Guida Operativa ai Servizi Associativi

Mutua MBA

INDICE

Capitolo		Pag.
1.	Benvenuto in Mutua MBA	3
2.	Accesso ai Servizi riservati agli Associati	4
3.	Comunica con Mutua MBA	9
4.	Stampa del tesserino di riconoscimento per Accesso alle Tariffe	11
ag	evolate del Network	
5.	Informazioni Generali sull'Accesso alle Prestazioni	12
6.	Come accedere alle prestazioni erogate in forma diretta	16
7.	Come richiedere il rimborso per le prestazioni erogate in forma	20
inc	diretta	
8.	Ulteriori informazioni utili per accedere alle prestazioni	23

1. BENVENUTO IN MUTUA MBA

Gentile Associato,

desideriamo innanzitutto darLe il benvenuto in Mutua MBA, 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 MBA ed inviarci segnalazioni

Mutua MBA 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 a condizioni economiche vantaggiose (anche per l'erogazione di prestazioni non previste dal Suo Piano Sanitario).

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 MBA.**

Società Generale di mutuo Soccorso

2. ACCESSO AI SERVIZI RISERVATI AGLI ASSOCIATI MBA

Mutua MBA 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.

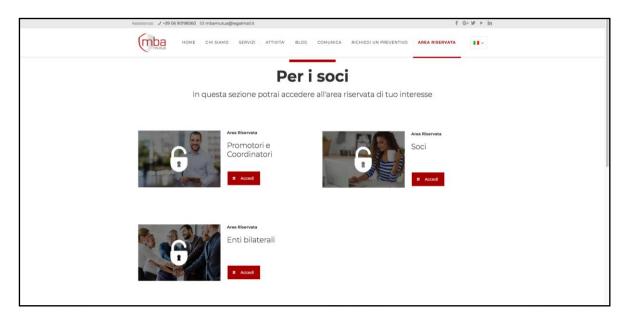
L'Area Riservata è disponibile sulla Home Page del nostro Sito Istituzionale, www.mbamutua.org:



- ➤ LE FUNZIONALITÀ: 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 essersi collegati al Sito <u>www.mbamutua.org</u>, e aver cliccato su Area riservata, selezionare "Area Riservata **Soci**":



Cliccare quindi su "Non sei ancora registrato? Clicca qui per procedere".





Sarà necessario inserire il Codice Fiscale e cliccare sulla voce "Registrami".

Verranno richieste alcune informazioni utili da compilare obbligatoriamente, la creazione della Password e l'accettazione della Privacy.



Nota: La password deve essere lunga almeno 8 caratteri e deve contenere 1 carattere maiuscolo, 1 carattere numerico ed 1 carattere speciale!

Sono consentiti i seguenti caratteri speciali: $| ! " £ $ % & /() = ? ^ <> , ; . : - _ # § * + \ [] {}.$

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.



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

- La decorrenza e scadenza del proprio Sussidio Sanitario;
- Il Regolamento del Sussidio sanitario "Il tuo Sussidio Sanitario";
- I contatti utili di Mutua MBA e della Centrale Salute Health Assistance;
- Le **COMUNICAZIONI IMPORTANTI** inserite da Mutua MBA;
- Le funzionalità del MENU' per la gestione del Sussidio.
- Gli AVVISI per tenersi sempre aggiornati

Utilizzando il Menù laterale a sinistra 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 MBA e dalla Centrale Salute per le necessità di corretta gestione della posizione.
- Modulistica e certificazioni: 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 e Comunicazioni:** 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 MBA
 - 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 MBA".

3. COMUNICA CON MUTUA MBA

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

Cos'è: COMUNICO "Comunica" è lo strumento di comunicazione messo a disposizione degli Associati da Mutua MBA. 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 su "Comunica con MBA".

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.



I campi contrassegnati con un asterisco (*) sono obbligatori; La invitiamo in particolare a verificare che l'indirizzo e-mail ed il numero di telefono che verranno indicati siano corretti, al fine di poterLa ricontattare utilmente.

Inoltre, per consentirci di fornirLe supporto in modo efficiente, è importante selezionare con attenzione la tipologia di richiesta:

- Informazione Sussidio Sanitario
- Problemi accesso all'Area Riservata
- Richiesta informazione sullo stato delle pratiche
- Segnala un errore nei dati anagrafici

Qualora non abbia ancora provveduto ad effettuare la registrazione all'Area Riservata, potrà comunque comunicare con MBA, utilizzando il **Form On Line disponibile sul nostro sito istituzionale** www.mbamutua.org, al link: https://www.mbamutua.org/comunica/.

Le ricordiamo inoltre che, per qualsiasi necessità, potrà sempre contattare il ns Ufficio Back Office al Numero di Telefono 06/90198060. I nostri Uffici saranno disponibili per fornirLe il necessario supporto dal lunedì al venerdì, dalle ore 9.00 alle ore 13.00 e dalle ore 14.00 alle ore 18.00. Una voce automatica Vi guiderà verso la scelta dell'Ufficio competente per le Vostre esigenze; in particolare, per qualsiasi richiesta o informazione relativa alla Sua Adesione ed alla Sua posizione Amministrativa, potrà rivolgersi all'Ufficio Back Office, digitando il Tasto 1.

