

PORTALE COLLABORATORI

VERSIONE 1.8.00.0

DESCRIZIONE FUNZIONALITÀ MEDICI FIDUCIARI

Il presente documento descrive le funzionalità rese disponibili al medico fiduciario per l'adempimento di incarichi assegnati dagli ULD/CLD del Gruppo REALE MUTUA ASSICURAZIONI tramite il Portale Fiduciari.

Attenzione: l'unico browser supportato è Internet EXPLORER.

Principali funzioni che sono rese disponibili ai medici:

- Prima autenticazione
- Ricerca/Consultazione i propri incarichi
- Registrazione (eventuali) interlocutorie / anticipazioni
- Emissione la relazione medico legale / Parere Medico
- Inserimento documentazione elettronica
- Inserimento onorari
- Proforma e fatture

Di seguito descriviamo brevemente le suddette funzioni. Si rimanda al manuale del Portale Collaboratori per maggiori informazioni.

1. Prima autenticazione.

L'avvenuta abilitazione a Portale Collaboratori sarà comunicata tramite le due seguenti e-mail (solo per i collaboratori attivati nel novembre 2010).

Per motivi di sicurezza le due e-mail trasmetteranno separatamente lo username e la password. Solo con entrambe le informazioni è possibile accedere al Portale.

Comunicazione USERNAME:

OGGETTO: Assegnazione codice identificativo per accesso Portale Collaboratori gruppo Reale Mutua

Spett.le Dott. <Nome Cognome>

Le confermiamo l'avvenuta abilitazione al Portale Collaboratori del Gruppo Reale Mutua al seguente indirizzo web:

http://www.realemutua.it/portale_collaboratori.html

Il codice dell'utenza (username) a Lei assegnata è:
<W009999>

La password per l'accesso all'applicazione, per motivi di sicurezza, Le verrà inviata tramite e-mail entro le prossime 24 ore.

Per eventuali informazioni potrà contattare il Suo Centro Liquidazione Danni di riferimento.

La ringraziamo per l'attenzione.
Distinti Saluti

Non rispondere al mittente della mail

Questa mail viene inviata automaticamente, le risposte a questo indirizzo non verranno lette.

Comunicazione PASSWORD:

OGGETTO: Assegnazione password per accesso Portale Collaboratori gruppo Reale Mutua

Le confermiamo l'avvenuta abilitazione al Portale Collaboratori del Gruppo Reale Mutua al seguente indirizzo web:

http://www.realemutua.it/portale_collaboratori.html

L'accesso al sito web è consentito tramite la digitazione di username e password.

La username a Lei assegnata Le è stata comunicata con una precedente e-mail. Qualora non l'avesse ricevuta, l'avesse smarrita o avesse problemi con l'accesso al sito la preghiamo di contattare il nostro Help Desk al numero 800.16.66.99

La password a Lei assegnata per il primo accesso è:

RCIVBT00

Attenzione! Contestualmente al primo accesso Le sarà richiesto obbligatoriamente di eseguire un 'cambio password'. Tale operatività è descritta nel manuale utente (capitolo Autenticazione/Cambio Password) che è a disposizione sul sito web.

Prima di operare sul Portale Le ricordiamo di leggere attentamente, oltre alle Note Operative relative alle funzioni specifiche dei medici nella sezione Rilasci, anche le voci:

- Settaggi internet EXPLORER
- Consigli utili
- Estensioni riconosciute

Per eventuali ulteriori informazioni potrà contattare il Suo Centro Liquidazione Danni di riferimento.

La ringraziamo per l'attenzione.
Distinti Saluti

Non rispondere direttamente a questo messaggio.
Questa mail viene inviata automaticamente, le risposte a questo indirizzo non verranno lette.

Al ricevimento della suddetta comunicazione si potrà accedere all'applicativo tramite l'apposito link e, come già anticipato, si dovranno seguire le istruzioni per il cambio della password.

A seguire sarà richiesto di confermare / modificare il proprio indirizzo di e-mail. Il sistema invierà un codice di controllo all'indirizzo digitato. Tale codice sarà successivamente richiesto sul sito per certificare l'indirizzo di e-mail e rendere disponibili tutte le funzionalità.

2. Ricerca / consultazione incarichi

Per ogni incarico assegnato verrà trasmessa al medico la seguente comunicazione:

OGGETTO: Compagnia Reale Mutua Assicurazioni - Assegnazione incarico su sinistro 2010178821 del 19-10-2010 - ramo 01 - R.C.A.

Egregio Dott. COGNOME NOME,

in relazione al sinistro indicato in oggetto le comunichiamo di averle affidato l'incarico per effettuare RELAZIONE MEDICO LEGALE¹.

La invitiamo ad acquisire l'incarico sul nostro Portale Fiduciari http://www.realemutua.it/portale_collaboratori.html

Restiamo in attesa dell'evasione dell'incarico affidatole nei modi e nei tempi concordati.

Reale Mutua Assicurazioni, Centro Liquidazione Danni VERONA.

