

GUIDA OPERATIVA

PER L'ACCESSO AI SERVIZI E ALLE PRESTAZIONI

Health Assistance S.C.p.A.
via di Santa Cornelia, 9 | 00060 Formello (RM) | Italy

Cod. Fiscale 12989581009
PEC healthassistance@legalmail.it | Sito web: www.healthassistance.it



Sommario

1. INFORMAZIONI GENERALI SULL'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI E AI SERVIZI	3
1.1 ASSISTENZA TELEFONICA.....	3
2. MODALITA' DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SANITARIE ..	5
2.1 AREA OSPEDALIERA - RICOVERO CON E SENZA INTERVENTO E ALTRE PRESTAZIONI OSPEDALIERE.....	5
2.1.1. IL MODULO E LA SUA COMPILAZIONE.....	6
2.2 AREA SPECIALISTICA E PRESTAZIONI EXTRA OSPEDALIERE.....	13
3. FOCUS MODALITA' DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SANITARIE	13
3.1 FORMA DIRETTA AREA SPECIALISTICA/EXTRAOSPEDALIERE.....	13
3.2 FORMA "INDIRETTA" (Indiretta in Network e Indiretta fuori Network).....	18
4. ALTRE UTILITA' PRESENTI NELL'AREA RISERVATA	23
5. TABELLE RISERVATE DELLA DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE.....	24

Health Assistance S.C.p.A.

via di Santa Cornelia, 9 | 00060 Formello (RM) | Italy

Cod. Fiscale 12989581009

PEC healthassistance@legalmail.it | Sito web: www.healthassistance.it



1. INFORMAZIONI GENERALI SULL'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI E AI SERVIZI

Nella presente sezione della Guida Operativa di Mba vengono riportate le principali informazioni per accedere correttamente alle prestazioni previste dai sussidi erogate in forma indennitaria e a rimborso e per la **richiesta di nulla osta**.

L'accesso alle prestazioni e la gestione dei relativi rimborsi, così come il Servizio di Assistenza Telefonica, sono erogati dalla

Centrale Salute di **HEALTH ASSISTANCE**, la quale opera in qualità di Service Provider della Mutua MBA.



ATTENZIONE: la presente Guida rappresenta uno strumento generale operativo finalizzato ad agevolare il Socio nell'accesso ai servizi e alle prestazioni. Essa non sostituisce in nessun caso il Sussidio Sanitario che deve essere sempre consultato prima di inoltrare le proprie richieste al fine di verificare le specifiche garanzie e le modalità particolari di presentazione delle richieste.

1.1 ASSISTENZA TELEFONICA

La Centrale Salute di Health Assistance offre assistenza telefonica finalizzata a fornire in modo professionale, specializzato e dedicato:

- Informazioni sull'operatività delle garanzie;
- Informazioni sullo stato delle richieste;
- Informazioni sulle modalità di accesso alle prestazioni sanitarie e Socio-Assistenziali;
- Informazioni sulle Strutture Sanitarie e Socio-Assistenziali aderenti al Network convenzionato diretto e indiretto;
- Assistenza all'utilizzo del Portale e dell'Area Riservata.

Health Assistance S.C.p.A.

