



**Guida Operativa
ai Servizi Associativi
Mutua Basis Assistance**



INDICE

Capitolo	Pag.
1. Benvenuto in Mutua Basis Assistance	3
2. Accesso ai Servizi riservati agli Associati	4
3. Comunica con Mutua Basis Assistance	7
4. Informazioni Generali sull'Accesso alle Prestazioni	9
5. Come accedere alle prestazioni erogate in forma diretta	14
6. Come richiedere il rimborso per le prestazioni erogate in forma indiretta	17
7. Procedura Check Up	20
8. Ulteriori informazioni utili per accedere alle prestazioni	21
9. Accesso ai Servizi – Tabella di Sintesi	22

1. **BENVENUTO IN MUTUA BASIS ASSISTANCE**

Gentile Associato,

desideriamo innanzitutto darLe il benvenuto in Mutua Basis Assistance, la più grande Società Generale di Mutua Soccorso per numero di soci presente in Italia.

Le ricordiamo che, durante tutta la Sua vita associativa, MBA Le fornirà ogni utile supporto al fine di accedere ai servizi ed alle prestazioni a Lei riservati.

Il nostro Servizio di Customer Care ed Accoglienza sarà sempre a Sua disposizione, per fornirLe ogni necessaria informazione ed assistenza, nonché per accogliere Sue eventuali segnalazioni o suggerimenti.

Al fine di consentirLe di usufruire in modo completo dei vantaggi associativi, mettiamo a Sua disposizione la presente **GUIDA OPERATIVA AI SERVIZI ASSOCIATIVI**, all'interno della quale troverà i riferimenti necessari per:

- Ricevere le informazioni utili relative alla vita associativa
- Visualizzare la Documentazione messa a Sua disposizione
- Accedere alle prestazioni sanitarie a cui ha diritto
- Usufruire delle "utilities" a Lei riservate
- Contattare la Centrale Salute dedicata
- Contattare Mutua Basis Assistance ed inviarci segnalazioni

Mutua Basis Assistance sarà sempre al Suo fianco per tutelare il Suo diritto alla salute e per consentirLe l'accesso alle cure e prestazioni di cui avrà necessità.

Cogliamo l'occasione per ricordarLe che la **Salute è il primo dovere della Vita**, elemento necessario a garantire serenità e benessere, valori alla base della nostra Mutua. In questo contesto, Le ricordiamo l'importanza di dedicare attenzione alla prevenzione e alla sua salute, effettuando i necessari controlli preventivi e di routine.

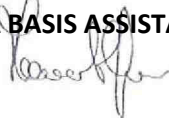
A tal proposito, ci preme ricordarLe che, in qualità di nostro Assistito, avrà diritto ad accedere al nostro Network di Strutture Sanitarie e Professionisti Convenzionati, anche per l'erogazione di prestazioni non previste dal Suo Piano Sanitario, a condizioni economiche vantaggiose.

Il nostro Network – di cui fanno parte primari centri e le migliori eccellenze fra i professionisti del settore medico sanitario – vanta una presenza capillare sul territorio, e consente l'erogazione di prestazioni medico sanitarie con l'applicazione di una scontistica variabile dal 5% al 35%.

Nella certezza che la presente Guida Operativa possa essere per Lei un utile strumento di riferimento, Le diamo nuovamente il nostro più sentito benvenuto in Mutua Basis Assistance.

Società Generale di mutuo Soccorso

MUTUA BASIS ASSISTANCE



2. ACCESSO AI SERVIZI RISERVATI AGLI ASSOCIATI MBA

Mutua Basis Assistance mette a disposizione dei suoi Associati un'Area Riservata contenente ogni documentazione utile e relativa alla Vita Associativa, nonché numerose funzionalità per accedere ai Servizi della Mutua e della Centrale Salute.

L'Area Riservata è disponibile sulla Home Page del nostro Sito Istituzionale, www.mbamutua.org:



- **LE FUNZIONALITA'**: all'interno dell'Area Riservata sono disponibili tutte le **Utilities** che potranno rendere più agevole l'accesso ai servizi, l'erogazione delle prestazioni e le comunicazioni con MBA. In particolare, sarà possibile:
 - verificare lo stato della propria adesione e di eventuali contributi dovuti;
 - inserire ed aggiornare i dati anagrafici ed i propri recapiti per essere contattati agevolmente;
 - inserire ed aggiornare le proprie Coordinate Bancarie per ricevere gli eventuali rimborsi;
 - verificare l'anagrafica dei propri famigliari beneficiari della copertura;
 - presentare le pratiche di rimborso e le richieste di Presa In Carico, accedendo direttamente alla piattaforma Health Claim On Line (senza necessità di accedere al sito della Centrale Salute ed effettuare un ulteriore log in);
 - scaricare la modulistica ed ogni altra documentazione utile.

- **COME EFFETTUARE IL PRIMO ACCESSO ALLA NUOVA AREA RISERVATA:** dopo aver cliccato sul box “Area Riservata”, si aprirà la seguente schermata.



Cliccare quindi su **“Sei il titolare di un piano Sanitario?”** per poter passare alla schermata successiva ed effettuare la registrazione cliccando su **“Non sei ancora registrato? Clicca qui per procedere!”**



Inserendo il Codice Fiscale del Sottoscrittore del Sussidio Sanitario e cliccando sulla voce “Registrami”, verranno richieste alcune informazioni utili da compilare obbligatoriamente, la creazione della Password e l'accettazione della Privacy.

Completa la registrazione al sistema
Fase 2 di 2
Inserisci la password desiderata

Email

Attenzione, è importante inserire un indirizzo email valido per poter portare a termine la registrazione!

User name

Password

Conferma Password ✓

Privacy

[Visualizza privacy](#)

Completata l'operazione di prima registrazione, il Sistema invierà una e-mail all'indirizzo indicato, contenente le Credenziali di Accesso; per confermare la registrazione, cliccare sul link riportato nella e-mail ricevuta.

- **COME ACCEDERE AI SERVIZI DALL'AREA RISERVATA:** una volta confermata la propria registrazione, è possibile accedere a tutte le funzionalità messe a Sua disposizione.

mba Area riservata Adesione corrente: 30104A - 30/06/2015 / 29/06/2016 Utente: Home page

benvenuto nella tua area riservata

Gestione Sussidio

La sua posizione:

Decorrenza: 30/06/2015
Scadenza: 29/06/2016

Il tuo sussidio sanitario:

Comunicazioni importanti

Ultime comunicazioni importanti:

- 09/02/2015 - MBA Informa n° 02/2015
- 02/01/2015 - MBA Informa n° 01/2015
- 24/02/2014 - Conv. assemblea del so...
- 24/12/2013 - Conv. assemblea del so...
- 18/11/2013 - Conv. assemblea del so...

Avvisi d'irregolarità

Tutti i documenti...

Nella **Home Page** della propria Area Riservata vengono riportate:

- La decorrenza e scadenza del proprio Sussidio Sanitario;
- Le **COMUNICAZIONI IMPORTANTI** inserite da Mutua Basis Assistance;
- Gli **AVVISI D'IRREGOLARITA'**, relativi alla propria specifica posizione;
- Le funzionalità di **GESTIONE del SUSSIDIO**.

Utilizzando la barra laterale a sinistra, **“Gestione Sussidio”**, sarà possibile accedere alle seguenti funzionalità:

- **Il mio Nucleo:** all'interno di questa area, nel caso di Sussidio in formula Nucleo, sarà possibile visualizzare i dati anagrafici dei propri famigliari, nonché integrarli, ove necessario.
- **Coordinate Bancarie:** è possibile inserire le proprie coordinate bancarie, al fine di ricevere sul conto corrente gli eventuali rimborsi previsti dalla copertura sanitaria.
- **Recapiti Assistito:** in quest'area vengono riportati tutti i riferimenti del Titolare della copertura sanitaria, i quali potranno essere modificati ed integrati in qualunque momento, al fine di poter essere agevolmente contattati da Mutua Basis Assistance e dalla Centrale Salute per le necessità di corretta gestione della posizione.
- **Modulistica:** all'interno di questa area potrà stampare in autonomia il tesserino identificativo e i moduli di richiesta rimborsi e/o Pic per inviare la documentazione alla Centrale Salute.
- **Documenti:** è qui possibile visualizzare e scaricare tutta la documentazione utile e relativa alla propria Vita Associativa ed alla propria copertura sanitaria, fra cui:
 - *le comunicazioni caricate da Mutua Basis Assistance*
 - *lo Statuto ed il Regolamento Attuativo*
 - *la Guida Operativa ai Servizi Associativi*
 - *il Regolamento del proprio Sussidio Sanitario*
- **Accedi alla Centrale Salute:** questo box consente all'Assistito di accedere direttamente alla piattaforma della Centrale Salute, dedicata all'inserimento delle sue pratiche e di quelle dei suoi famigliari, in forma diretta ed indiretta (*per il dettaglio delle funzionalità disponibili sulla piattaforma della Centrale Salute, vedasi il successivo par. 4 – Informazioni Generali sull'Accesso alle Prestazioni*).
- **Comunica con MBA:** vedi il successivo par. 3 – *“Comunica con Mutua Basis Assistance”*.