-- ATTENZIONE:MESSAGGIO INVIATO IN AUTOMATICO, SI PREGA DI NON RISPONDERE --

Il fiduciario potrà accedere ai dati dell'incarico accedendo al Portale. Selezionando dal menu sulla sinistra la voce incarichi\RicercaSemplice e digitando il numero del sinistro. (in questo caso: 2010123456).

È possibile eseguire ricerche più complesse tramite la funzione Incarichi\RicercaAvanzata.

Selezionando l'incarico scelto si accederà alla seguente videata.

The screenshot displays the 'PORTALE COLLABORATORI' interface for REALE MUTUA ASSICURAZIONI. At the top, there are tabs for 'Data', 'Compagnia', 'Incarico', and 'Sinistro', with values: '20-10-2010 Reale Mutua Assicurazioni 2010U0076706 2010178821'. Below this is a 'Utente' field with 'D102843 - [redacted]'. A left sidebar contains navigation options like 'Cambia profilo', 'Statistiche', 'Aree Comp.', 'Incarichi', 'Ricerca Semplice', 'Ricerca Avanzata', 'Proforma', 'Autorizzazioni', 'Comunicazioni', 'Documenti', 'Riferimenti', and 'Cambio Password'. The main content area has tabs for 'Incarico', 'Dati Polizza', 'Sinistro', 'Parti Coinvolte', 'Solleciti', and 'Note'. Under 'Incarico', there are sub-tabs: 'Interloc./Anticip.', 'Perizia Medica', 'Allegati', 'Parcella', 'Altre Info', 'Coassi', and 'Segnalazioni'. The main content shows 'COLLABORATORE [redacted]' and 'DATI INCARICO' with fields for 'Codice: 2010U0076706', 'Data Affidamento: 19/10/2010', 'Stato: ACQUISITO', 'Liquidazione: NON PL', and 'Riscontro: [checkbox]'. Below this is 'ENTE GESTORE' with address 'VERONA C.SO DI PORTA NUOVA 113 37122 - VERONA - VR (- - -)' and contact info 'Telefono: 045 0459239012 Fax: 045 9239090'. At the bottom, it shows 'SPECIALIZZAZIONE RELAZIONE MEDICO LEGALE' and a 'Rifiuta Incarico' button.

Si invita a fare attenzione all'ultima riga ~~SPECIALIZZAZIONE~~ che indica l'obiettivo dell'incarico. Attualmente sono previste quattro possibili specializzazioni:

- Relazione Medico Legale
- Parere Medico
- Consulenza Tecnica di Parte
- Arbitrato

Eventuali informazioni aggiuntive da parte del liquidatore potranno essere consultate nella sezione ~~note~~

È possibile navigare tra le diverse sezioni dell'incarico per eseguire consultazioni o aggiornamenti tramite i navigatori sotto elencati. Evidenziamo in grassetto le funzioni di maggiore utilizzo che sono state specializzate per i medici.

¹ Oppure Parere Medico / Consulenza Tecnica di Parte / Arbitrato

- incarico
- dati polizza
- sinistro
- parti coinvolte
- solleciti
- note (dove è possibile consultare eventuali comunicazioni del liquidatore)
- **Interlocutoria/anticipazioni**
- **perizia medica**
- **allegati**
- **parcella**
- altre info
- coassi
- segnalazioni

3. Registrazione interlocutoria / anticipazioni

Selezionato un incarico, qualora non sia stato possibile visitare il danneggiato o si voglia fornire un'anticipazione sull'esito della visita medica si potrà accedere alla sezione **Interloc./Anticip.+**

Il fiduciario potrà inserire le informazioni da comunicare alla compagnia negli appositi campi.

Data visita medico legale: (ggmmaaaa)

Con riferimento all'incarico ricevuto il **19/10/2010**, relativo alla visita del Sig./Sig.ra

A - Vi comunico il risultato della visita medico legale:

<input type="checkbox"/> Danno Biologico Stabilizzato	<input type="text" value=""/>	%	
Prognostico	<input type="text" value=""/>	%	Stabilizzazione prevista in <input type="text" value=""/>
<input type="checkbox"/> I.T. biologica totale:	<input type="text" value="100"/>	%	<input type="text" value=""/>
<input type="checkbox"/> I.T. biologica parziale massima:	<input type="text" value="75"/>	%	<input type="text" value=""/>
<input type="checkbox"/> I.T. biologica parziale:	<input type="text" value="50"/>	%	<input type="text" value=""/>
<input type="checkbox"/> I.T. biologica parziale minima:	<input type="text" value="25"/>	%	<input type="text" value=""/>
<input type="checkbox"/> I.T. lavorativa totale:	<input type="text" value="100"/>	%	<input type="text" value=""/>
<input type="checkbox"/> I.T. lavorativa parziale massima:	<input type="text" value="75"/>	%	<input type="text" value=""/>
<input type="checkbox"/> I.T. lavorativa parziale:	<input type="text" value="50"/>	%	<input type="text" value=""/>
<input type="checkbox"/> I.T. lavorativa parziale minima:	<input type="text" value="25"/>	%	<input type="text" value=""/>
<input type="checkbox"/> Eventuale incidenza del danno biologico sull'attività lavorativa:	<input type="text" value=""/>	%	
<input type="checkbox"/> Spese mediche:	<input type="text" value=""/>	Euro	

