



---

# *My*Marsh

---

## **GUIDA ALL'UTILIZZO DEL PORTALE MyMARSH**

[www.mymarsh.it](http://www.mymarsh.it)

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

Accedi

[Recupero username o password](#)

Registrati



MODULI INFORTUNI  
INVALIDITA'



L'APP MOBILE myMarsh  
Scopri l'applicazione mobile gratuita  
per la gestione delle spese sanitarie

## Primo accesso:

- Collegati a [www.mymarsh.it](http://www.mymarsh.it)
- Clicca su "Registrati"
- Inserisci i tuoi dati personali, la Mail e il codice identificativo azienda (fornito dal proprio ufficio HR)
- Prendi nota dello Username assegnato, riceverai la Password via Mail
- Inserisci Username e Password e clicca su "Accedi"

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

[Seleziona un convenzionamento](#)[Richiedi un rimborso](#)

## Richieste inviate

[Filtro](#)

- ⊕ LASAGNA FILIPPO - 27/04/2017  
Bozza
- ⊕ LASAGNA Paolo - 20/04/2017  
Bozza
- ⊕ LASAGNA Paolo - 20/04/2017  
Bozza
- ⊕ LASAGNA FILIPPO - 18/04/2017  
Bozza
- ⊕ MYX2567381D MyRete - LASAGNA Paolo - 27/04/2017  
In lavorazione
- ⊕ MYX2567382N MyRete - LASAGNA Paolo - 27/04/2017  
In lavorazione



### 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

Controlla i massimali residui.



### Customer Care

Dal lunedì al giovedì  
09.15 - 12.00  
13.30 - 16.30

+39 02 48538982

## Area Riservata

All'interno dell'Area Riservata potrai

- Visualizzare e/o modificare i dati anagrafici tuoi e del tuo nucleo familiare, se presente
- Modificare username e/o password e i tuoi contatti: email e/o cellulare
- Inserire una richiesta di rimborso, richiedere un convenzionamento diretto e consultare lo storico
- Verificare i massimali residui
- Accedere alle convenzioni

## Credenziali d'accesso

**Username** cristianodemo

**Password** \*\*\*\*\*

[Modifica Username](#)

[Modifica Password](#)

## Contatti

L' email verrà utilizzata per il recupero delle credenziali d'accesso al sito

**Email** \*\*\*\*@marsh.com

**Cellulare** \*\*\*\*\*7893

- Desidero, in caso di mia futura richiesta, ricevere la password via SMS anzichè via e-Mail (questa opzione consente una maggiore sicurezza nel caso di smarrimento di entrambi i codici di accesso).

[Modifica](#)

## Notifiche

Chiedo di inviarmi messaggi relativi a:

Aggiornamenti sull'iter delle pratiche di rimborso spese mediche

e-Mail  SMS

[Modifica](#)



### GUIDA

Scarica il PDF con le istruzioni per ottenere il rimborso.



### ELENCO DELLE PRESTAZIONI GARANTITE

Scarica il PDF con il dettaglio delle prestazioni sanitarie garantite.



### COME ATTIVARE UN RICOVERO IN CLINICA CONVENZIONATA

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



### CONVENZIONI

Scopri i dettagli sulle tue convenzioni.



### MASSIMALI

Controlla i massimali residui.

## Profilo

Puoi accedere a questa sezione cliccando sull'icona "Profilo" posta nel menù in alto.

Cliccando su "Modifica" puoi aggiornare sia username che password nella sezione "Credenziali d'accesso«.

Cliccando su "Modifica" puoi aggiornare l'indirizzo email e/o il cellulare che vuoi sia utilizzato per le notifiche sulle pratiche di rimborso spese mediche e per il recupero della password.

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, 129  
20143 MILANO (MI)

Modifica

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

Modifica

### Familiari

- ⊕ LUCA PUCSI
- ⊕ MARCO LASAGNA
- ⊕ CARLO LASAGNA



#### 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

Controlla i massimali residui.



#### Customer Care

Dal lunedì al giovedì  
09.15 - 12.00  
13.30 - 16.30

+39 02 48538982

## Dati Anagrafici

Puoi accedere a questa sezione cliccando sull'icona "Dati anagrafici" posta nel menù in alto.

Cliccando su "Modifica" puoi aggiornare i tuoi dati anagrafici e/o bancari.

Cliccando su "Aggiungi Familiare" puoi aggiungere un membro del tuo nucleo alla copertura (questa opzione potrebbe non essere attiva per il tuo piano).

**INSERIMENTO DI  
UNA RICHIESTA DI  
RIMBORSO**

## Inserimento di una nuova richiesta di rimborso

Ricorda che ogni pratica può contenere solo richieste di rimborso sostenute da **un'unica persona per un unico evento**.