via di Santa Cornelia, 9 | 00060 Formello (RM) | Italy

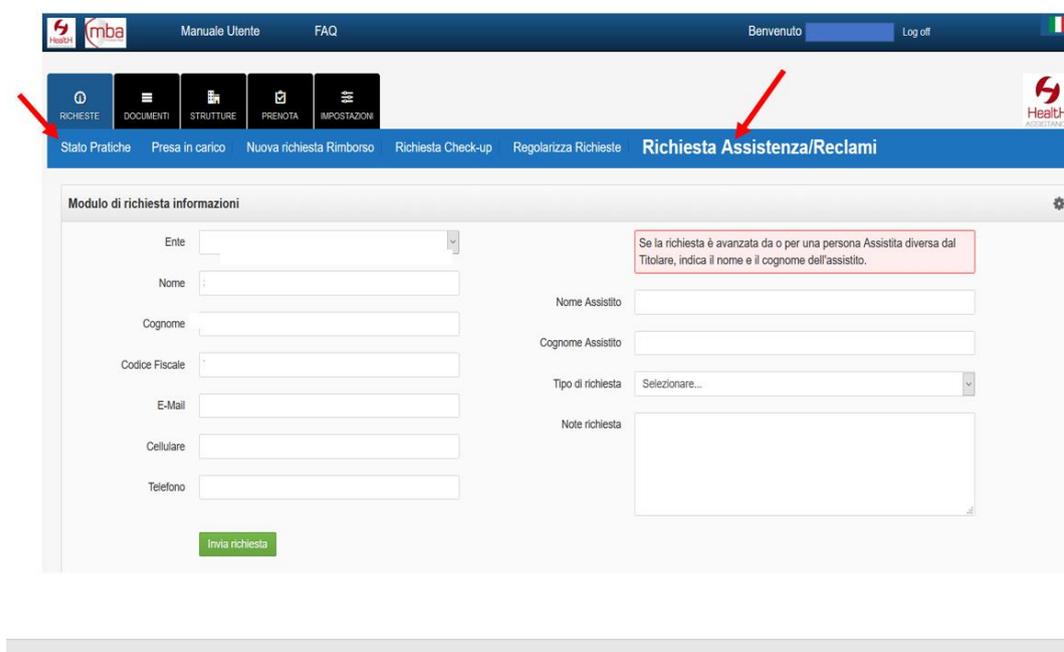
Cod. Fiscale 12989581009

PEC healthassistance@legalmail.it | Sito web: www.healthassistance.it

L'Assistenza telefonica è prestata attraverso il **Numero Verde 800 511 311** attivo nei giorni feriali dal **lunedì al venerdì dalle ore 8:30 alle ore 18:00** ed il **sabato dalle ore 9:00 alle ore 13:00**.

La Centrale Salute è sempre raggiungibile:

- ➔ Accedendo all'Area Riservata nel portale health Claim on-line di health Assistance (accesso dalla Home Page dell'Area Riservata di Mba: cliccare su **"Accedi alla Centrale Salute"**) compilando il Form on-line denominato **"Richiesta Assistenza/Reclami"**.



- ➔ Inviando un **Fax al numero 0677607611**

- ➔ Inviando un E-mail all'indirizzo helpdesk@HealthAssistance.it (esclusivamente utilizzabile per la risoluzione di problemi tecnici di accesso all'area riservata: ogni altra diversa richiesta non potrà dirsi correttamente inoltrata e, pertanto, non verrà gestita).

Health Assistance S.C.p.A.

via di Santa Cornelia, 9 | 00060 Formello (RM) | Italy

Cod. Fiscale 12989581009

PEC healthassistance@legalmail.it | Sito web: www.healthassistance.it

ATTENZIONE: si rammenta che le informazioni approfondite sulle pratiche possono essere rilasciate esclusivamente all'Assistito (se maggiorenne). Qualora si volesse designare una persona diversa, è necessaria una delega esplicita.