B - Vi comunico che l'infortunato:

- Non ha preso appuntamento per i seguenti motivi: _____
- Non si e' presentato alla visita fissata per il _____ (ggmmaaaa)
- Si e' presentato senza documentazione medica e si ripresentera' per una nuova visita il _____ (ggmmaaaa)
- E' stato invitato a visita medico specialistica _____ ,
dal Dott. _____ fissata per il _____ (ggmmaaaa)
- Si e' concordato di attendere ulteriori accertamenti _____
- Si e' presentato con documentazione incompleta e provvedera' a produrla
- _____

Premendo il bottone **CONFERMA** al fondo della pagina saranno acquisite/verificate le informazioni inserite.

Premendo successivamente il bottone **SALVA E SPEDISCI** le suddette informazioni saranno salvate sull'archivio per successive consultazioni / modifiche / integrazioni inoltre sarà automaticamente prodotto un documento visibile nella sezione allegati.

Si rimanda all'allegato 1 per un fac-simile di Interlocutoria

4. Emissione Relazione Medico Legale / Parere medico

Selezionato un incarico, qualora la sua specializzazione sia Relazione Medico Legale o Parere Medico si potrà accedere alla sezione **Perizia Medica**.

Il fiduciario potrà inserire le informazioni da comunicare alla compagnia negli appositi campi.

I campi contrassegnati con * sono obbligatori

(*) Data effettuazione perizia: / /

VALUTAZIONE MEDICA SPECIALISTICA:

Tipo persona:	<input type="text" value="01 - PERSONA FISICA"/>	Nome medico:	<input type="text" value="GIUSEPPE"/>
Cognome medico:	<input type="text" value="ROSSI"/>	Part. IVA medico:	<input type="text" value="08559940013"/>
Cod. fiscale medico:	<input type="text"/>	Data fattura:	<input type="text" value="15"/> / <input type="text" value="10"/> / <input type="text" value="2010"/>
Num. fattura:	<input type="text" value="100"/>	Totale fattura:	<input type="text" value="250,00"/>

GENERALITA' DEL DANNEGGIATO:

(*) Cognome/Rag.Soc.	<input type="text"/>		
(*) Nome	<input type="text"/>		
Tipo Ente Pubblico	Selezionare ente pubblico <input type="button" value="v"/>	(solo Persone Giuridiche - Societa')	
(*) Comune nascita	TORINO	(*) Prov. nascita (sigla)	TO
(*) Nazione nascita	ITALIA <input type="button" value="v"/>	(*) Data nascita	01011970 (*) Sesso <input type="button" value="M"/>
(*) Cod.Fisc. o Part.Iva	<input type="text"/>	Telefono fisso	011 <input type="text"/> 12345678
(*) Numero documento identita	1		
(*) Tipo documento	CARTA DI IDENTITA <input type="button" value="v"/>		
Email	<input type="text"/>	Telefono cell.	<input type="text"/>

INDIRIZZO DANNEGGIATO:

(*) Tipo (Via,Corso)	VIA	(*) Nome	ROMA	(*) Num. Civ.	3
(*) Cap	10100	(*) Comune	TORINO	(*) Prov.(sigla)	TO
Località	<input type="text"/>	Frazione	<input type="text"/>		
(*) Nazione	ITALIA <input type="button" value="v"/>				

SITUAZIONE PROFESSIONALE DEL DANNEGGIATO:

Danneggiato:	MARIOTTO ASINO		
(*) Professione:	AG - AGRICOLTORE <input type="button" value="v"/>		
Infortunio sul lavoro <input type="checkbox"/>	Infortunio in itinere <input type="checkbox"/>		
Tipo rapporto lavorativo:	2 - Autonomo <input type="button" value="v"/>		
Descrizione periodo assenza:	<input type="text"/>		

DESCRIZIONE DELL'EVENTO LESIVO RIFERITO AL DANNEGGIATO:

Data sinistro:	13/10/2010		
(*) Nazione:	IT - ITALIA <input type="button" value="v"/>		
(*) Provincia:	TO - TORINO <input type="button" value="v"/>		
(*) Comune:	MONCALIERI - 10024 <input type="button" value="v"/>		
<input type="text"/>			
(*) Ruolo:	1 - Conducente <input type="button" value="v"/>		
(*) Tipo veicolo:	A - AUTOVETTURA <input type="button" value="v"/>		
Utilizzo obbligatori protezione <input type="checkbox"/>			
(*) Obbligatori protezione utilizzati:	04 - ALTRO <input type="button" value="v"/>		
Note sugli obbligatori di protezione: (max 150 caratteri)	<input type="text"/>		
Modalità di accadimento:	<input type="text"/>		

(*) Causa infortunio: -- Selezionare causa infortunio --

(*) Gruppo agente: -- Selezionare gruppo agente --

(*) Categoria agente: -- Selezionare categoria agente --

(*) Causale sinistro: -- Selezionare causale sinistro --

(*) Tipo sinistro: -- Selezionare tipo sinistro --

(*) ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA:
(indicare anche precedenti CCI se presenti)
(max 3500 caratteri)