4. STAMPA TESSERINO DI RICONOSCIMENTO PER ACCESSO ALLE TARIFFE AGEVOLATE DEL NETWORK

All'interno dell'area riservata, alla sezione "Il Mio Nucleo" potrà scaricare il tesserino di riconoscimento, per Lei e i suoi familiari, utile per il riconoscimento all'accesso al network delle strutture sanitarie convenzionate con mutua MBA per il tramite della Centrale Salute di Health Assistance S.c.P.A.

L'accesso al network permette di beneficiare di una scontistica per le prestazioni erogate dalla struttura medesima con l'applicazione di uno sconto che ammonta dal 5% al 35% del normale prezzo praticato dalla struttura stessa.



5. 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 HEALTH ASSISTANCE**, 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;

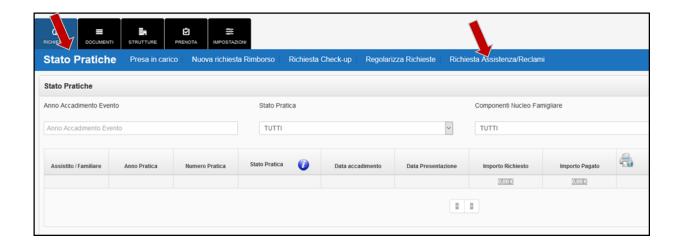
- Generare/scaricare/stampare il "Prospetto Liquidativo" di riepilogo (selezionando per anno di
 competenza e per tutto il nucleo familiare o per il singolo Assistito), contenente il dettaglio analitico di
 tutte le fatture di spesa presentate (con indicazione di nr. e date fatture, importi richiesti, 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 77607611**
- 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 Assistenza/ Reclami).



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.

Si applica a: Richiesta di Rimborso (RdR); ia 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.

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.

Si applica a: Presa In Carico (PIC) + Richiesta di Rimborso (RdR) + Check UP; la richiesta è stata acquisita ed è IN LAVORAZIONE in attesa di lavorazione.

Si applica a: Presa In Carico (PIC) + Check UP + Richiesta di Rimborso (RdR) + Check UP; la richiesta è stata verificata presso il nostro ufficio liquidazione che non ha accordato il rimborso.

Si applica a: Presa In Carico (PIC) + Check UP + Richiesta di Rimborso (RdR) + Check UP; la richiesta è stata verificata presso il nostro ufficio liquidazione che non ha accordato il rimborso.

01/11/2014 17/07/2015 € 100.00 € 0.00

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

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).

Ok

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.

<u>Attenzione:</u> 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 Famigliare Assistito, e non varia in base al numero dei famigliari (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.**

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.**

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 HEALTH ASSISTANCE, Via di Santa Cornelia n. 9 –
 CAP 00060 FORMELLO (RM)
- mediante fax, al numero 06 77607611

6. 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.

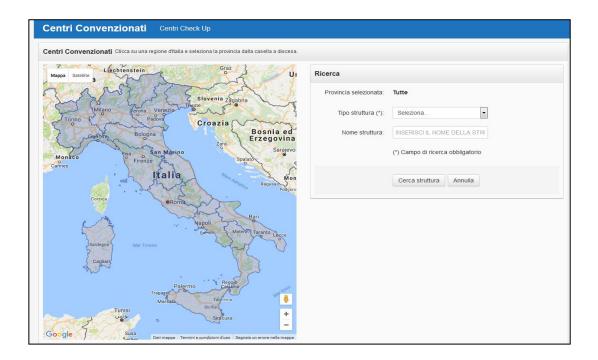
a) Scegliere la Struttura Sanitaria: innanzitutto è importante verificare che la Struttura Sanitaria prescelta, nonché l'equipe medico chirurgica (e/o gli altri specialisti coinvolti) siano convenzionati con la Centrale Salute. L'accesso alla forma diretta, infatti, è possibile solo per il tramite di 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 77607611**
 - 2. via Posta Ordinaria all'indirizzo: Centrale Salute HEALTH ASSISTANCE, 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";

Per le specifiche relative alle funzionalità di Health Claim On Line, si rinvia al Manuale Operativo (disponibile nell'Area Riservata di Health Assistance).

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 3 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 valutazione documentali e, quindi, solo successivamente alla ricezione della documentazione completa inviata a Health Assistance 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).

7. 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 77607611
- 2. Via Posta Ordinaria all'indirizzo: Centrale Salute HEALTH ASSISTANCE, 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.** 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 OnLine, si rinvia al Manuale Operativo (disponibile nell'Area Riservata di Health Assitance).

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.
- 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".

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.
- 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 email 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 procederà con la messa in pagamento della stessa 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.

9. 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 HEALTH ASSISTANCE, Via di Santa Cornelia n. 9 – CAP 00060 FORMELLO (RM); in alternativa, potrà inviarla a mezzo fax al numero 06 77607611. 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.