2. MODALITA' DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SANITARIE

2.1 AREA OSPEDALIERA – RICOVERO CON E SENZA INTERVENTO E ALTRE PRESTAZIONI OSPEDALIERE

In continuità con i principi mutualistici che guidano le attività della Mutua, Health Assistance s'impegna ad accompagnare e fornire supporto ai propri Assistiti al fine d'individuare la Struttura e/o l'Equipe Medico-Chirurgica alle migliori condizioni disponibili nel nostro Network per le prestazioni ospedaliere che dovranno essere affrontate nel corso della sua vita mutualistica. L'accettazione del supporto e della consulenza della Centrale Salute consente di garantire la tutela della Salute dei singoli e l'interesse generale della comunità, costituita dai Soci della Mutua, potendo così riservare condizioni di sussidio vantaggiose, sempre in relazione alle condizioni della copertura sanitaria da ciascun Assistito sottoscritta. A tal riguardo, per il Socio che necessiti di una prestazione, prevista dal Regolamento sottoscritto, **nella sezione Area Ospedaliera (ricovero con o senza intervento chirurgico in regime ordinario e diurno interventi ambulatoriali ecc.)**, è prevista la presentazione di una richiesta di Supporto alla Centrale Salute di Health Assistance, tramite compilazione **dell'apposito modulo** messo a disposizione nella sezione modulistica del sito www.healthassistance.it, denominato "Modulo di Nulla Osta: RICHIESTA DI SUPPORTO ALLE PRESTAZIONI "OSPEDALIERE".

Il modulo, compilato in tutte le sue parti, congiuntamente alla documentazione medica utile alla valutazione dell'evento ai sensi del Regolamento sottoscritto (vedere il riferimento alle tabelle al punto 5), dovrà essere inviato via mail al seguente indirizzo: richiestanullaosta@healthassistance.it; tale richiesta attiverà la Centrale Salute nel processo analitico e valutativo che in breve tempo, entro 10gg lavorativi, la porterà a individuare le migliori condizioni disponibili nel nostro Network per la prestazione sanitaria richiesta e fornire relativo riscontro all'Assistito.

Detto modulo dovrà essere presentato anche qualora il Socio decida di non avvalersi del supporto della

Health Assistance S.C.p.A.

via di Santa Cornelia, 9 | 00060 Formello (RM) | Italy

Cod. Fiscale 12989581009

PEC healthassistance@legalmail.it | Sito web: www.healthassistance.it

Centrale Salute per l'individuazione della Struttura e/o l'Equipe Medico-Chirurgica alle migliori condizioni. Le richieste di rimborso, in network e fuori network, presentate senza rispettare l'iter di richiesta di supporto alle prestazioni "ospedaliere" descritto nella presente Guida Operativa, verranno respinte senza il riconoscimento del rimborso in favore del Socio.

In caso di ricovero in emergenza all'interno di strutture a pagamento, si deroga alla richiesta di Supporto alle prestazioni Ospedaliere e l'invio del relativo modulo. Si precisa che in caso di ricovero urgente presso una Struttura Convenzionata, la richiesta di presa in carico dovrà essere inviata alla Centrale Salute per il tramite della Struttura Sanitaria, entro tre giorni dal suo verificarsi e comunque entro la data di dimissione.

2.1.1. IL MODULO E LA SUA COMPILAZIONE

Il modulo necessario all'attivazione del processo con la Centrale consente a individuare la Struttura e/o il Professionista alle migliori condizioni, all'interno del nostro Network. Di seguito è riportato il modulo nelle sole parti relative alla compilazione a carico dell'Assistito per finalizzare la richiesta di supporto alla Centrale Salute, invitando gli Assistiti a prenderne visione nella sua interezza e sottoscriverne i relativi campi.

Si ricorda che tale modulo "Supporto alle prestazioni ospedaliere" è presente nella sezione modulistica del sito www.healthassistance.it dovrà essere inviato all'indirizzo mail richiestanullaosta@healthassistance.it o inviato via fax al numero [0677607611](tel:0677607611).

La Centrale Salute s'impegna a fornire una risposta entro 10gg lavorativi dalla data di presentazione della richiesta completa dei dati necessari alla gestione e a richiedere eventuale documentazione medica utile alla valutazione dell'evento

La compilazione puntuale della richiesta nelle sezioni **A. Dati identificativi** per l'identificazione dell'Assistito; **B. Dati su prestazione** per identificare inequivocabilmente la prestazione ospedaliera richiesta e la **C. Dati relativi alle prestazioni sanitarie ospedaliere** per individuare la richiesta completa dell'Assistito, permette una gestione veloce e personalizzata della richiesta, fornendo un supporto mirato alle esigenze manifestate.