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

### Periodo

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

01/01/2017 - 31/12/2017

### Assistito

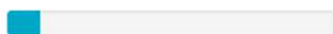
Per chi sono state sostenute le spese di cui si richiede il rimborso?

LASAGNA Paolo

### Descrizione pratica

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

LASAGNA Paolo - 28/04/2017



avanti >



### 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

Controlla i massimali residui.



### Customer Care

Dal lunedì al giovedì  
09.15 - 12.00  
13.30 - 16.30

+39 02 48538982

## Inserimento di una pratica di rimborso – Step 1

Puoi accedere a questa sezione cliccando su "Richiedi un rimborso" nella tua area riservata.

Dovrai 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 ti possa essere utile per rintracciare la pratica nello storico.

## Inserimento di una nuova richiesta di rimborso

LASAGNA Paolo - 28/04/2017

## Prestazione

Tipo

EXTRAOSPEDALIERE

Descrizione

RMN

E' relativa al pagamento di un ticket \$SN?

 SI  No

Fattura o documento di spesa

E' una fattura, una ricevuta fiscale o una quietanza di pagamento?

 SI  No

Inserisci la data in cui è stato emesso il documento

06/04/2017

Inserisci il numero del documento

123

Inserisci l'importo del documento

€ 500

di cui, rimborsati da altro ente

€ 0

Medico/Centro

Inserisci il nome del medico o del centro che ha emesso il documento

Centro Diagnostico Italiano

Inserisci la partita IVA di chi ha emesso il documento

01721030151

 Medico Estero

&lt; Indietro

avanti &gt;



## 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

Controlla i massimali residui.



## Customer Care

Dal lunedì al giovedì  
09.15 - 12.00  
13.30 - 16.30

+39 02 48539982

## Inserimento di una pratica di rimborso – Step 2

Dal menù a tendina seleziona il tipo di prestazione cui si riferisce la spesa per cui intendi chiedere il rimborso, la procedura automatica ti guiderà con domande specifiche.

Il campo "di cui rimborsati da altro ente" va compilato nel caso in cui parte della spesa sia già stata rimborsata da un altro ente: per esempio un fondo di categoria (FASI, QUAS, EST, FASDAC...) o un'altra polizza sanitaria.

In questo caso sarà necessario allegare, oltre alla fattura, il dettaglio di tale rimborso.



## Inserimento di una nuova richiesta di rimborso

### Riepilogo

**Assistito** Paolo LASAGNA  
**Descrizione pratica** LASAGNA Paolo - 28/04/2017  
**Spesa** € 500,00

### Dettagli

**RMN**  
Data 06/04/2017  
Numero 123  
Spesa € 500,00  
Rimb. da altro ente € 0,00  
Medico/Centro CDI Centro Diagnostico Italiano SPA

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

[Aggiungere una nuova fattura per l'evento](#)

[avanti >](#)



#### 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

Controlla i massimali residui.



#### Customer Care

Dal lunedì al giovedì  
09.15 - 12.00  
13.30 - 16.30

+39 02 48538982

## Inserimento di una pratica di rimborso – Step 3

Una volta terminato l'inserimento di una richiesta verrà visualizzato un riepilogo di quanto inserito e ti verrà data la possibilità di:

- Modificarla o eliminarla
- Aggiungere una nuova fattura/documento di spesa relativo al medesimo evento
- Proseguire

## Inserimento di una nuova richiesta di rimborso

## Conferma IBAN

IBAN IT11A\*\*\*\*\*1111

## Attenzione!

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

[Modificare i dati](#)

&lt; indietro

avanti &gt;



## 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

Controlla i massimali residui.



## Customer Care

Dal lunedì al giovedì  
09.15 - 12.00  
13.30 - 16.30

+39 02 48538982

## Inserimento di una pratica di rimborso – Step 4

E' importante mantenere sempre le coordinate bancarie aggiornate, motivo per il quale ti verrà chiesta una conferma, prima di finalizzare ogni richiesta di rimborso.

## Inserimento di una nuova richiesta di rimborso

Effettua l'upload dei file sul portale

Ti suggeriamo di verificare la completezza della documentazione caricata consultando il documento di "Guida" al rimborso.

+ Aggiungi un file



Fattura.pdf

27.82 KB

### Attenzione!

- Verificare di aver caricato tutti i documenti necessari alla valutazione della richiesta (es. documenti di spesa, prescrizione con diagnosi, cartella clinica...).
- I documenti di spesa originali dovranno essere conservati ed esibiti in caso di controllo.

avanti >



### GUIDA

Scarica il PDF con le istruzioni per ottenere il rimborso.



### ELENCO DELLE PRESTAZIONI GARANTITE

Scarica il PDF con il dettaglio delle prestazioni sanitarie garantite.