3. COMUNICA CON MUTUA BASIS ASSISTANCE

Mutua Basis Assistance sarà sempre al Suo fianco per fornirLe ogni utile supporto e per darLe le informazioni relative alla Vita Associativa.

cos'è comunica: “Comunica” è lo strumento di comunicazione messo a disposizione degli Associati da Mutua Basis Assistance. Per qualsiasi richiesta o informazione relativa alla Sua Adesione ed alla Sua posizione Amministrativa, potrà contattare MBA, inviando una comunicazione attraverso il Format disponibile all'interno della Sua Area Riservata, cliccando sul **box “Comunica”**.

La compilazione guidata del Form ci consentirà di gestire la Sua richiesta in modo tempestivo ed efficiente. Un nostro operatore qualificato prenderà in carico la Sua comunicazione e Le fornirà ogni informazione e supporto in tempi utili.



“MBA Informa” è dedicato a comunicare agli Associati i nuovi servizi, le nuove funzionalità, le modifiche per l’accesso ai servizi e, più in generale, ogni variazione o informazione di interesse per il Socio, al fine di consentirgli di essere sempre aggiornato ed informato.

La Newsletter viene inviata mediante e-mail, all’indirizzo messo a disposizione dall’Associato al momento dell’adesione ad MBA. Pertanto, al fine di essere sempre informati, è importante fornire correttamente ad MBA un indirizzo e-mail attivo.

La Newsletter “MBA Informa” viene inoltre pubblicata all’interno dell’Area Riservata, nella sezione “Comunicazioni Importanti”.

4. INFORMAZIONI GENERALI SULL’ACCESSO ALLE PRESTAZIONI

Nella presente sezione vengono riportate le principali informazioni per accedere correttamente alle prestazioni sanitarie erogate in forma diretta e indiretta. L’accesso alle prestazioni e la gestione dei relativi rimborsi, così come il Servizio di Assistenza Telefonica, sono erogati dalla **Centrale Salute COOPALUTE**, la quale opera in qualità di Service Provider della Mutua MBA. Si riportano alcune informazioni preliminari per l’erogazione dei servizi previsti dal Suo Sussidio Sanitario:

Come contattare la Centrale Salute: la Centrale Salute è l’Ufficio dedicato alla gestione delle richieste di rimborso spese ed alle richieste di autorizzazione alla forma diretta, ed è gestito da Operatori con pluriennale esperienza nel settore. La Centrale ha inoltre il compito di fornire tutte le informazioni utili e di supporto agli Assistiti per l’accesso alle prestazioni.



Cos’è Health Claim On Line: le richieste di rimborso o di presa in carico in forma diretta vengono presentate mediante accesso alla funzionalità on line messa a disposizione dalla Centrale Salute. Gli Assistiti potranno accedere a tale funzionalità dalla propria Area Riservata MBA, dal sito istituzionale www.mbamutua.org, cliccando sul **box “Accedi alla Centrale”**.

Il Sistema Informativo Web, denominato **Health Claim On line**, consente agli Associati di:

- effettuare le richieste di rimborso on line (forma indiretta) e le richieste di presa in carico (PIC), caricando direttamente (upload) tutta la documentazione necessaria;
- inoltrare la documentazione medica e di spesa richiesta ad “integrazione” e necessaria ai fini della definizione di richieste di Rimborso già inoltrate in modo incompleto (caso di pratiche in stato “sospeso”);

- verificare costantemente lo stato di lavorazione delle richieste inoltrate sia in forma indiretta che in forma diretta (richieste di presa in carico PIC);
- visualizzare tutta la documentazione inoltrata e le note di motivazione degli eventuali rimborsi sospesi/respinti e scaricarne le relative comunicazioni;
- verificare in modo puntuale le spese rimborsate, le spese non rimborsabili (con nota esplicativa), le spese rimaste a carico (secondo il Sussidio prescelto) con indicazione delle fatture alle quali i rimborsi fanno riferimento;
- generare/scaricare/stampare il “Prospetto Liquidativo” di riepilogo (selezionando per anno di competenza e per tutto il nucleo familiare o per il singolo Assistito), contenente il dettaglio analitico di tutte le fatture di spesa presentate (con indicazione di nr. e date fatture, importi richiesti, importi rimborsati, importi rimasti a carico in base al Sussidio, importi non rimborsabili, importi già accreditati, ecc.), utile anche ai fini della dichiarazione dei redditi;
- inviare una comunicazione alla Centrale Salute (ad es. per chiedere informazioni più dettagliate sulla propria pratica, segnalare una struttura, ricevere chiarimenti sul proprio sussidio, etc.).

Attenzione: l'accesso all'Area Riservata ed alle relative funzionalità è subordinato ad una **prima registrazione da parte dell'Associato** sul sito istituzionale di MBA ed alla ricezione di User Id e Password personale (le quali verranno automaticamente inviate a mezzo e-mail all'indirizzo indicato dall'Associato stesso).

Per conoscere nel dettaglio tutte le funzionalità dell'Health Claim On Line è a disposizione dell'Assistito, nell'Area Riservata, il **Manuale Operativo Health Claim On Line**.

La Centrale Salute potrà essere contattata:

- Chiamando al **Numero Verde 800.511.311** attivo dal **Lunedì al Venerdì dalle ore 8:30 alle ore 17:30** ed il **Sabato dalle ore 8:30 alle ore 12:30**;
- Inviando un **Fax al numero 06 92912534**
- Compilando il Form On Line disponibile all'interno dell'Health Claim On Line **nell'Area Riservata (accedendo dalla Home Page dell'Area Riservata, nella sezione cliccare su “Accedi alla Centrale” / Richiesta Informazioni)**.

Manuale Utente

Benvenuto XXXXXXXXXX

RICHESTE

DOCUMENTI

STRUTTURE

IMPOSTAZIONI

Stato Pratiche
Presenza in Carico
Nuova richiesta Rimborso
Richiesta CheckUp
Regolarizza Richieste
Richiesta informazioni

Modulo di richiesta informazioni

Ente

Nome

Cognome

CodiceFiscale

eMail

Cellulare

Telefono

Se la richiesta è avanzata da o per una persona Assistita diversa dal Titolare, indica il nome e il cognome dell'assistito.

Nome Assistito

Cognome Assistito

Tipo di richiesta

Note richiesta

Invia richiesta

Cliccando sul tasto info della colonna "Stato pratica", è possibile consultare la legenda corrispondente:

Stato Pratica
?

