

TUTORIAL PER RICHIESTA CHECK-UP

Dall'AREA RISERVATA, nella sezione **GESTIONE RICHIESTE** cliccare su «Nuova richiesta di diretta» selezionando le voci necessarie.



Inizio Richiesta

La prestazione è preparatoria ad un ricovero/intervento?

Tipo prestazione

Hai già una prenotazione?

- NUOVA RICHIESTA DI RIMBORSO >
- NUOVA RICHIESTA DI DIRETTA >
- CONSULTA RICHIESTE DI RIMBORSO >
- CONSULTA RICHIESTE DI DIRETTA >

- 1 🚩 INIZIO RICHIESTA
- 2 👤 DATI ASSICURATO
- 3 📄 DATI PRESTAZIONE
- 4 🏥 CENTRO MEDICO
- 5 📁 DOCUMENTI
- 6 📄 RIEPILOGO

VAI ALLO STEP 2

📄 Dati Prestazione

La richiesta deve essere fatta almeno 2 giorni prima della data della prestazione.

Data Prestazione ⓘ

31/05/2023

Tipologia prestazione

Checkup

Seleziona il checkup

- Check-Up Annuale
- Sindrome Metabolica

Descrizione della prestazione ⓘ

Inserisci la PRESTAZIONE da eseguire

1 ✓ INIZIO RICHIESTA

2 ✓ DATI ASSICURATO

Assicurato: PAOLO BACCHERINI
Email: P.BACCHERINI@TN.IT

3 📄 **DATI PRESTAZIONE**

4 🏥 CENTRO MEDICO

5 📁 DOCUMENTI

6 📄 RIEPILOGO

[SALVA BOZZA](#) | [ANNULLA RICHIESTA](#)

VAI ALLO STEP 4

Dopo aver compilato/validato i **DATI ASSICURATO** è necessario procedere ai dati prestazione:

- Inserire la data della prestazione o la preferenza di giorni ed orario;
- Identificare **CHECK UP** dalla **TIPOLOGIA PRESTAZIONE** e selezionare la tipologia che si vuole effettuare.

Seleziona il checkup

Check-Up Annuale

Composizione Check-up

- | | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Antigene Prostatico Specifico (Psa) (X 1) | <input checked="" type="checkbox"/> Alt Ast (X 2) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Azotemia (X 1) | <input checked="" type="checkbox"/> Colesterolo Hdl O Ldl (X 2) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Colesterolo Totale O Colesterolemia (X 1) | <input checked="" type="checkbox"/> Colonscopia Virtuale (Eseguita Con T.C. Più Ricostruzione 3d) (X 1) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Creatinemia (X 1) | <input checked="" type="checkbox"/> Densitometria Total Body Compresa Eventuale Morfometria (X 1) |
| <input checked="" type="checkbox"/> E.C.G. Di Base (X 1) | <input checked="" type="checkbox"/> Ecografia Addome (X 1) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ecografia Prostatica (X 1) | <input checked="" type="checkbox"/> Emocromocitometrico E Morfologico (Hb,Gr,Gb, Piastrine, Indici Eritrocitari Der. F.L.) (X 1) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Esofagogastroduodenoscopia Diagnostica (Comprese Biopsie) Ed Eventuale Test Rapido H. Pylori, Anche Per Via Transnasale (X 1) | <input checked="" type="checkbox"/> Feci, Ricerca Sangue Occulto (Qualsiasi Metodica) (X 1) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Glicemia (X 1) | <input checked="" type="checkbox"/> Gamma Glutamil Transpeptidasi (Gamma Gt) (X 1) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Tempo Di Protrombina (Pq) (X 1) | <input checked="" type="checkbox"/> Pancolonscopia Diagnostica Anche Robotica Con Fibre Ottiche (Comprese Biopsie) Ed Eventuale Ileoscopia (X 1) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Test Ergometrico (Prova Da Sforzo Con Cicloergometro O Al Tappeto Rotante) Compreso Onorario Professionale (X 1) | <input checked="" type="checkbox"/> Tempo Di Protrombina Parziale (Ptt) (X 1) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Uso Sala Ambulatoriale Dedicata Per Piccoli Interventi/Atti Medici (Compresi Materiali E Medicinali Di Uso Comune Ed Eventuale Uso Di Anestetici Locali), Se Eseguiti In Ospedali, Case Di Cura, Day Hospital, Day Surgery (X 1) | <input checked="" type="checkbox"/> Trigliceridi (X 1) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Visita Urologica (X 1) | <input checked="" type="checkbox"/> Urine, Esame Chimico E Microscopico Completo (X 1) |
| | <input checked="" type="checkbox"/> Velocità Di Sedimentazione Delle Emazie (X 1) |
| | <input checked="" type="checkbox"/> Visita Cardiologica (X 1) |

- 3 **DATI PRESTAZIONE**
- 4 CENTRO MEDICO
- 5 DOCUMENTI
- 6 RIEPILOGO

Di *default* sono selezionate tutte le prestazioni previste ma è possibile deselezionare le prestazioni che non si vogliono effettuare.

Nome struttura

Indirizzo

Torino TO, Italia
Raggio 5 Km

FORNACA DI SESSANT 1.4 Km
CASA DI CURA PRIVATA
VITTORIO EMANUELE II - 10128 TORINO
Tel: [011/5574355](tel:011/5574355)
Selezionato

HUMANITAS GRADENIGO 1.5 Km
REPARTO SOLVENTI (INTRAMODENIA)
REGINA MARGHERITA - 10153 TORINO
Tel: [011/8151211](tel:011/8151211)
Seleziona

C.I.D.I.M.U. 1.7 Km
CENTRO MEDICO(POLIAMBULATORIO)
LEGNANO - 10128 TORINO
Tel: [011/5616111](tel:011/5616111)
Seleziona



- 3 ✓ **DATI PRESTAZIONE**
Data: 31/05/2023
Prestazione n° 1
- 4 + **CENTRO MEDICO**
- 5 📄 **DOCUMENTI**
- 6 📄 **RIEPILOGO**

- Effettuare la ricerca del Centro inserendo o il nome struttura o l'indirizzo;
- Selezionare il **CENTRO MEDICO** presso cui si è prenotato o s'intende prenotare;
- Inviare la richiesta a Blue Assistance;
- Blue Assistance invierà il documento di **PRESA IN CARICO** all'assistito e alla struttura.