### COME ATTIVARE UN RICOVERO IN CLINICA CONVENZIONATA

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



### CONVENZIONI

Scopri i dettagli sulle tue convenzioni.



### MASSIMALI

Controlla i massimali residui.

## Inserimento di una pratica di rimborso – Step 5

In questa sezione ti verrà chiesto di caricare tutti i documenti relativi alla spesa di cui intendi chiedere il rimborso, a titolo di esempio:

- Prescrizione medica con diagnosi
- Fattura
- Ticket sanitario
- Cartella clinica
- Dettaglio liquidazione altro ente (es. FASI, QUAS, EST, FASDAC...)
- ...

## Inserimento di una nuova richiesta di rimborso

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

[< indietro](#)[FINE >](#)

### GUIDA

Scarica il PDF con le istruzioni per ottenere il rimborso.



### ELENCO DELLE PRESTAZIONI GARANTITE

Scarica il PDF con il dettaglio delle prestazioni sanitarie garantite.



### COME ATTIVARE UN RICOVERO IN CLINICA CONVENZIONATA

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



### CONVENZIONI

Scopri i dettagli sulle tue convenzioni.



### MASSIMALI

Controlla i massimali residui.

## Inserimento di una pratica di rimborso – Step 6

La pratica di rimborso è ora completa!

Ricordiamo che, per chiarimenti in merito alle pratiche di rimborso spese mediche, è possibile contattare il customer care.



#### CUSTOMER CARE

Dal lunedì al giovedì  
09.15 - 12.00  
13.30 - 16.30

+39 02 48538982

**ATTIVAZIONE DI UN  
CONVENZIONAMENTO  
DIRETTO**

Paolo LASAGNA

Azienda DEMO S.p.A.

Copertura: 333M58702292

[Seleziona un convenzionamento](#)

[Richiedi un rimborso](#)

---

## Attivazione di un convenzionamento diretto – Step 1

Per attivare un convenzionamento diretto, clicca su "Seleziona un convenzionamento" nella pagina iniziale della tua area riservata.



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

VISITE E CURE AMBULATORIALI E DOMICILIARI

Descrizione

Visita specialistica

#### Dove desideri effettuarla?

Ricerca la struttura più vicina  Indica il nome della struttura

Regione

Lombardia

Provincia

Milano

Indirizzo

Via Marconi, 129 MILANO

Cerca

## Attivazione di un convenzionamento diretto – Step 2

Dal menù a tendina seleziona il tipo di prestazione per cui intendi richiedere il convenzionamento diretto.

Se conosci già il nome della struttura, clicca su " Indica il nome della struttura".

Se non sai dove effettuare la prestazione, clicca su "Ricerca la struttura più vicina": il sistema di geolocalizzazione ti permetterà di consultare l'elenco delle strutture a te più vicine



## Concludi la tua richiesta

1. Se non hai ancora fissato un appuntamento, contatta la struttura selezionata e prenota la prestazione da effettuare **specificando di voler utilizzare il servizio di convenzionamento MyRete ed assicurandoti che il medico scelto abbia aderito alla convenzione.**

Ricorda che tra la richiesta di attivazione del convenzionamento diretto e la data della prestazione devono trascorrere **almeno tre giorni lavorativi.**

2. Compila i campi seguenti, riportando i dati della prenotazione.

### Struttura selezionata

**CASA DI CURA MULTIMEDICA SPA I.R.C.C.S.**  
VIA MILANESE 300, 20099 SESTO SAN GIOVANNI  
[www.multimedica.it](http://www.multimedica.it)  
Tel: 02242091

### Prestazione selezionata

<b>Tipo</b>	VISITE E CURE AMBULATORIALI E DOMICILIARI
<b>Descrizione</b>	Visita specialistica

---

## Attivazione di un convenzionamento diretto – Step 3 (1/2)

Per procedere con il convenzionamento diretto, devi aver già prenotato la prestazione presso la struttura che hai scelto.



### Assistito

LASAGNA Paolo

### Descrizione pratica

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

LASAGNA Paolo - 06/04/2017

### Diagnosi

Inserisci il quesito diagnostico indicato sulla prescrizione medica.

Lombosciatalgia

### Data prestazione

Inserisci la data di prenotazione concordata con la struttura sanitaria.

20/04/2017

#### Data prestazione

La data di prenotazione deve essere successiva di almeno tre giorni lavorativi rispetto alla data odierna per consentire al centro operativo di prendere in carico la tua richiesta.

### Orario prestazione

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

10:00

< indietro

avanti >

---

## Attivazione di un convenzionamento diretto – Step 3 (2/2)

Inserisci i dati della prenotazione nel sistema.