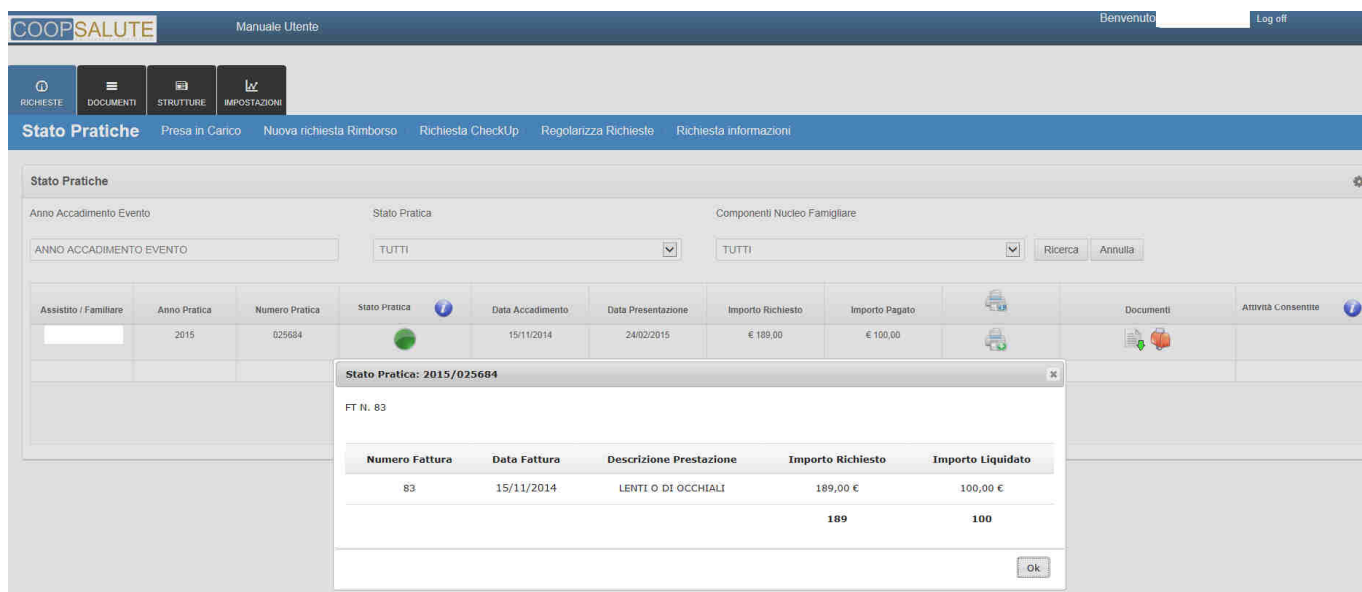
Legenda Stati Pratica

	Descrizione	Descrizione Breve
?	Si applica a: Richiesta di Rimborso (RdR) + Presa In Carico (PIC); il nostro ufficio liquidazione è in attesa di ricevere documentazione integrativa necessaria al rimborso.	SOSPESO
●	Si applica a: Richiesta di Rimborso (RdR); la richiesta è stata verificata presso il nostro ufficio liquidazione ed è in pagamento.	IN PAGAMENTO
●	Si applica a: Richiesta di Rimborso (RdR); effettuato accredito sulle coordinate bancarie indicate.	PAGATA
●	Si applica a: Presa In Carico (PIC) e Check Up; rilasciata Autorizzazione alla Struttura Sanitaria per la prestazione richiesta.	AUTORIZZATA
●	Si applica a: Presa In Carico (PIC) + Check Up + Richiesta di Rimborso (RdR); la richiesta è stata verificata presso il nostro ufficio liquidazione che non ha accordato il rimborso.	CHIUSURA TECNICA
●	Si applica a: Presa In Carico (PIC) + Richiesta di Rimborso (RdR) + Check Up; la richiesta è stata acquisita ed è in attesa di lavorazione.	IN LAVORAZIONE
●	Si applica a: Presa In Carico (PIC) + Check Up + Richiesta di Rimborso (RdR); la richiesta è stata verificata presso il nostro ufficio liquidazione che non ha accordato il rimborso.	RESPINTA

Ok

01/11/2014 17/07/2015 € 100,00 € 0,00

Cliccando sull'icona colorata, è possibile visualizzare il dettaglio – fattura per fattura - di quanto richiesto e di quanto liquidato al netto di spese rimaste a carico:



Assistito / Familiare	Anno Pratica	Numero Pratica	Stato Pratica	Data Accadimento	Data Presentazione	Importo Richiesto	Importo Pagato	Documenti	Attività Consente
	2015	025684		15/11/2014	24/02/2015	€ 189,00	€ 100,00		

Numero Fattura	Data Fattura	Descrizione Prestazione	Importo Richiesto	Importo Liquidato
83	15/11/2014	LENTI O DI OCCHIALI	189,00 €	100,00 €
			189	100

Cos'è la "Forma Diretta": è l'accesso alle prestazioni sanitarie presso Strutture facenti parte del Network della Centrale Salute, previo rilascio di autorizzazione da parte della Centrale stessa; in tal caso, l'Assistito non dovrà anticipare alcun importo (fatta eccezione per le quote di spesa a suo carico eventualmente previste dal Sussidio Sanitario prescelto).

Cos'è la "Forma Indiretta": è l'accesso alle prestazioni sanitarie presso Strutture Convenzionate o Non Convenzionate ed effettuato dall'Assistito senza preventiva autorizzazione da parte della Centrale Salute; in questo caso, l'Assistito dovrà provvedere al pagamento delle prestazioni alla Struttura Sanitaria e successivamente richiedere il rimborso alla Centrale Salute.

Cos'è la "Forma Mista": si parla di forma mista quando la prestazione sanitaria viene effettuata da una Struttura Sanitaria Convenzionata, ma da un medico (o da una equipe medica) non convenzionato. In questo caso, normalmente, i Sussidi Sanitari di MBA prevedono che la prestazione in convenzione possa essere erogata nella forma diretta (quindi senza anticipo da parte dell'Assistito), mentre la prestazione erogata dai medici non convenzionati debba seguire la procedura in forma indiretta (quindi l'Assistito dovrà anticiparne i costi e richiederne successivamente il rimborso).

Ad esempio, nel caso di un ricovero in una Struttura Convenzionata, per l'effettuazione di un intervento chirurgico effettuato da un Chirurgo non convenzionato, l'Assistito potrà richiedere l'Autorizzazione alla forma diretta per i soli costi/prestazioni relativi alla Struttura (es. retta di degenza), e richiedere il rimborso per le prestazioni del chirurgo dopo l'effettuazione della prestazione.

Attenzione: non tutti i Sussidi Sanitari prevedono la possibilità di accedere alla forma mista; quindi è necessario verificare se tale modalità di accesso alle prestazioni sia espressamente prevista. Se non è contemplata, infatti, tutte le prestazioni legate all'evento (malattia o infortunio) potranno essere rimborsate solo nella forma indiretta. Inoltre è opportuno ricordare che, in caso di forma mista, a tutte le prestazioni verrà comunque applicata la quota di spesa a carico prevista per le prestazioni erogate da strutture non convenzionate.

Cosa sono le Quote di Spesa a carico: sono quegli importi di spesa relativi alle prestazioni sanitarie che, comunque, restano a carico dell'Assistito; il rimborso delle spese, pertanto, verrà effettuato dalla Centrale Salute, al netto di tali importi. Le quote di spesa sono normalmente indicate in percentuale o in quota fissa; esse sono espressamente indicate nelle specifiche garanzie previste dal Suo Sussidio Sanitario e possono

variare se la prestazione sarà erogata da una Struttura Sanitaria Convenzionata o da un Struttura non Convenzionata. Le garanzie possono inoltre riportare l'importo minimo o massimo che resterà a carico dall'Assistito. Invitiamo pertanto sempre l'Assistito a verificare, sul Regolamento del proprio Sussidio Sanitario, quali sono le condizioni che verranno applicate al rimborso.

Cosa si intende per Massimale: è la somma complessiva massima, entro cui la Mutua sosterrà i costi delle prestazioni previste dal proprio Sussidio Sanitario. Tale importo viene riportato nelle specifiche garanzie, e si riferisce all'insieme delle prestazioni che alla garanzia si riferiscono (es. Massimale per i ricoveri, massimale per le prestazioni di alta diagnostica, etc.). Il Massimale è normalmente da intendersi complessivo per tutti i componenti del Nucleo Familiare Assistito, e non varia in base al numero dei familiari (a meno che non sia diversamente indicato nelle specifiche garanzie).

Cosa sono le Carenze (termini di aspettativa): la carenza è un periodo di aspettativa, decorrente dalla data di attivazione del Sussidio Sanitario, cui soggiace l'operatività della garanzia (ad es., alcune Coperture Sanitarie prevedono che la garanzia relativa al parto operi a decorrere dal 300° giorno di attivazione della Sussidio stesso). Non tutti i Sussidi Sanitari prevedono tali periodi di carenza, ma per una corretta attivazione delle garanzie, La invitiamo sempre a verificare le specifiche previsioni del Suo Sussidio Sanitario, nella Sezione delle Norme Relative a tutte le Garanzie. In caso di dubbi, potrà richiedere informazioni preventive alla Centrale Salute.

Cosa sono le Pregresse Note: si intendono tutte le patologie o conseguenze di stati patologici dovuti a malattie o infortuni già accaduti/conosciuti, diagnosticati o curati prima della data di adesione al Sussidio Sanitario. Alcuni Sussidi prevedono espressamente l'esclusione dalla copertura delle "Pregresse", per cui si intendono non rimborsabili/indennizzabili le prestazioni sanitarie relative e conseguenti.