PATOLOGICA REMOTA

ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA:

Pronto soccorso

(*) Data diagnosi pronto soccorso: 2 / 10 / 2010

Provincia pronto soccorso: TO - TORINO

(*) Codice struttura: 010007 - OSPEDALE MARTINI

(*) Tipo documentazione: -- Selezionare tipo --

(*) Diagnosi e prognosi iniziale da certificato:
(max 3500 caratteri)

Ricovero ospedaliero

(*) SINTOMATOLOGIA SOGGETTIVA:
(max 2000 caratteri)

(*) DESCRIZIONE DELLE CONDIZIONI GENERALI:
(max 1000 caratteri)

(*) ESAME DEI DISTRETTI TRAUMATIZZATI:
(max 1000 caratteri)

DISTRETTI TRAUMATIZZATI

GIUDIZIO SUL NESSO DI CAUSALITÀ:

(*) Nesso causale
fra evento e lesioni:
(max 50 caratteri)

(*) Nesso causale
fra lesioni accertate e menomazioni:
(max 50 caratteri)

(*) Compatibilità fra lesioni accertate
e uso obbligatori di protezione:
(max 50 caratteri)

TIPOLOGIA E LOCALIZZAZIONE DELLE LESIONI:

(*) Codice natura lesione 1:

0A - COLPO DI FRUSTA

(*) Codice sede lesione 1:

16 - COLLO

Codice natura lesione 2:

-- Selezionare natura lesione --

Codice sede lesione 2:

-- Selezionare sede lesione --

Codice natura lesione 3:

-- Selezionare natura lesione --

Codice sede lesione 3:

-- Selezionare sede lesione --

Ulteriori lesioni

VALUTAZIONE MEDICA PRESENTATA DAL DANNEGGIATO:

Tipo persona: 01 - PERSONA FISICA

Cognome/Rag.Soc. medico: VERDI

Nome medico: MARIO

Cod. fiscale medico:

Comune nascita: TORINO Prov. nascita (sigla): TO

Nazione nascita: ITALIA

Data nascita: 01021980 Sesso: M

Tipo (Via,Corso): Nome: Num.Civ.:

Cap: Comune: Prov.(sigla):

Nazione: ITALIA

Numero telefono fisso:

Numero telefono cellulare:

Mail:

Valutazione:

VALUTAZIONE RC:

Lesioni stabilizzate

Numero gg IT biologica tot:	0	Numero gg IT lavorativa tot:	0
Numero gg IT biologica al 75%:	0	Numero gg IT lavorativa al 75%:	0
Numero gg IT biologica al 50%:	0	Numero gg IT lavorativa al 50%:	0
Numero gg IT biologica al 25%:	0	Numero gg IT lavorativa al 25%:	0
I.P. biologica:	0,00 %	I.P. biologica prognostica:	0 %
Incidenza capacità lavorativa:	0,00 %	I.P. biologica soggettiva:	0,00 %
Stabilizzazione IP prevista in:			

Incidenza danno morale

ISTRUZIONI SULLA COMPILAZIONE DEL QUADRO Í VALUTAZIONE RCÎ

- 1) Alla voce **%lesioni stabilizzate+** occorrerà scrivere SI nel caso in cui la valutazione sia avvenuta a lesioni stabilizzate e scrivere NO nel caso in cui la valutazione sia avvenuta a lesioni ancora non stabilizzate;
- 2) Nella voce **%inabilità temporanea biologica e lavorativa+** occorrerà inserire i dati relativi alla temporanea biologica e lavorativa indicando per ogni scaglione percentuale i giorni di inabilità;
- 3) Nella voce **%invalidità permanente biologica+** occorrerà inserire:
 - per i sinistri ricadenti nell'ambito di uffici giudiziari che riconoscono una valutazione unitaria del danno non patrimoniale permanente (ad es. Milano), il grado percentuale di tale valutazione del danno non patrimoniale onnicomprensivo (biologico, morale, esistenziale eccõ.);
 - per i sinistri ricadenti nell'ambito di uffici giudiziari che riconoscono ancora una valutazione disgiunta fra danno biologico permanente e altri danni non patrimoniali (ad es. Roma), il grado percentuale del solo danno biologico permanente;
- 4) Nella voce **%invalidità permanente biologica prognostica+** occorrerà inserire, nel solo caso in cui al punto 1) **%lesioni stabilizzate+** si sia risposto NO, la presumibile valutazione percentuale del danno non patrimoniale permanente onnicomprensivo o la presumibile valutazione percentuale del solo danno biologico, come indicato nel precedente punto 3);
- 5) Nella voce **%stabilizzazione IP prevista in+** occorrerà inserire il numero di giorni entro il quale si prevede la stabilizzazione delle lesioni (in modo da programmare un'eventuale nuova valutazione);

