisce "particolari" (in quanto da questi dati possono eventualmente desumersi l'origine razziale ed etnica dell'interessato, le sue convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni di carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché aspetti relativi alla vita sessuale).

Per il trattamento dei Suoi dati sanitari e di eventuali altri dati di natura "particolare", ove strettamente necessari per l'erogazione di prestazioni e servizi della CASPIE, il DGPR richiede Le sia data la presente specifica informativa, per l'avvenuta presa visione della quale, La preghiamo di apporre la Sua sottoscrizione nell'allegato modulo.

I dati sono trattati, mediante l'impiego di idonee misure di sicurezza e riservatezza, nell'ambito della normale attività di assistenza sanitaria integrativa della CASPIE, attraverso l'utilizzo di strumenti anche informatici e telematici e con modalità strettamente correlate, in particolare, al perseguimento delle finalità di:

- gestione delle pratiche di rimborso delle spese sanitarie sostenute,
- erogazione del servizio di consultazione dei dati sanitari, eventualmente attivato dall'assistito,
- fornitura degli altri servizi di urgenze e prenotazioni di prestazioni sanitarie, consulenza sanitaria, assistenza domiciliare, ecc.,
- adempimento di obblighi previsti da leggi, da regolamenti e dalle normative comunitarie, nonché da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge e da organi di vigilanza e controllo.

Salva diversa indicazione dell'interessato, alcuni dati, non sensibili, possono essere utilizzati dalla CASPIE per migliorare i rapporti con gli assistiti o per inviare comunicazioni ed informazioni relative alle proprie attività e prossime iniziative (ad esempio, pubblicazioni e riviste periodiche della Cassa).

Per lo svolgimento di diverse attività la CASPIE ha l'esigenza di comunicare alcuni dati degli assistiti anche a società o soggetti esterni di propria fiducia, che possono utilizzarli, in qualità di autonomi titolari o di responsabili del trattamento, per l'effettuazione di lavorazioni necessarie per l'erogazione delle prestazioni o dei servizi richiesti, o per svolgere attività di supporto al funzionamento ed all'organizzazione del lavoro d'ufficio e delle pratiche di rimborso in genere.

In particolare, i dati sanitari forniti dagli assistiti non sono divulgati a terzi e possono essere comunicati, per la gestione, l'omologazione e la liquidazione delle richieste di rimborso, soltanto a:

- specialisti medici o consulenti comunque esercenti le professioni sanitarie,
- compagnie di assicurazioni collegate alla CASPIE e loro società di servizi,
- in casi particolari, società di intermediazione assicurativa, consulenti legali e fiscali.

Alle società o compagnie convenzionate con la CASPIE per l'erogazione degli altri servizi di urgenze e prenotazioni di prestazioni sanitarie, consulenza sanitaria, assistenza domiciliare, ecc. sono comunicati solo i dati anagrafici necessari a comprovare l'adesione alla Cassa. L'elenco di tali specifici soggetti, società e professionisti è comunque disponibile dietro semplice richiesta al Responsabile della Protezione dei Dati, "Data Protection Officer – DPO" di CASPIE scrivendo a dpo@caspie.eu.

In qualsiasi momento, l'assistito potrà verificare i dati che lo riguardano, ed eventualmente farli correggere, aggiornare o cancellare o rettificare o, se vi è interesse, ad integrare o limitare (ai sensi degli artt 15-20 del DGPR), scrivendo o contattando la CASPIE ai recapiti sopra indicati.

Per qualsiasi ulteriore informazione relativa al trattamento dei Suoi dati personali, può consultare il link "privacy" nella pagina <https://www.caspie.eu/privacy.aspx> o inviare una e-mail all'indirizzo di posta elettronica dpo@caspie.eu



Cassa di Assistenza Sanitaria

Via Giuseppe Mercalli, 80 - 00197 Roma - Numero Verde: 800 254 313

Questo modulo deve essere compilato dall'interessato rispondendo specificatamente a tutte le domande e regolarmente sottoscritto nel rispetto del diritto all'oblio oncologico previsto all'art. 2 della legge n. 193/2023 (*)

ENTE: _____ TITOLARE DELL'ASSISTENZA: _____

Io sottoscritto.....
(nome e cognome)

(data di nascita)

(telefono)

Indirizzo.....
(via e numero) (c.a.p.) (città)

- | 1) E' MAI STATO RICOVERATO IN CASA DI CURA, OSPEDALI, ECC., PER MALATTIE O INFORTUNI? | no | si | EPOCA | MOTIVO DEL RICOVERO |
|---|--------------------------|--------------------------|-------|---------------------|
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| HA SUBITO INTERVENTI OPERATORI? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | | |

- 2) HA SOFFERTO O SOFFRE DI MALATTIE? IN CASO DI RISPOSTA AFFERMATIVA SPECIFICARE IL TIPO, L'EPOCA DI INSORGENZA E LA DURATA.