La invitiamo sempre a verificare le definizioni a Sua disposizione nella premessa del regolamento del Sussidio Sanitario.

Nei casi dubbi, potrà sempre richiedere informazioni preventive alla Centrale Salute al [Numero Verde 800.511.311](tel:800.511.311).

Cosa sono le pregresse Non Note: si intendono tutti gli stati patologici (conseguenti a malattia e infortunio) non conosciuti dall'Associato ma insorti anteriormente alla data di adesione al Sussidio Sanitario. Alcuni Sussidi prevedono espressamente un periodo di carenza (Termini di Aspettativa) durante il quale si intendono non rimborsabili/indennizzabili le prestazioni sanitarie relative e conseguenti.

La invitiamo sempre a verificare le definizioni a Sua disposizione all'interno del regolamento del Sussidio Sanitario.

Nei casi dubbi, potrà sempre richiedere informazioni preventive alla Centrale Salute al [Numero Verde 800.511.311](tel:800.511.311).

Come presentare le proprie pratiche: per inviare le proprie pratiche è necessario **accedere alle funzionalità della Centrale**, e caricare le proprie richieste (Vedi punto precedente, "Cos'è Health Claim On Line").

In alternativa, qualora non si disponga di un accesso internet o della possibilità di scansionare otticamente la documentazione necessaria, le richieste di rimborso o di presa in carico in forma diretta potranno essere comunque inviate alla Centrale Salute:

- mediante posta ordinaria a: **Centrale Salute COOPSALUTE, Via di Santa Cornelia n. 9 – CAP 00060 FORMELLO (RM)**

- mediante fax, al numero **06 92912534**

5. COME ACCEDERE ALLE PRESTAZIONI EROGATE IN FORMA DIRETTA

La forma diretta, come già anticipato, consente all'Assistito di non anticipare i costi delle prestazioni, scegliendo una struttura sanitaria convenzionata e chiedendo alla Centrale Salute l'autorizzazione preventiva. Per attivare la modalità di accesso alle prestazioni in forma diretta, l'Assistito dovrà seguire poche semplici attività che riportiamo a seguire.

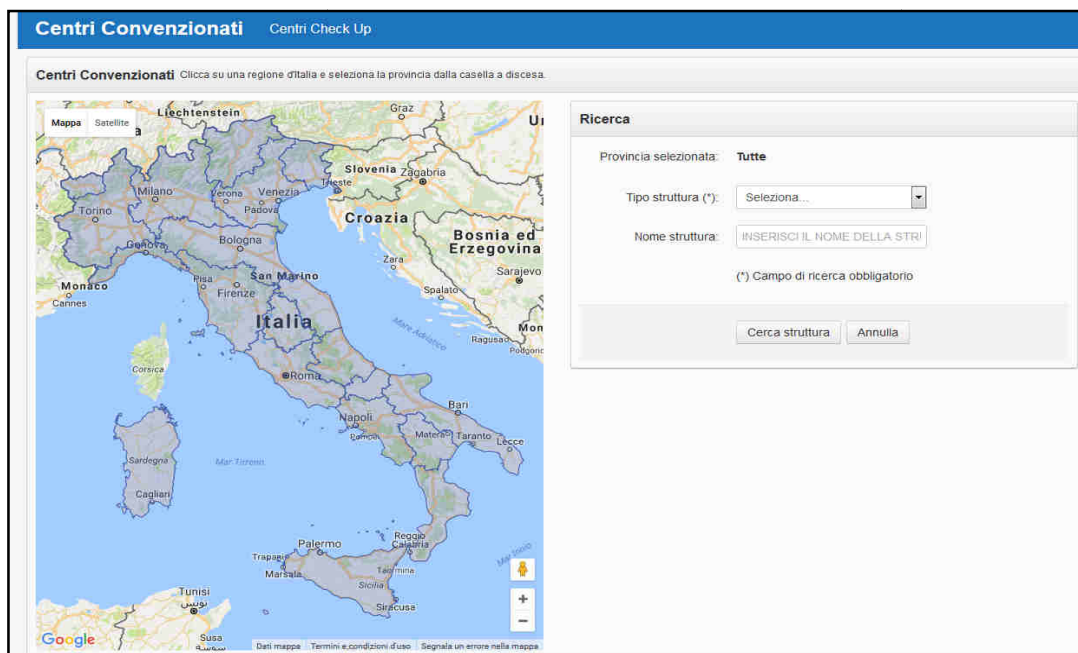
a) Scegliere la Struttura Sanitaria: innanzitutto è importante **verificare che la Struttura Sanitaria prescelta, nonché l'equipe medico chirurgica (e/o gli altri specialisti coinvolti) siano convenzionati** con la Centrale Salute. L'accesso alla forma diretta, infatti, è possibile solo per il tramite di Strutture Sanitarie Convenzionate. L'Assistito potrà effettuare tale verifica consultando **l'Elenco delle Strutture Convenzionate**, disponibile nella propria Area Riservata, sul Sito Internet www.mbamutua.org (nella sezione "Accedi alla Centrale" / "Strutture").

Attenzione: nel caso di interventi chirurgici e/o ricoveri, è sempre opportuno contattare la Centrale Salute (o la Struttura Sanitaria prescelta), per verificare che anche l'equipe medico-chirurgica abbia aderito al convenzionamento. Qualora l'equipe medica non sia convenzionata, sarà opportuno verificare cosa prevede il proprio Sussidio Sanitario per i casi di "forma mista" (v. Sez. 4, pag. 10, "Cos'è la Forma Mista").

All'interno della Sezione dedicata ai Centri Convenzionati, sarà possibile effettuare la ricerca della Struttura, cliccando sulla Regione di interesse e scegliendo la tipologia di struttura da ricercare (es. Casa di Cura, Centro Fisioterapico, Studio Dentistico, etc.).

A questo punto sarà possibile visualizzare l'elenco delle Strutture in linea con i parametri di ricerca inseriti.

b) Prenotare la Struttura Sanitaria: dopo aver verificato la presenza della Struttura Sanitaria nel Network, l'Assistito dovrà **provvedere direttamente a prenotare la propria prestazione** presso la Struttura Sanitaria



c) Chiedere l'Autorizzazione alla Centrale Salute: a questo punto l'Assistito dovrà richiedere l'Autorizzazione alla Presa in Carico (PIC) in forma diretta:

1. via Fax al numero **06 92912534**
2. via Posta Ordinaria all'indirizzo: **Centrale Salute COOPSALUTE, Via di Santa Cornelia n. 9 – CAP 00060 FORMELLO (RM)**
3. caricando la richiesta direttamente sul **portale Health Claim On Line** (tale procedura è consigliata in quanto riduce notevolmente i tempi di definizione delle pratiche)

Per chiedere l'Autorizzazione alla presa in carico in forma diretta sull'Health Claim On Line, sarà sufficiente:

- entrare nella propria Area Riservata, nella Sezione "Accedi alla Centrale Salute", cliccando su "Presa in Carico";
- compilare il Form dedicato alla Presa in Carico;
- allegare la fotocopia della documentazione medica relativa alla richiesta (con la prescrizione medica indicante la diagnosi / quesito diagnostico, modulo anamnestico dove previsto), cliccando su "Aggiungi Documenti";
- **Allegare il Modulo Anamnestico:** tale modulo dovrà essere compilato a cura del medico curante e/o dal medico specialista la cui specializzazione sia coerente con la patologia causa della prestazione. Il modulo dovrà essere presentato esclusivamente nei casi in cui il sussidio sanitario preveda le esclusioni di tutte le prestazioni conseguenti a stati patologici manifestati, diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati prima della data di adesione al Sussidio Sanitario. L'obbligatorietà di tale modulo è prevista sia per le richieste erogate in Forma Diretta (Pic) che in Forma Indiretta (Rimborso).

Si riportano a seguire i fac-simile dei Moduli Anamnestici (Per Ricovero e per Prestazioni Extra Ricoveri), scaricabili nell'Area Riservata del sito www.mbamutua.org, nella sezione "Modulistica".

MODULO ANAMNESTICO PRESTAZIONI - EXTRA RICOVERO
(visite, accertamenti, terapie etc.)