- 6) Nella voce **%incidenza specifica capacità di lavoro+** occorrerà indicare la valutazione percentuale sulla lesione permanente della capacità lavorativa specifica del soggetto esaminato tenuto conto dell'effettiva attività esercitata;
- 7) Nella voce **%invalidità permanente biologica soggettiva+** occorrerà indicare, solo per i sinistri ricadenti nell'ambito di uffici giudiziari che riconoscono una valutazione unitaria del danno non patrimoniale permanente (ad es. **Milano**) la percentuale ulteriore di personalizzazione se effettivamente riconoscibile e comunque entro i massimi previsti dalle tabelle adottate dai vari uffici giudiziari;
- 8) Nella voce **%incidenza danno morale+** occorrerà indicare, solo per i sinistri ricadenti nell'ambito di uffici giudiziari che riconoscono ancora una valutazione disgiunta fra danno biologico permanente e altri danni non patrimoniali (ad es. **Roma**) se possa essere riconoscibile (sulla base della sofferenza patita ecc..) un danno non patrimoniale ulteriore rispetto al danno biologico permanente e la sua misura in frazione rispetto al danno biologico permanente stesso (fino ad un massimo del 75%).

VALUTAZIONE POLIZZA INFORTUNI / MALATTIE:

Cod. tabella di riferimento:

Lesioni stabilizzate

(*) Numero gg IT tot: (*) Numero gg IT al 50%:

I.P. lavorativa generica INAIL: % I.P. lavorativa generica ANIA: %

I.P. lavorativa generica Polizza: % I.P. lavorativa generica altra tabella: %

Note :
(max 50 caratteri)

Caratteri rimasti

gg post ricovero riconosciuti:

Parere sull'indennizzo per altre garanzie di polizza:
(max 3500 caratteri)

Caratteri rimasti

CONGRUITÀ SPESE MEDICHE:

FISIOTERAPICHE

Dettaglio spesa medica:

Num. prestaz. adeguate: Importo prestaz. adeguate:

Tipo documentaz. adeguate:

Num. prestaz. non adeguate: Importo prestaz. non adeguate:

Tipo documentaz. non adeguate:

Motivazioni incongruità:
(max 50 caratteri)

OSSERVAZIONI FINALI:
(max 500 caratteri)

OSSERVAZIONI PER LA COMPAGNIA:
(max 3500 caratteri)

Registrazione dati corretta e completa

Perizia negativa

Premendo il bottone CONFERMA al fondo della pagina saranno acquisite/verificate le informazioni inserite.

ATTENZIONE: Per motivi di sicurezza, la normativa prevede che la sessione di lavoro decada in assenza di operazioni di aggiornamento sul server. Si consiglia quindi di usare il bottone CONFERMA almeno ogni 10 minuti per prolungare la durata della sessione fino al completamento della registrazione dei dati evitando di perdere le informazioni digitate.

Premendo successivamente il bottone SALVA E SPEDISCI le suddette informazioni saranno salvate sull'archivio, per successive consultazioni / modifiche / integrazioni.

Pur essendo evidenziati sulla videata i campi obbligatori con il seguente simbolo (*), il salvataggio dei dati è consentito anche in mancanza di informazioni obbligatorie per consentire di integrare il documento in corso d'opera.

In qualunque momento, prima del completamento della relazione/parere, è possibile produrre un'anteprima del documento PDF che raccoglie le informazioni inserite.

Qualora si ritenga di avere inserito tutte le informazioni necessarie si dovrà evidenziare l'indicatore "Registrazione dei dati corretta e completa" presente sul fondo della pagina. Solo allora i controlli di obbligatorietà diventano effettivi e vincolanti per la conclusione dell'attività (bottoni Conferma e Salva e Spedisci). In questo caso il bottone SALVA E SPEDISCI crea automaticamente i relativi documenti, visibili nella sezione allegati.

Si rimanda all'allegato 2 per un fac-simile di Relazione Medico Legale

Il testo eventualmente inserito nel campo Osservazioni per la Compagnia sarà inserito in un documento a parte, di cui riportiamo un fac-simile nell'allegato 3.

Solo a questo punto è possibile accedere alla sezione Parcella (altrimenti inibita).

5. Inserimento documentazione elettronica

Selezionato un incarico, fino alla registrazione della parcella, è possibile inserire la documentazione elettronica (immagini, PDF, DOC, etc) che si vuole fornire al liquidatore tramite la sezione allegati

L'inserimento degli allegati è possibile premendo il bottone **aggiungi** e selezionando la classificazione del documento tramite l'apposito menu a tendina ed individuando sul proprio archivio dati il documento da allegare (bottone **sfoglia**) e confermando (bottone **conferma**)

Di seguito la classificazione prevista :

- Relazione medica (*)
- Osservazioni per il liquidatore (*)
- Parere medico (*)
- Interlocutoria / Anticipazioni (*)
- Consulenza Tecnica di Parte
- Relazione lodo arbitrale
- Commento lodo arbitrale
- Documento di identità
- Documento sulla privacy (il documento da scaricare, compilare, firmare, scansionare ed allegare si trova nel menu principale alla voce **documenti**)
- Spese fisioterapiche
- Spese specialistiche
- Spese farmacologiche
- Relazione / valutazione medica del danneggiato
- Immagini
- Altra documentazione medica

(*) Documenti generati automaticamente dal sistema, sulla base dei dati digitati dal medico su Portale.