Health Assistance S.C.p.A.

via di Santa Cornelia, 9 | 00060 Formello (RM) | Italy

Cod. Fiscale 12989581009

PEC healthassistance@legalmail.it | Sito web: www.healthassistance.it

NB: ai fini di un'adeguata valutazione e di congrui tempi di gestione della richiesta, è importante l'Assistito non fissi accordi e/o date presunte della prestazione ospedaliera con alcuna struttura, precedentemente al riscontro che fornirà la stessa Centrale.

Modulo di Nulla Osta:
RICHIESTA DI SUPPORTO ALLE PRESTAZIONI "OSPEDALIERE"

ATTENZIONE

Una volta compilato e sottoscritto, il presente modulo dovrà essere inviato all'Indirizzo mail richiestanullaosta@healthassistance.it oppure a mezzo fax al numero +39 0677607611.

A. DATI IDENTIFICATIVI (*compilazione obbligatoria)

Nome e Cognome TITOLARE* (titolare della Copertura Sanitaria)

Data di nascita*

C.F.*

E-mail

Tel*

Nome e Cognome Beneficiario Prestazioni* (se diverso dal Titolare: es. familiare)

Luogo e data di nascita*

C.F.*

Tel*

N. Adesione (ove disponibile)

Ente di appartenenza (ove previsto)

B. DATI SU PRESTAZIONE SANITARIA DA ESEGUIRE

Patologia/Diagnosi (**come da certificato medico allegato**):

(SE NOTO) Tipo di ricovero (specificare se trattasi di Ricovero con pernottamento con o senza intervento; Ricovero in Day Hospital con o senza intervento; Intervento Ambulatoriale (senza ricovero):

Intervento chirurgico cui sottoporsi: _____

NOTE: _____

Health Assistance S.C.p.A.

via di Santa Cornelia, 9 | 00060 Formello (RM) | Italy

Cod. Fiscale 12989581009

PEC healthassistance@legalmail.it | Sito web: www.healthassistance.it

C. DATI RELATIVI ALLE PRESTAZIONI SANITARIE OSPEDALIERE DI CUI SI RICHIEDE RILASCIO DI NULLA OSTA (compilazione obbligatoria)

Selezionare **una sola** delle seguenti opzioni:

1. SI **sono disponibile a ricevere il completo supporto** della Centrale Salute o di altro partner incaricato da MBA (MUTUA MBA SOCIETA' DI MUTUO SOCCORSO SCpa, CON SEDE IN FORMELLO, VIA DI S. CORNELIA 9, ISCRITTA AL REGISTRO DELLE IMPRESE DI ROMA AL N 97496810587), **nella scelta sia della Struttura sanitaria sia dell'Equipe Medico-Chirurgica per la prestazione richiesta.**

2. SI sono disponibile a ricevere il supporto della Centrale Salute o di altro partner incaricato da MBA nella scelta della Equipe Medico-Chirurgica per la prestazione richiesta, **ferma la scelta della Struttura sanitaria** (indicare il nome della Struttura) _____

3. SI sono disponibile a ricevere il supporto della Centrale Salute di altro partner incaricato da MBA nella scelta della Struttura **sanitaria ferma la scelta dell'Equipe Medico-Chirurgica** - indicare il nome e cognome del medico _____;

se possibile, indicare in quale/i Struttura/e sanitaria/e esercita

Di media entro 10 giorni lavorativi dall'invio di questo Modulo, sarà cura della Centrale Salute o di altro soggetto incaricato da MBA accompagnare il Socio nell'iter di individuazione della Struttura e/o Equipe Medico- Chirurgica. L'accettazione del supporto all'individuazione della Struttura e/o Equipe, consente di garantire a tutti gli assistiti accesso alla modalità di assistenza in forma diretta/indiretta a condizioni più vantaggiose in relazione alle condizioni della copertura sanitaria da ciascun assistito sottoscritta e consente, inoltre, di contemperare la tutela della salute dei singoli soci con l'interesse generale della comunità costituita dai soci della Mutua, potendosi così riservare loro condizioni di Sussidio maggiormente vantaggiose in relazione alle condizioni della copertura sanitaria da ciascun assistito sottoscritta.