DA COMPILARE DA PARTE DEL MEDICO CURANTE/SPECIALISTA

DATI DEL MEDICO	
Cognome _____	Nome _____
Specializzazione _____	
Tel. _____	Fax: _____

NOME E COGNOME DEL PAZIENTE: _____

PRESTAZIONE DA EFFETTUARE: _____

ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA
Notizie sulla patologia oggetto della prestazione da eseguire specificando data insorgenza della patologia e/o della sintomatologia, gli eventuali esami già eseguiti con referti e le eventuali terapie mediche, farmacologiche, chirurgiche eseguite:

Data ____/____/____ Firma timbro Medico _____
Firma Socio o di chi ne fa le veci _____

D.lgs. N° 196/03 sulla tutela dei dati personali:
Il sottoscritto, ai sensi degli articoli 7 e 13 del D. Lgs.196/2003, in relazione alle informazioni fornite che possono riguardare dati personali, e dati sensibili (dove cioè a rivelare le origini razziali o etniche dell'interessato, le sue convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le sue opinioni politiche e/o l'adesione a partiti/sindacati/associazioni/linee) di carattere religioso, politico, sindacale, lo stato di salute e la vita sessuale) acconsente al trattamento con correttezza e nel rispetto delle più aggiornate misure di sicurezza, con o senza l'ausilio di strumenti elettronici e di ogni possibile software, per ogni trattamento previsto dal D. Lgs. 196/2003. Il sottoscritto acconsente che CoopSalute tratti i propri dati – anche tramite comunicazione a terzi e - al fine della loro utilizzazione e diffusione nell'ambito di proprie attività operative, amministrative, legali, fiscali, gestionali, statistiche, di marketing, pubblicitarie, informative. Il trattamento dei dati dell'interessato verrà realizzato per mezzo delle operazioni o complesso di operazioni indicate all'articolo 4 comma 1 lett. a) del D. Lgs. 196/2003 e cioè: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, diffusione, cancellazione e distruzione dei dati. Il sottoscritto è a conoscenza che l'articolo 7 del D. Lgs. 196/2003 gli riconosce il diritto di: accedere ai propri dati personali; chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, se incompleti, erranei o raccolti in violazione alla legge; opporsi al loro trattamento per motivi legittimi. Tali diritti potranno essere esercitati facendone richiesta al titolare del trattamento dei dati. Titolare del trattamento è CoopSalute al quale il sottoscritto potrà rivolgersi, presso la sede in Formello, 00060, via Di Santa Cornelia n. 9, coopsalute@pec.it
Data ____/____/____ Firma Socio o di chi ne fa le veci _____

MODULO ANAMNESTICO PRESTAZIONI - EXTRA RICOVERO
(visite, accertamenti, terapie etc.)

DA COMPILARE DA PARTE DEL MEDICO CURANTE/SPECIALISTA

DATI DEL MEDICO	
Cognome _____	Nome _____
Specializzazione _____	
Tel. _____	Fax: _____

NOME E COGNOME DEL PAZIENTE: _____

PRESTAZIONE DA EFFETTUARE: _____

ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA
Notizie sulla patologia oggetto della prestazione da eseguire specificando data insorgenza della patologia e/o della sintomatologia, gli eventuali esami già eseguiti con referti e le eventuali terapie mediche, farmacologiche, chirurgiche eseguite:

Data ____/____/____ Firma timbro Medico _____
Firma Socio o di chi ne fa le veci _____

D.lgs. N° 196/03 sulla tutela dei dati personali:
Il sottoscritto, ai sensi degli articoli 7 e 13 del D. Lgs.196/2003, in relazione alle informazioni fornite che possono riguardare dati personali, e dati sensibili (dove cioè a rivelare le origini razziali o etniche dell'interessato, le sue convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le sue opinioni politiche e/o l'adesione a partiti/sindacati/associazioni/linee) di carattere religioso, politico, sindacale, lo stato di salute e la vita sessuale) acconsente al trattamento con correttezza e nel rispetto delle più aggiornate misure di sicurezza, con o senza l'ausilio di strumenti elettronici e di ogni possibile software, per ogni trattamento previsto dal D. Lgs. 196/2003. Il sottoscritto acconsente che CoopSalute tratti i propri dati – anche tramite comunicazione a terzi e - al fine della loro utilizzazione e diffusione nell'ambito di proprie attività operative, amministrative, legali, fiscali, gestionali, statistiche, di marketing, pubblicitarie, informative. Il trattamento dei dati dell'interessato verrà realizzato per mezzo delle operazioni o complesso di operazioni indicate all'articolo 4 comma 1 lett. a) del D. Lgs. 196/2003 e cioè: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, diffusione, cancellazione e distruzione dei dati. Il sottoscritto è a conoscenza che l'articolo 7 del D. Lgs. 196/2003 gli riconosce il diritto di: accedere ai propri dati personali; chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, se incompleti, erranei o raccolti in violazione alla legge; opporsi al loro trattamento per motivi legittimi. Tali diritti potranno essere esercitati facendone richiesta al titolare del trattamento dei dati. Titolare del trattamento è CoopSalute al quale il sottoscritto potrà rivolgersi, presso la sede in Formello, 00060, via Di Santa Cornelia n. 9, coopsalute@pec.it
Data ____/____/____ Firma Socio o di chi ne fa le veci _____

Per le specifiche relative alle funzionalità di Health Claim On Line, si rinvia al Manuale Operativo (disponibile nell'area riservata MBA nella sezione dedicata alla Centrale salute).

Attenzione: La richiesta di presa in carico dovrà essere presentata alla Centrale Salute almeno 3 giorni lavorativi prima della data prevista per la prestazione (ai fini del calcolo dei giorni utili, il sabato non è considerato giorno lavorativo). Solo in casi di **comprovata urgenza che comportino il ricovero**, che rendano impossibile all'Assistito presentare la propria richiesta entro 3 giorni lavorativi prima della prestazione, egli potrà comunque richiedere l'autorizzazione in forma diretta, inviando la documentazione di cui sopra (direttamente o tramite la Struttura Sanitaria), entro 5 giorni dalla data del ricovero, e comunque entro e non oltre la data di dimissione dalla Struttura Sanitaria stessa. La documentazione dovrà contenere anche il certificato del medico o struttura con le motivazioni del ricovero d'urgenza.

d) La fase autorizzativa della Centrale Salute

Una volta inviata tutta la documentazione necessaria alla Centrale Salute, quest'ultima, effettuati i necessari controlli di natura amministrativa, procede alla valutazione della richiesta ricevuta (ad es., verifica la corretta attivazione della copertura, analizza che la prestazione richiesta sia in garanzia e congruente rispetto alla diagnosi indicata, controlla la completezza della documentazione presentata e la capienza di massimale ecc.). Effettuate le necessarie verifiche, la Centrale Salute procederà a:

- **Autorizzare la richiesta di presa in carico in forma diretta.** In questo caso, comunicherà all'Assistito (mediante invio di una comunicazione e-mail o di un SMS) che la prestazione è stata autorizzata, indicando, ove previsto, anche le specifiche relative a tale autorizzazione (ad es. importo massimo autorizzato, prestazione autorizzata, etc.). Tale autorizzazione perverrà entro 48 ore lavorative dalla data prevista per la prestazione e solo a documentazione completa ricevuta ai fini della valutazione di autorizzabilità. Contestualmente, la Centrale Salute autorizzerà anche la Struttura Sanitaria prescelta ad erogare la prestazione con il servizio di pagamento diretto, indicando gli importi rimasti a carico dell'Assistito, in ottemperanza a quanto previsto dal Sussidio prescelto.
- **Non autorizzare la richiesta di presa in carico.** La richiesta di presa in carico in forma diretta potrebbe non essere autorizzabile, qualora ad es., la prestazione non sia prevista dal proprio Piano Sanitario, sia stato esaurito il massimale, sia incongruente con la diagnosi indicata, non sia stata fornita documentazione medica sufficiente a valutare se il caso sia in copertura o meno. In questo caso, la Centrale Salute invierà la relativa comunicazione all'Assistito, via e-mail e/o SMS, indicando le motivazioni del diniego, tale comunicazione perverrà entro 48 ore lavorative.

e) La fase di erogazione della prestazione

La Struttura Sanitaria, previamente autorizzata dalla Centrale Salute, erogherà la prestazione sulla base di quanto indicato sul modulo di autorizzazione; **quindi chiederà all'Assistito di procedere al pagamento esclusivamente degli importi rimasti a suo carico**, secondo quanto previsto dal Sussidio prescelto (ed indicato sul modulo di autorizzazione).