6. Inserimento onorari

Selezionato un incarico è possibile inserire gli onorari richiesti tramite la sezione **parcella**. Nel caso di Relazione Medico Legale / Parere Medico la sezione è accessibile solo successivamente al completamento della sezione **Perizia Medica**.

PORTALE COLLABORATORI

Data: 18-11-2010 Compagnia: Reale Mutua Assicurazioni Incarico: 2010U00741854 Sinistro: 201049828

Utente: [] - []

[Incarico](#) [Dati Polizza](#) [Sinistro](#) [Parti Coinvolte](#) [Solleciti](#) [Note](#)
[Interloc./Anticip.](#) [Perizia Medica](#) [Allegati](#) [Parcella](#) [Altre Info](#) [Coassi](#) [Segnalazioni](#)

	Voci Attive	Importi Inseriti	Importi Calcolati
Onerario:	<input checked="" type="checkbox"/>	€ 75,00	0,00
Varie:	<input type="checkbox"/>	€	0,00
[Anticipazioni]			
Spese Mediche	<input type="checkbox"/>	€	0,00

TOTALE Parcella: € 75,00 **Data Espletamento: 16/11/2010**

FATTURA: Importo € 0,00 Numero [] Data [] [] []

Gli importi inseriti nel campo ~~spese mediche~~ saranno inseriti in fattura come anticipazioni.

La sezione non è accessibile se preventivamente non è stato inserito il documento sulla privacy nel caso di parcelle su incarichi con specializzazione Relazione Medica e Consulenza Tecnica di Parte.

Non è possibile effettuare modifiche o inserimento allegati sull'incarico dopo la registrazione degli onorari.

7. Proforma e fatture

Con frequenza quindicinale (per Reale la 1° e 3° domenica del mese, per Italiana la 2° e 4° domenica del mese) tutti gli incarichi espletati (ovvero per cui sono stati registrati gli onorari), che sono stati autorizzati dall'QLD/CLD saranno soggetti a proformazione.

Su portale è possibile accedere ai proforma prodotti tramite il menu `proforma\ricerca`.

The screenshot shows the 'REALE MUTUA PORTALE COLLABORATORI' interface. At the top left is the logo for 'REALE MUTUA ASSICURAZIONI'. To the right, the date '18-11-2010' and the user name 'Utente' are displayed. A vertical navigation menu on the left includes options like 'Cambia profilo', 'Statistiche', 'Aree Comp.', 'Incarichi', 'Proforma', 'Comunicazioni', 'Documenti', 'Riferimenti', and 'Cambio Password'. The main content area is titled 'RICERCA PROFORMA' and contains a search form with the following fields:

- Stato proforma:** A dropdown menu set to 'Tutti'.
- Stampabile:** A checkbox that is currently unchecked.
- Cod. Proforma:** A text input field.
- Data generazione:** A date range selector with 'DA (min)' set to '1', 'Ottobre', and '2010', and 'A (max)' with empty dropdowns.
- Attivi - Archiviati - (tutti):** A dropdown menu set to 'Proforma Attivi'.

A 'Filtra' button is located at the bottom of the search form.

I proforma possono essere ricercati in base al loro stato:

- emesso per i proforma ancora da fatturare
- fatturato per i proforma già trasformati in fattura
- annullato per i proforma non accettati da parte del medico

Sui proforma emessi è necessario verificare la correttezza degli onorari riconosciuti e dei dati fiscali in modo da:

- registrare il numero fattura (la data è obbligatoriamente quella del giorno) sul proforma correttamente prodotto
- annullare il proforma che contiene dati errati

Gli incarichi presenti sui proforma annullati saranno successivamente inseriti su nuovi proforma.

Per i proforma fatturati sarà possibile, nei casi previsti, effettuare la stampa della fattura.

8. Allegati

Allegato 1

Da:
MILANO, 2010-11-05

Spett.le
VERONA -
C.SO DI PORTA NUOVA 113
37122 VERONA VR

Alla cortese attenzione del Signor

Oggetto: - Sinistro n. ~~2010-11-05-750~~
Avvenuto in TORINO il 14/03/2009
Agenzia 0330 - LEGNAGO Polizza n. ~~300-10-740~~
Parti coinvolte:

Data visita medico legale: 01/01/2010

Con riferimento all'incarico ricevuto il 22/10/2010, relativo alla visita del Sig./Sig.ra