- | DELL' APPARATO RESPIRATORIO? | no | si | | DURATA | EPOCA |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------|--------------------------|-------|
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | pleuriti | <input type="checkbox"/> | |
| | | | broncopatie | <input type="checkbox"/> | |
| | | | enfisema | <input type="checkbox"/> | |
| | | | tumori | <input type="checkbox"/> | |
| | | | altre | <input type="checkbox"/> | |

- | DELL' APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO? | no | si | | DURATA | EPOCA |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|-------|
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | infarto | <input type="checkbox"/> | |
| | | | angina pectoris | <input type="checkbox"/> | |
| | | | ipertensione | <input type="checkbox"/> | |
| | | | insufficienza cardiaca | <input type="checkbox"/> | |
| | | | varici | <input type="checkbox"/> | |
| | | | artereopatie | <input type="checkbox"/> | |
| | | | altre | <input type="checkbox"/> | |

- | DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE? | no | si | | DURATA | EPOCA |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|-------|
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | epilessia | <input type="checkbox"/> | |
| | | | ictus cerebrale | <input type="checkbox"/> | |
| | | | morbo di Parkinson | <input type="checkbox"/> | |
| | | | tumori | <input type="checkbox"/> | |
| | | | malattie psichiatriche | <input type="checkbox"/> | |
| | | | altre | <input type="checkbox"/> | |

- | DEL SISTEMA ENDOCRINO E DEL METABOLISMO? | no | si | | DURATA | EPOCA |
|--|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|-------|
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | diabete mellito | <input type="checkbox"/> | |
| | | | gotta | <input type="checkbox"/> | |
| | | | alt.tiroide e paratiroidi | <input type="checkbox"/> | |
| | | | altre | <input type="checkbox"/> | |

DELL' APPARATO UROLOGICO?	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	nefrite calcolosi renale insufficienza renale tumori altre	DURATA	EPOCA
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
<hr/>					
DELL' APPARATO GENITALE?	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	m.della prostata m.della mammella m.delle ovaie m.dell' utero altre	DURATA	EPOCA
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
<hr/>					
DELL' APPARATO DIGERENTE?	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	gastrite ulcera gastro-duodenale malattie dell'intestino tumori cirrosi epatica epatite calcolosi epatica altre	DURATA	EPOCA
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
<hr/>					
MALATTIA DELL' APPARATO OSTEO - ARTICOLARE E LOCOMOTORE?	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	artrosi artrite reumatoide altre	DURATA	EPOCA
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
<hr/>					
DEL SANGUE?	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	anemie malattie emorragiche leucemie altre	DURATA	EPOCA
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
<hr/>					
DELL' APPARATO VISIVO?	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	cataratta distacco retina glaucoma altre indicazione visus	DURATA	EPOCA
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
<hr/>					
3) E' STATO SOTTOPOSTO A TERAPIA RADIANTE?	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	EPOCA	DURATA	EPOCA
		
<hr/>					
4) HA IMPERFEZIONI FISICHE? (specificare la natura e l'entità)	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	alterazioni uditive alterazioni degli arti altre quali	DURATA	EPOCA
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
<hr/>					
5) HA SUBITO TRAUMI O FRATTURE O LESIONI ACCIDENTALI? (specificare l'esito)	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	del cranio degli organi di senso degli arti di altre sedi	DURATA	EPOCA
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
<hr/>					
6) INDICARE EVENTUALI TERAPIE FARMACOLOGICHE IN CORSO				
				

(*) Crocettare la casella che interessa, specificando dove richiesto.

Si conferma che le dichiarazioni da me sopra fornite sono veritiere e complete e si riconosce che le stesse si riferiscono a circostanze essenziali agli effetti dell'erogazione dell'assistenza da parte delle CASPIE ai sensi della normativa assistenziale applicabile che si dichiara di ben conoscere.

In attesa di conoscere le determinazioni che verranno adottate, porgo distinti saluti.

....., li

.....
(firma)

LEGGE 7 dicembre 2023, n. 193

Disposizioni per la prevenzione delle discriminazioni e la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche. (23G00206)

Entrata in vigore il 02/01/2024

CHE COSA SIGNIFICA IL DIRITTO ALL'OBLIO ONCOLOGICO?

Il **diritto all'oblio** è il diritto di non fare menzione dell'esperienza di malattia attraversata quando il tempo trascorso e le condizioni di salute la rendono non più rilevante. E di non essere oggetto di indagine per questo motivo. E quando la malattia progressa non è più rilevante?

Quando è scomparso il rischio in eccesso dovuto al cancro, un lasso di tempo identificato in **dieci anni dal termine delle cure** attive per gli adulti e **cinque anni per i tumori diagnosticati prima dei 21 anni d'età**, senza che si siano verificati episodi di recidiva.

LA GUARIGIONE DAL TUMORE

Un paziente oncologico viene considerato "guarito" quando raggiunge la stessa attesa di vita della popolazione generale. Le tempistiche variano in relazione alle diverse neoplasie.