L'Assistito dovrà inoltre avere cura di sottoscrivere il fax di autorizzazione che la Centrale Salute avrà previamente inviato alla Struttura Sanitaria e che gli sarà sottoposto dalla Struttura Sanitaria stessa. Sarà quindi cura della Struttura Sanitaria inviare alla Centrale Salute la documentazione medica e di spesa relativa alla prestazione fruita, al fine di ricevere il pagamento delle prestazioni e delle fatture.

Si rammenta che l'autorizzazione costituisce mero nulla osta all'attivazione del servizio in forma diretta; in nessun caso l'autorizzazione dovrà considerarsi quale impegno e garanzia alla successiva liquidazione che avverrà solo a seguito delle ulteriori valutazioni documentali e, quindi, solo successivamente alla ricezione della documentazione completa inviata a Coopsalute da parte della Struttura Sanitaria, in ottemperanza alle condizioni del Sussidio Sanitario.

La invitiamo pertanto a prendere visione dello stesso prima di inviare richieste di presa in carico (Pic).

6. COME RICHIEDERE IL RIMBORSO PER LE PRESTAZIONI EROGATE IN FORMA INDIRETTA

La cd “Forma Indiretta”, come anticipato, è prevista nei casi in cui l’Assistito abbia già usufruito delle prestazioni sanitarie / mediche, pagandone i relativi costi alla Struttura Sanitaria, e ne richieda il rimborso alla Centrale Salute. **La forma indiretta è prevista quindi in due casi:**

- in tutti i casi in cui l’Assistito abbia scelto di **NON** avvalersi di una delle Strutture Sanitarie Convenzionate;
- nei casi in cui l’Associato, pur essendosi avvalso di una Struttura Sanitaria Convenzionata, non abbia comunque scelto di accedere alla forma diretta, ma abbia deciso di anticipare il costo delle prestazioni.

Per richiedere il rimborso delle prestazioni in forma indiretta, l’Assistito dovrà inviare tutta la documentazione attraverso i seguenti canali:

1. via Fax al numero **06 92912534**
2. via Posta Ordinaria all’indirizzo: **Centrale Salute COOPSALUTE, Via di Santa Cornelia n. 9 – CAP 00060 FORMELLO (RM)**
3. caricando la richiesta direttamente sul **portale Health Claim On Line** (tale procedura è consigliata in quanto riduce notevolmente i tempi di definizione delle pratiche).

a) Presentare la richiesta di rimborso

La richiesta di rimborso in forma indiretta dovrà essere presentata **alla Centrale Salute entro 30 giorni dalla erogazione della prestazione**. Per chiedere il rimborso sull’Health Claim On Line, sarà sufficiente:

- entrare nella propria Area Riservata, nella sezione Accedi alla Centrale, quindi cliccare su “Nuova Richiesta”;
- compilare il Form dedicato all’inserimento della richiesta di rimborso;
- allegare la fotocopia della documentazione medica e di spesa (fatture), cliccando su “Aggiungi Documenti”.

Per le specifiche relative alle funzionalità di Health Claim On Line, si rinvia al Manuale Operativo (disponibile nell’area riservata MBA nella sezione dedicata alla Centrale salute).

Si riporta a seguire la documentazione da caricare per la corretta presentazione della pratica:

- **La documentazione medica**, indicante prescrizione medica / diagnosi / quesito diagnostico / copia conforme della cartella clinica, con indicazione specifica delle prestazioni sanitarie effettuate. Si consiglia di consultare sempre il Sussidio Sanitario onde verificare quali altri documenti siano necessari.
- **La documentazione di spesa** sostenuta, ossia le fatture/ricevute debitamente quietanzate.
- **Il Modulo di Accesso al Network** - debitamente sottoscritto dalla Struttura Sanitaria - **solo nel caso in cui le prestazioni siano state erogate da una Struttura Sanitaria Convenzionata**.
- **Il Modulo Anamnestico**: tale modulo dovrà essere compilato a cura del medico curante e/o dal medico specialista la cui specializzazione sia coerente con la patologia causa della prestazione.

Il modulo dovrà essere presentato esclusivamente nei casi in cui il sussidio sanitario preveda le esclusioni di tutte le prestazioni conseguenti a stati patologici manifestati, diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati prima della data di adesione al Sussidio Sanitario. L'obbligatorietà di tale modulo è prevista sia per le richieste erogate in forma diretta (Pic) che in forma indiretta (Rimborso).

Si riportano a seguire i fac-simile dei Moduli Anamnestici (Per Ricovero e per Prestazioni Extra Ricoveri), scaricabili nell'Area Riservata del Sito www.mbamutua.org, nella sezione "Modulistica".



The form is titled 'MODULO ANAMNESTICO PRESTAZIONI - EXTRA RICOVERO (visite, accertamenti, terapie etc.)' and is to be filled out by the attending doctor. It includes fields for the doctor's name and address, and a large section for medical history and treatment details. The logo for 'mba mutua mba' and 'COOP SALUTE centrale cooperativa' is visible at the top.



This is the right page of the 'MODULO ANAMNESTICO PRESTAZIONI - EXTRA RICOVERO' form, containing the same fields and sections as the left page. It also features the 'mba' and 'COOP SALUTE' logos at the top.

- Qualsiasi altro documento attinente le prestazioni effettuate;

Qualora necessario, la Centrale Salute potrà richiedere l'integrazione della documentazione atta a verificare correttamente la rimborsabilità o l'erogazione del rimborso/contributo economico. **Tutta la documentazione suddetta potrà essere inviata in copia** e la Centrale Salute potrà, qualora ritenuto opportuno, richiedere l'invio della documentazione in originale.

ATTENZIONE: qualora le prestazioni in forma indiretta siano state comunque effettuate presso Strutture Sanitarie Convenzionate, ed al fine di ottenere l'applicazione delle tariffe agevolate, l'Assistito è tenuto in ogni caso a qualificarsi, presso la Struttura Sanitaria ove verranno erogate le prestazioni, in qualità di Associato MBA. A tal fine, al momento dell'erogazione della prestazione, dovrà presentare alla Struttura Sanitaria convenzionata o al professionista, **il Modulo di Accesso al Network**.

Tale Modulo dovrà essere appositamente compilato in ogni sua parte e sottoscritto dalla Struttura Sanitaria / Professionista al momento dell'erogazione della prestazione e quindi essere inviato alla Centrale Salute, unitamente al Modulo di Richiesta di Rimborso ed alla necessaria documentazione medica e di spesa, come su indicato. Qualora la richiesta di rimborso spese non sia accompagnata dal Modulo di Accesso al Network

compilato e sottoscritto dalla Struttura Sanitaria e quest'ultima non abbia applicato le tariffe agevolate in favore dell'Associato, egli avrà diritto a richiedere a MBA il rimborso delle spese sostenute entro il limite delle Tariffe concordate fra MBA e la Struttura Sanitaria. Le maggiori spese sostenute in ragione della mancata applicazione del Tariffario – determinata dalla mancata attivazione della convenzione da parte dell'Associato – saranno quindi da intendersi a carico dell'Associato stesso.

Si riporta a seguire il fac-simile del Modulo di Accesso al Network, scaricabile nell'Area Riservata del Sito www.mbamutua.org, nella sezione "Modulistica".

Attenzione: trascorsi 30 giorni dalla data di ricovero per malattia o infortunio, o dal verificarsi del fatto che dà diritto alla prestazione, l'associato può decadere dal diritto al rimborso.

Le fatture e le ricevute erroneamente inviate in originale non verranno restituite all'Associato successivamente alla definizione della pratica, salvo dimostrazione, da parte dell'Associato stesso, di aver ricevuto un'espressa richiesta scritta dall'Autorità finanziaria competente. In tal caso, la restituzione degli originali delle suddette fatture avverrà previa apposizione del timbro di pagamento indicante l'importo rimborsato e la relativa data.

b) La Fase di Valutazione e di Definizione della Centrale Salute

Una volta inviata tutta la documentazione necessaria alla Centrale Salute, quest'ultima, effettuati i necessari controlli di natura amministrativa, procede alla valutazione della richiesta ricevuta.