A. Vi comunico il risultato della visita medico legale:

<input type="checkbox"/>	Danno biologico	Stabilizzato	Prognostico	Stabilizzazione prevista in
<input type="checkbox"/>	I.T biologica totale:		100	
<input checked="" type="checkbox"/>	I.T biologica parziale massima:		75 %	
<input type="checkbox"/>	I.T biologica parziale:		50 %	
<input checked="" type="checkbox"/>	I.T biologica parziale minima:		25 %	
<input checked="" type="checkbox"/>	I.T lavorativa totale:		100 %	12 gg.
<input checked="" type="checkbox"/>	I.T lavorativa parziale massima:		75 %	
<input checked="" type="checkbox"/>	I.T lavorativa parziale:		50 %	
<input checked="" type="checkbox"/>	I.T lavorativa parziale minima:		25 %	
<input type="checkbox"/>	I.T Totale:			
<input type="checkbox"/>	I.T Parziale:			
<input type="checkbox"/>	Eventuale incidenza del danno biologico sull'attività lavorativa:			
<input type="checkbox"/>	Spese mediche:			
<input type="checkbox"/>	Varie ed eventuali:			

Farà seguito relazione medico-legale dettagliata

B. Vi comunico che l'infortunato:

- Non ha preso appuntamento per i seguenti motivi:
- Non si è presentato alla visita fissata per il:
- Si è presentato senza documentazione medica e si ripresenterà per una nuova visita il:
- E' stato inviato a visita medico specialistica dal Dott. fissata per il
- Si è concordato di attendere ulteriori accertamenti:
- Si è presentato con documentazione incompleta e provvederà a produrla
-

Cordiali saluti.

Il medico legale

Relazione Di Visita Medico Legale
Effettuato Per Conto Reale Mutua Assicurazioni

RELATIVO A:
INCARICO DEL 05/11/2010 **EFFETTUATA IL** 08/11/2010 **TRASMESSA IL**
NUMERO SINISTRO ██████████ **TIPO GESTIONE** R.C.A.

DATI IDENTIFICATIVI DEL MEDICO FIDUCIARIO

COGNOME E NOME
 CODICE FISCALE ID-FIDUCIARIO

VALUTAZIONE MEDICA SPECIALISTICA

COGNOME E NOME
 CODICE FISCALE PARTITA IVA
 DATA FATTURA NUMERO FATTURA TOTALE FATTURA 0,00

DATI IDENTIFICATIVI DEL SINISTRO

NUMERO ██████████ UFFICIO U0069 POLIZZA ██████████
 LIQUIDATORE AGENZIA 0179 - TORINO MIRAFIORI

GENERALITÀ DEL DANNEGGIATO

COGNOME NOME SESSO
 PROVINCIA COMUNE DI NASCITA
 NATI STATO ITALIA
 CODICE
 PROV. DI TORINO COMUNE DI CAP
 RECAPITO TELEFONICO NUM. CIVICO
 INDIRIZZO E-MAIL CELLULARE
 DOCUMENTO DI IDENTITÀ ALTRO NUMERO

PATROCINATORE

COGNOME / RAGIONE SOCIALE NOME
 COMUNE PROVINCIA
 TELEFONO

SITUAZIONE PROFESSIONALE SOGGETTO DANNEGGIATO

PROFESSIONE NON CODIFICABILE
 INFORTUNIO SUL LAVORO SI
 RAPPORTO DI LAVORO Autonomo
 PERIODO DI ASSENZA DAL giorni 10
 INFORTUNIO IN ITINERE NO

DESCRIZIONE DELL'EVENTO LESIVO RIFERITO AL DANNEGGIATO

DATA	LUOGO	PROVINCIA	STATO
RUOLO		TIPO VEICOLO	
UTILIZZO OBBLIGATORI DI PROTEZIONE		CINTURE DI SICUREZZA	
NOTE			
MODALITÀ DI ACCADIMENTO	ALLA GUIDA DI UNA FIAT PANDA, IN BEINASCO - MATORINO - IN FASE DI RALLENTAMENTO AD UNO STOP SEMAFORICO FU TAMPONATO DA UNA AUTOVETTURA E SOSPINTO CONTRO IL VEICOLO ANTISTANTE		

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA RILEVANTE AI FINI DELLA VALUTAZIONE

Dalla raccolta anamnestica remota non emergono elementi medico-legalmente rilevanti. Negativo il Casellario Centrale Infortuni.

ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA

SI E' RECATO AL PRONTO SOCCORSO SI IN DATA

DEL COMUNE DI

DE DENOMINAZIONE STRUTTURA OSPEDALI RIUNITI RIVOLI

DIAGNOSI E PROGNOSI INIZIALE DA CERTIFICATO

vedi allegato

LA DOCUMENTAZIONE SOPRACITATA E' STATA PRODOTTA IN Copia

RICOVERO NO

SINTOMATOLOGIA SOGGETTIVA

Episodi di cervicobrachialgia sinistra. Null’altro

DESCRIZIONE DELLE CONDIZIONI GENERALI

Trattasi di soggetto della statura di 175 centimetri e del peso di 60 chilogrammi

ESAME DEI DISTRETTI TRAUMATIZZATI

Capo: normale per conformazione e simmetria; pupille isocoriche, isocidiche, normoreagenti allo stimolo fotomotore. Non apprezzabili alterazioni di superficie della teca cranica. Segmento cervicale: normoatteggiato, in asse. Spinalgia ed epispinalgia pressoria riferita sul tratto medio. Fastidioso il pizzicamento dei cucculari con mialgia palpatoria del trapezio destro ed apprezzabile circoscritta area di aumentata consistenza sui fasci superiori a destra. Movimenti attivi liberi, con allegato risentimento ai gradi estremi della sinistrorotazione.