Ricorda che:

- Dovrai 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 tua richiesta: il sistema ti permetterà di operare dal quarto giorno successivo alla data in cui inserirai la richiesta di convenzionamento



## Allega la documentazione

Per completare la richiesta di convenzionamento online, effettua l'upload della seguente documentazione:

- Prescrizione medica completa di diagnosi (e in caso di trattamento chirurgico, indicazione dell'intervento da effettuare).
- Preventivo rilasciato dalla struttura ospedaliera; solo in caso di ricovero e se la copertura è integrativa ad un fondo di categoria (Fasi, Fasdac, etc).
- Piano di cure dettagliato redatto dal dentista (solo in caso di prestazioni odontoiatriche).

### 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 un file



Prescrizione.pdf

9.69 KB

< indietro

avanti >

---

### Attivazione di un convenzionamento diretto – Step 4

Allega la documentazione richiesta dal sistema e procedi



## Riepilogo Pratica


Hai quasi terminato. Verifica i dati inseriti e clicca su "fine" per richiedere l'attivazione del convenzionamento diretto.

### Struttura selezionata

**CASA DI CURA MULTIMEDICA SPA I.R.C.C.S.**  
VIA MILANESE 300, 20099 SESTO SAN GIOVANNI  
[www.multimedica.it](http://www.multimedica.it)  
Tel: 02242091

### Prestazione selezionata

<b>Tipo</b>	VISITE E CURE AMBULATORIALI E DOMICILIARI
<b>Descrizione</b>	Visita specialistica

<b>Assistito</b>	Paolo LASAGNA
<b>Diagnosi</b>	Lombosciatalgia
<b>Data prestazione</b>	20/04/2017 alle ore 10:00
<b>Documentazione</b>	 <a href="#">Prescrizione.pdf</a>

[< indietro](#)

[fine >](#)

---

### Attivazione di un convenzionamento diretto – Step 5

Verifica che il riepilogo proposto dal sistema sia corretto e clicca su "Fine"



## 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](#)

---

### Attivazione di un convenzionamento diretto – Step 6

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

Spett.le  
**CASSA DI ASSISTENZA SANINT**  
Casella postale 110  
20098 S. Giuliano Milanese (MI)

**COGNOME E NOME DEL CAPONUCLEO e SOCIETA' DI APPARTENENZA**

**IBAN DEL CAPONUCLEO**

paese	cineur	cin	codice abi	codice cab	numero di conto corrente
I T					

**COGNOME E NOME DEL FAMILIARE ASSISTITO PER CUI SI RICHIEDE IL RIMBORSO (se diverso dal caponucleo)**  
*(nel caso di spese sostenute per più familiari, presentare più richieste di rimborso)*

**CODICE FISCALE DEL FAMILIARE** *(intestatario delle fatture)*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**ELENCO DELLE PRESTAZIONI DI CUI SI CHIEDE IL RIMBORSO**

PRESTAZIONE (esempio: Visita Specialistica)	Data Documento	Importo fattura €	Rimborsato Ente €	Dichiarazione vedi*
	/ /			
	/ /			
	/ /			
	/ /			
	/ /			
	/ /			
<b>Totale:</b>				

PER I SOLI ASSICURATI CON OPZIONI AD INTEGRAZIONE DI FONDI DI CATEGORIA:  
Fondo di appartenenza:  **FASI**     **FASDAC**     **QUAS**     **FAIT**     **Altro** \_\_\_\_\_

\* NB: per i soli assicurati con opzioni ad integrazione di fondi di categoria (es. FASI/FASDAC/QUAS ecc.), in caso di mancato rimborso del suddetto Ente indicare: **A** per prestazione non prevista dall'Ente, **B** per persona non assistita dall'Ente, **C** rimborso non richiesto all'Ente, **D** altra motivazione per cui si allega dichiarazione.

**Per ogni prestazione, allegare solo la FOTOCOPIA dei i documenti di spesa e dei relativi giustificativi medici (prescrizione, diagnosi, ecc...) e di eventuale lettera di liquidazione di altro Ente.  
Mi impegno a conservare i documenti originali e ad esibirli in caso di esigenze di controllo.**

Data \_\_\_\_\_ Firma del caponucleo \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI**

Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni di cui all'Art. 13 del Decreto Legislativo 196/03, acconsente al trattamento dei propri dati personali, dichiarando di aver avuto conoscenza che i dati medesimi possono rientrare nel novero dei dati "sensibili" (di cui all'Art. 26 del citato Decreto), idonei a rilevare lo stato di salute. Del pari acconsente alla comunicazione e all'eventuale trasferimento all'estero dei propri dati personali ad opera dei soggetti indicati nella predetta informativa e nei limiti di cui alla stessa. Il consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della normativa vigente.

Firma del caponucleo \_\_\_\_\_ Firma del familiare assistito \_\_\_\_\_  
*(se minorenni, firma di chi ne esercita la patria potestà)*