Effettuate le necessarie verifiche, la Centrale Salute potrà:

- Definire la Richiesta di Rimborso con la messa in pagamento.** In questo caso, la Centrale Salute comunicherà all'Assistito (mediante invio di una comunicazione e-mail o di un SMS) che il rimborso richiesto è stato positivamente definito, riportando nella comunicazione le specifiche del rimborso che verrà effettuato (importo che verrà rimborsato, eventuali quote di spesa rimaste comunque in carico all'associato, fatture di riferimento, etc.). Può accadere che la richiesta di rimborso venga definita solo "parzialmente". Ciò può avvenire, ad esempio, nei casi in cui non tutte le prestazioni sono previste dal Sussidio Sanitario dell'Assistito oppure per incapienza del proprio massimale residuo, etc. All'interno della comunicazione inviata dalla Centrale Salute saranno comunque riportate le specifiche relative alla propria pratica.
- Sospendere la Richiesta di rimborso, per mancanza di documentazione.** Se la documentazione inviata dall'Assistito non è sufficiente ad effettuare una valutazione completa, la Centrale Salute sospenderà la Richiesta ed invierà all'Associato una comunicazione (a mezzo e-mail e/o SMS), chiedendo di procedere alla integrazione della documentazione mancante. L'Assistito avrà 60 giorni per procedere alla integrazione della documentazione, anche on line; decorsi i 60 giorni, la richiesta di autorizzazione verrà in ogni caso archiviata come respinta.



MODULO DI ACCESSO AL NETWORK PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI IN FORMA INDIRECTA PRESSO STRUTTURE SANITARIE E PROFESSIONISTI CONVENZIONATI

ATTENZIONE: Il presente Modulo, dovrà essere sottoscritto e timbrato dalla Struttura Sanitaria e/o Professionista convenzionato/a con la Centrale Salute Coop salute SCpA, al momento della erogazione delle prestazioni. Il Modulo dovrà quindi essere inviato a Coop salute SCpA, unitamente alla richiesta di rimborso spese.

A. DATI IDENTIFICATIVI ASSISTITO

Nome e Cognome Assistito* (Realizzante o Beneficiario della Copertura) _____
 Data di Nascita* _____ Cod. Fiscale* _____ Tel.* _____
 Indirizzo e-mail _____
 Numero Adesione (ove disponibile): _____ Ente di appartenenza (ove previsto) _____

B. DATI RELATIVI ALLE PRESTAZIONI IN FORMA INDIRECTA ED ALLA STRUTTURA CONVENZIONATA

Tipo di prestazione: _____ Data della prestazione _____
 Tipo di ricovero (in caso di ricovero specificare con/ senza intervento, DH, DS, Interv. Amb.) _____
 Intervento Chirurgico _____
 Data di ingresso in ricovero / / _____ Uscita / / _____ (in caso di ricovero)
 Nominativo del Medico 1° operatore: _____ Convenzionato: sì no
 Struttura Sanitaria/Convenzionata che eroga la prestazione _____
 Note _____

Con la sottoscrizione del presente Modulo, l'Assistito richiende:

Autorizza Coop salute SCpA al trattamento dei Suoi dati personali e sensibili, ai sensi del d.lgs. del 30/06/2003 n°196 s.m.l., nonché alla comunicazione dei medesimi dati ai soggetti coinvolti nella gestione delle prestazioni richieste nel presente Modulo (e precisamente, Mutua Basis Assicuratrice o altra Casa o Fondo di appartenenza, Coop salute SCpA, la Struttura Sanitaria e i Medici Professionisti eroganti le prestazioni) ai soli fini di compiere ogni attività necessaria e connessa alla presente richiesta di autorizzazione, e nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate.

Luogo e data _____ Firma dell'Assistito Beneficiario della prestazione* _____

SOTTOSCRIZIONE A CURA DELLA STRUTTURA SANITARIA / PROFESSIONISTA CHE EROGA LA PRESTAZIONE

Con la sottoscrizione del presente Modulo, la STRUTTURA SANITARIA / PROFESSIONISTA si impegna ad erogare le prestazioni in favore dell'Assistito applicando il tariffario agevolato concordato con Coop salute SCpA. Qualora, a seguito di verifica effettuata da Coop salute SCpA, emerge che il tariffario agevolato concordato non è stato applicato, la Struttura Sanitaria / Professionista si impegna a rimborsare l'Assistito del maggiore importo previsto in fattura e quello previsto dal tariffario concordato, per il tramite di Coop salute SCpA o della Cassa, Mutua, Fondo con cui è attiva la copertura sanitaria.

Luogo e data _____ Firma e Timbro della Struttura Sanitaria / Professionista* _____

- **Respingere la richiesta di rimborso.** La richiesta di rimborso potrebbe non essere rimborsabile, qualora ad es. la prestazione non sia prevista dal proprio Sussidio Sanitario, o sia stato esaurito il massimale, etc. In questo caso, la Centrale Salute invierà la relativa comunicazione all'Assistito, con una e-mail e/o SMS, indicando le motivazioni del diniego.

NB: si consiglia all'Assistito di verificare lo status della propria pratica all'interno dell'Area Riservata. Ogni informazione è infatti presente in tempo reale e consente di agevolare la definizione della posizione.

c) Il pagamento della pratica

Nel caso in cui la propria richiesta di rimborso sia stata positivamente definita, la Centrale Salute si attiverà nei confronti di MBA per il pagamento di quanto spettante in favore dell'Assistito. Il rimborso avverrà mediante bonifico bancario, alle coordinate bancarie indicate dall'Assistito titolare della copertura. In pochi giorni dalla definizione della pratica, l'Assistito riceverà quindi il rimborso di quanto a lui dovuto.

7. PROCEDURA CHECK UP

La seguente procedura è riservata agli Associati che hanno sottoscritto il Sussidio Sanitario in cui è prevista la prestazione del Check Up.

Richiesta in Forma Indiretta: segue le regole descritte al punto 6.

Richiesta in Forma Diretta:

- 1. Richiesta di prenotazione presso il circuito convenzionato e abilitato alle prestazioni di Check Up:** l'Assistito potrà inoltrare la richiesta di Check up a mezzo faxo tramite portale Health Claim On Line (indicando la struttura convenzionata prescelta e/o la zona di residenza). La Centrale Salute, a seguito delle dovute verifiche effettuate sul convenzionamento della struttura e sulle tariffe concordate, provvederà ad effettuare per Suo conto la prenotazione del Check Up presso la Struttura Sanitaria prescelta nella data indicata dall'Associato o, in assenza di indicazioni specifiche, chiederà alla Strutture le date disponibili. Avvalendosi di questa opzione, è necessario che la richiesta pervenga almeno 20 giorni prima rispetto all'eventuale data in cui è prevista la prestazione medica, in quanto la Struttura Sanitaria fornirà conferma della prestazione nelle date prescelta, nei **10 giorni successivi**. Qualora questo non avvenga, la Centrale Salute inoltrerà comunicazione all'Associato e per conoscenza alla Struttura, informando che in assenza di riscontro da parte della stessa, sarà necessario che l'Associato provveda in maniera autonoma a mettersi in contatto con la Struttura Sanitaria per procedere alla prenotazione, dandone successiva informazione alla Centrale Salute in modo che possa essere rilasciata l'autorizzazione di presa in carico.
- 2. Esclusivamente per i Soci sottoscrittori del Sussidio Sanitario denominato Total Care:** in alternativa a quanto riportato al Punto 1, l'Associato potrà prenotare, presso qualsiasi Struttura del Network convenzionata, le prestazioni previste dai Check Up in totale autonomia, fornendone evidenza alla Centrale Salute tramite portale o fax, la quale, effettuate le dovute verifiche, provvederà ad autorizzare la Presa in carico in forma diretta (PIC).

Le richieste relative alle prestazioni del Check Up presentate in forma indiretta, diretta con prenotazione o diretta con preattivazione, potranno essere inoltrate alla Centrale Salute con le medesime modalità già indicate ai paragrafi precedenti:

1. **forma indiretta:** via fax, via posta ordinaria, tramite portale Health Claim On Line;
2. **forma diretta con prenotazione da parte della Centrale Salute** (entro 20 giorni lavorativi): via fax, tramite portale Health Claim On Line;
3. **forma diretta con prattivazione entro 3 giorni lavorativi (per i sottoscrittori del Total Care):** via fax, tramite portale Health Claim On Line.

8. ULTERIORI INFORMAZIONI UTILI PER ACCEDERE ALLE PRESTAZIONI

Presentazione della documentazione in copia: tutta la documentazione medica e di spesa relativa alle richieste di autorizzazione in forma diretta ed alle richieste di rimborso spese, deve essere presentata in fotocopia e non in originale. In caso di presentazione della documentazione in originale, la stessa verrà restituita all'Assistito solo su espressa richiesta.