GIUDIZIO SUL NESSO DI CAUSALITA'**NESSO CAUSALE FRA EVENTO E LESIONI**

presente

NESSO CAUSALE FRA LESIONI ACCERTATE E MENOMAZIONI

presente

COMPATIBILITÀ FRA LE LESIONI ACCERTATE ED IL CORRETTO USO DEI PRESIDI O OBBLIGATORI DI PROTEZIONE

si

TIPOLOGIA E LOCALIZZAZIONE DELLE LESIONI

CAUSA INFORTUNIO

GRUPPO AGENTE

CATEGORIA AGENTE

1) NATURA LESIONE LUSSAZIONE-DISTORSIONE-DISTRAZIONE

SEDE LESIONE COLLO

2) NATURA LESIONE

SEDE LESIONE

3) NATURA LESIONE

SEDE LESIONE

ULTERIORI LESIONI NO

VALUTAZIONE MEDICA PRESENTATA DAL DANNEGGIATO

PERSONA GIURIDICA

CATEGORIA ENTE PUBBLICO B

COGNOME E NOME DEL MEDICO

STUDIO MEDICO LEGALE BRUNO

CODICE FISCALE

VALUTAZIONE danno biologico del 3,50% con un periodo di incapacità temporanea biologica di 20 giorni a parziale massima e 30 giorni a parziale minima.

VALUTAZIONE RC

LESIONE STABILIZZATE

SI

INABILITÀ TEMPORANEA BIOLOGICA	TOTALE GIORNI	0	LAVORATIVA	TOTALE GIORNI	0
	PARZIALE 75%	0		PARZIALE 75%	0
	PARZIALE 50%	10		PARZIALE 50%	0
	PARZIALE 25%	20		PARZIALE 25%	0

INVALIDITÀ PERMANENTE BIOLOGICA 1,50 %

INVALIDITÀ PERMANENTE BIOLOGICA PROGNOSTICA 0 %

STABILIZZAZIONE IP PREVISTA IN

INCIDENZA SPECIFICA CAPACITÀ DI LAVORO 0,00 %

INVALIDITÀ PERMANENTE BIOLOGICA SOGGETTIVA 0,00 %

INCIDENZA DANNO MORALE NO

CONGRUITA' SPESE MEDICHE				
FISIOTERAPICHE		MULTIPLE		
ADEGUATE N.	1	IMPORTO €	231,81	DOCUMENTAZIONE Copia
NON ADEGUATE N.		IMPORTO €	0,00	DOCUMENTAZIONE
MOTVAZIONE DI				
SPECIALISTICHE		MULTIPLE		
ADEGUATE N.	2	IMPORTO €	93,46	DOCUMENTAZIONE Copia
NON ADEGUATE N.		IMPORTO €	0,00	DOCUMENTAZIONE
MOTVAZIONE DI				
FARMACOLOGICHE				
ADEGUATE N.		IMPORTO €	0,00	DOCUMENTAZIONE
NON ADEGUATE N.		IMPORTO €	0,00	DOCUMENTAZIONE
MOTVAZIONE DI				
ALTRE SPESE				
ADEGUATE N.		IMPORTO €	0,00	DOCUMENTAZIONE
NON ADEGUATE N.		IMPORTO €	0,00	DOCUMENTAZIONE
MOTVAZIONE DI				
SPESE FUTURE PREVEDIBILI				
CONCLUSIONI / OSSERVAZIONI FINALI				
Giudizio di compatibilita' per la copia delle spese riportate in documentazione. (Totale euro 361,42).				

Osservazioni per il liquidatore

Effettuato Per Conto Reale Mutua Assicurazioni

RELATIVO A:

INCARICO DEL 05/11/2010 **EFFETTUATA IL** 08/11/2010 **TRASMESSA IL**
NUMERO SINISTRO ██████████ **TIPO GESTIONE** R.C.A.

DATI IDENTIFICATIVI DELMEDICO	
COGNOME E NOME ██████████	ID-FIDUCIARIO ██████████
CODICE FISCALE ██████████	

DATI IDENTIFICATIVI DEL SINISTRO			
NUMERO ██████████	UFFICIO U0069	POLIZZA ██████████	
LIQUIDATORE		AGENZIA ██████████	

GENERALITÀ DEL DANNEGGIATO			
COGNOME ██████████	NOME ██████████	SESSO ██████████	
PROVINCIA TORINO	COMUNE DI NASCITA ██████████		
NATO IL ██████████	STATO ██████████		
CODICE ██████████			
PROV. DI ██████████	COMUNE DI ██████████	CAP ██████████	
V. ██████████	NUM. CIVICO ██████████		
RECAPITO TELEFONICO ██████████	CELLULARE ██████████		
INDIRIZZO E-MAIL	ALTRO		
DOCUMENTO DI ██████████	NUMERO DOCUMENTO ██████████		

OSSERVAZIONI PER LA COMPAGNIA	
PROVA	
DATA	