Tipo di tumore	Specificazioni	Anni dalla fine del trattamento
Colon-retto	Stadio I, qualsiasi età	1
Colon-retto	Stadio II-III, >21 anni	7
Melanoma	>21 anni	6
Mammella	Stadio I-II, qualsiasi età	1
Utero, collo	>21 anni	6
Utero, corpo	Qualsiasi età	5
Testicolo	Qualsiasi età	1
Tiroide	Donne con diagnosi <55 anni - uomini con diagnosi <45 anni. Esclusi i tumori anaplastici per entrambi i sessi	1
Linfomi di Hodgkin	<45 anni	5
Leucemie	Acute (linfoblastiche e mieloidi), qualsiasi età	5



CASPIE

Riferimenti e Procedure

Contatti

800.254.313 da rete fissa

+39 06.67549.313 da rete mobile e dall'estero

Attivo dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 13.00

Sito internet istituzionale

www.caspie.eu

Sito internet Area riservata assistiti (previa registrazione)

<https://www.caspieonline.eu>

AREA RISERVATA

Utente Password **Accedi**

[Registrati](#) [Password Dimenticata?](#)

CASPIE CASPIE

BENVENUTO NEL PORTALE OPERATIVO DI CASPIEONLINE.EU

MESSAGGI DI SERVIZIO

Assistenza telefonica



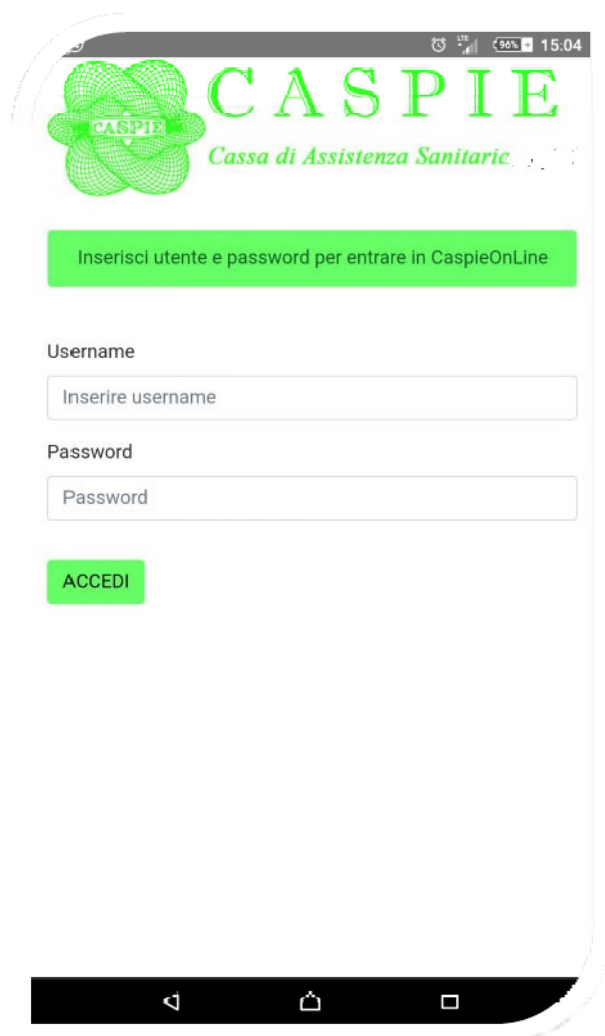
NUMERO VERDE 24/7
800-254-313

Numero Verde attivo 24 ore su 24 festivi compresi per le **URGENZE**.
Per informazioni relative alle Case di Cura, alle Strutture Sanitarie e ai professionisti convenzionati, chiamare dal Lunedì al Venerdì, dalle 09:00 alle 13:00 e dalle 15:00 alle 17:00.

Per fruire dei seguenti servizi on line:

- Inserimento richiesta di rimborso con upload documentazione
- Consultazione stato di avanzamento Pratiche in corso
- Consultazione/Ricerca strutture e medici network convenzionato
- Consultazione massimali residui
- Attestazione 730 personalizzato
- Consultazione Normativa
- Regolarizzazione Richiesta di rimborso
- e molto altro ancora...

APP per dispositivi mobili Apple e Android



- Inserimento richiesta di rimborso con upload documentazione
- Consultazione stato di avanzamento Pratiche in corso
- Consultazione/Ricerca strutture e medici network convenzionato

Come usufruire di una prestazione sanitaria:

FUORI CONVENZIONE

(definizione)



- ▶ L'Assistito si avvale di qualsiasi struttura o professionista per effettuare la prestazione.
- ▶ Anticipa l'intero importo.
- ▶ Successivamente presenta la richiesta di rimborso.

IN CONVENZIONE

(definizione)



- ▶ L'Assistito verifica il convenzionamento dei medici e della struttura dove effettuare la prestazione
- ▶ Effettua la prenotazione identificandosi come assistito CASPIE e chiedendo l'attivazione del pagamento diretto
- ▶ Non anticipa alcun importo, fatta eccezione per eventuali franchigie/scoperti eventualmente previste dalla normativa di cui fruisce.