Documenti da caricare on line: l'Assistito non dovrà allegare il Modulo di Richiesta di Rimborso o il Modulo di Autorizzazione alla Presa in Carico, ma solo la documentazione medica e di spesa (nel caso di rimborso per prestazioni erogate da una struttura convenzionata, ricordarsi di allegare anche il Modulo di Accesso al Network in forma indiretta firmato dalla Struttura). La compilazione del form on line sostituisce il Modulo cartaceo.

Autorizzazione al trattamento dei dati: ricordarsi sempre di rilasciare l'autorizzazione al trattamento dei propri dati, sottoscrivendo correttamente i Moduli di Rimborso e di Presa in carico. Il mancato rilascio dell'autorizzazione impedisce alla Centrale Salute di gestire i dati dell'Assistito e, quindi, di definire la richiesta.

Cicli di cura: in caso di ciclo di cura che dà luogo a diverse terapie / esami, è sempre necessario dare evidenza alla Centrale Salute, al momento della richiesta di rimborso, che le prestazioni rientrano in unico evento. Ciò consentirà alla Centrale di applicare correttamente le quote di spesa a carico dell'Assistito, nonché di valutare in modo più corretto e rapido le richieste presentate.

Indicazione dei riferimenti e-mail e telefonici e dell'IBAN dell'Assistito: è importante aggiornare sempre i propri riferimenti e-mail e telefonici, nonché il proprio IBAN, all'interno della propria Area Riservata MBA (nelle Sezioni "Recapiti Assistiti" e "Coordinare Bancarie"). Ciò consentirà a MBA ed alla Centrale Salute di poter comunicare agevolmente con l'Assistito, e potergli inviare le necessarie informazioni a mezzo e-mail.

Regolamento del proprio Piano Sanitario: la presente Guida rappresenta uno strumento operativo finalizzato ad agevolare l'Assistito nell'accesso ai servizi e prestazioni. Essa non sostituisce lo specifico Regolamento del Sussidio Sanitario, il quale invece specifica dettagliatamente le prestazioni e le garanzie previste dalla propria Copertura. E' pertanto sempre necessario consultare con attenzione il Regolamento del Piano Sanitario di cui l'Assistito usufruisce.

Presentazione di pratiche a mezzo fax o a mezzo posta: qualora l'Assistito non disponga di accesso ad internet o non possa scansionare la documentazione, e quindi sia impossibilitato a caricare le pratiche sulla piattaforma on line, potrà, in alternativa, inviare la propria pratica per posta ordinaria a Centrale Salute COOPSALUTE, Via di Santa Cornelia n. 9 – CAP 00060 FORMELLO (RM); in alternativa, potrà inviarla a mezzo fax al numero 06 92912534. **Attenzione:** in questo caso, sarà necessario aggiungere alla documentazione anche l'apposito Modulo di richiesta (PIC o Rimborso in forma indiretta) scaricabile dall'Area Riservata, nel box "Modulistica". Il Modulo di Richiesta dovrà essere debitamente compilato in ogni sua parte, avendo cura di sottoscriverlo e di

rilasciare l'autorizzazione al trattamento dei dati. Le richieste di rimborso o di presa in carico non potranno essere in ogni caso inviate a mezzo e-mail.

9.ACCESO AI SERVIZI – TABELLA DI SINTESI

SERVIZIO	MODALITA' DI ACCESSO	RIFERIMENTO
COME ACCEDERE ALL'AREA RISERVATA MBA E REGISTRARSI	a) Accedere al sito www.mbamutua.org e cliccare su "Area Riservata"; b) Effettuare la prima registrazione cliccando su "REGISTRAZIONE", inserendo tutti i dati richiesti; c) Cliccare sul link ricevuto per e-mail per validare la propria posizione	<i>Pagg. 5 e 6, Sezione 2 "Accesso ai Servizi riservati agli Associati MBA"</i>
COME ACCEDERE ALLA DOCUMENTAZIONE UTILE (Piano Sanitario, Guida ai Servizi Associativi, Modulistica, etc)	d) accedere al sito internet www.mbamutua.org e) cliccare su "Area Riservata" ed inserire le proprie credenziali di accesso f) è possibile consultare e scaricare tutta la documentazione utile	<i>Pagg. 6 e , Sezione 2, "Accesso ai Servizi riservati agli Associati MBA"</i>
COME ACCEDERE AI SERVIZI DELLA CENTRALE	a) accedere alla propria Area Riservata b) cliccare su "Accedi alla Centrale Salute"	<i>Pag. 7, Sezione 2, "Accesso ai Servizi riservati agli Associati MBA"</i>
COME CONTATTARE MUTUA BASIS ASSISTANCE PER UNA SEGNALAZIONE O UNA RICHIESTA	a) Mediante il sistema "Comunica": <ul style="list-style-type: none"> • accedere al sito internet www.mbamutua.org • cliccare su "Area Riservata", quindi accedere al Box "Comunica" • compilare il Form on line, indicando la propria necessità o richiesta b) Mediante telefono: contattare il centralino di Mutua Basis Assistance, al Numero 06 / 90198060 , dal lun. al ven. dalle 9.00 alle 13.00 e dalle 14.00 alle 18.00	<i>Pag. 8, Sezione 3, "Comunica con Mutua Basis Assistance"</i>
COME CONTATTARE LA CENTRALE SALUTE COOPSALUTE PER UNA SEGNALAZIONE O UNA RICHIESTA	a) Mediante il form on line <ul style="list-style-type: none"> • Dall'Area Riservata, cliccare su "Accedi alla Centrale Salute" • Entrare nella Sezione "Richiesta Informazioni" • Compilare il form on line b) Mediante Numero Verde dedicato: chiamare al numero 800.511.311 , dal Lun. al Ven. dalle 8:30 alle 17:30 e il Sabato dalle ore 8:30 alle 12:30 c) Mediante Fax: inviare un Fax al Num. 06 92912534.	<i>Pag. 11, Sez. 4, "Informazioni Generali sull'accesso alle prestazioni"</i>
DOVE VISUALIZZARE LE STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE	a) Cliccare su "Accedi alla Centrale Salute" b) Cliccare sul box "Strutture" c) Selezionare i propri parametri di ricerca	<i>Pagg. 15, Sez. 5 "Come accedere alle prestazioni erogate in forma diretta"</i>
COME RICHIEDERE L'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI IN FORMA DIRETTA	a) scegliere la struttura sanitaria convenzionata b) prenotare la prestazione presso la struttura sanitaria convenzione	<i>Pagg. 15-17, Sez. 5 "Come accedere alle prestazioni erogate in"</i>

	<ul style="list-style-type: none"> c) presentare alla Centrale Salute la richiesta di autorizzazione in forma diretta (almeno 3 gg. lavorativi prima della prestazione), caricando la richiesta direttamente sull'Health Claim on line; d) allegare la copia della documentazione medica necessaria 	<i>forma diretta"</i>
COME RICHIEDERE IL RIMBORSO DELLE SPESE IN FORMA INDIRECTA	<ul style="list-style-type: none"> a) dopo aver effettuato le prestazioni anticipandone il pagamento alla struttura, presentare alla Centrale Salute la propria richiesta di rimborso (entro 30 giorni dall'evento); b) caricare la richiesta direttamente sull'Health Claim on line; c) allegare la copia della documentazione medica nonché le fatture di spesa. 	<i>Pagg. 18-21, Sez. 6 "Come richiedere il rimborso per le prestazioni erogate in forma indiretta"</i>
COME ACCEDERE, SE PREVISTO DAL PROPRIO PIANO SANITARIO, ALLA PRESTAZIONE DI CHECK UP	<ul style="list-style-type: none"> a) Forma indiretta: caricando la richiesta direttamente sull'Health Claim on line o tramite fax; b) Forma Diretta con prenotazione da parte della Centrale Salute: indicando ove possibile, una data di preferenza per l'accesso alla prestazione; entro 10 gironi la struttura dovrà comunicare la disponibilità per l'accesso alla prestazione. In assenza di conferma, la Centrale Salute fornirà evidenza all'Associato, il quale provvederà in autonomia a prenotare la prestazione del Check up, dandone successiva comunicazione alla Centrale Salute per il rilascio dell'autorizzazione. c) Forma diretta con preattivazione: l'Associato potrà prenotare in autonomia il Check Up presso una Struttura Convenzionata entro 3 giorni lavorativi, fornendone evidenza tramite fax o portale Health Claim alla Centrale Salute. 	<i>Pagg. 22, Sez. 7, "Ulteriori informazioni utili per accedere alle prestazioni"</i>