La decisione di accettare o meno di servirsi della Struttura e/o dell'Equipe suggerita è rimessa sempre alla valutazione insindacabile dell'Assistito.

4. Opzione Negativa

- NO **non intendo ricevere il Vostro supporto nella scelta della Struttura /Equipe Medico-Chirurgica per la prestazione richiesta**

- NO **non intendo ricevere il Vostro supporto nella scelta della Struttura/Equipe Medico-Chirurgica per la prestazione richiesta, avendo già attivato per lo stesso evento altra forma di assistenza sanitaria della quale fruisco.**

Indicare la Struttura sanitaria già individuata _____

Indicare il Nome e il Cognome del medico (1° operatore già individuato) _____

Sarà cura di MBA, tramite la Centrale Salute, comunicare l'esito della Richiesta di supporto mediamente entro 10 giorni lavorativi dall'invio di questo Modulo.

Health Assistance S.C.p.A.

via di Santa Cornelia, 9 | 00060 Formello (RM) | Italy

Cod. Fiscale 12989581009

PEC healthassistance@legalmail.it | Sito web: www.healthassistance.it



Ove Il Socio selezioni la scelta 1 nel campo contrassegnato dalla lettera C:

**C. DATI RELATIVI ALLE PRESTAZIONI SANITARIE OSPEDALIERE DI CUI SI RICHIEDE RILASCIO DI NULLA OSTA
(compilazione obbligatoria).**

1.SI  **sono disponibili a ricevere il completo supporto** della Centrale Salute o di altro partner incaricato da MBA (Mutua MBA società di MUTUO S.C.p.A., con sede in Formello, Via di S. Cornelia 9, iscritta al registro delle imprese di Roma al n 97496810587), **nella scelta sia della Struttura sanitaria sia dell'EquipeMedico-Chirurgica per la prestazione richiesta.**

La prestazione sanitaria presso la Struttura definita sul Nulla osta dovrà essere prenotata dal Socio, solo a seguito di rilascio dell'autorizzazione da parte della Centrale Salute, sia per l'Assistenza diretta sia per l'Assistenza Indiretta In Network.

Entro 10 gg lavorativi dalla ricezione del modulo, Health Assistance procederà conseguentemente al rilascio di una proposta con l'indicazione della Struttura individuata e dall'equipe a cui affidarsi.

Il Socio:

- Accettando la proposta è autorizzato alla prestazione presso la Struttura e l'equipe medica indicati nella risposta
- Riceverà Nulla Osta dalla Centrale Salute a procedere con la formula di **Assistenza Diretta** qualora la prestazione rientri nelle garanzie del Regolamento
- il Socio si metterà in contatto diretto con la Struttura per definire la data dell'evento
- Il Socio comunica la data concordata alla Centrale Salute alla mail richiestanullaosta@healthassistance.it

La prestazione sanitaria presso la Struttura definita sul Nulla Osta dovrà essere prenotata dal Socio, **solo** a seguito di rilascio dell'autorizzazione da parte della Centrale Salute, sia per l'Assistenza diretta sia per l'Assistenza Indiretta In Network.

Health Assistance S.C.p.A.

via di Santa Cornelia, 9 | 00060 Formello (RM) | Italy

Cod. Fiscale 12989581009

PEC healthassistance@legalmail.it | Sito web: www.healthassistance.it

Ove Il Socio selezioni la scelta 2 nel campo contrassegnato dalla lettera C:

2.SI  sono disponibile a ricevere il supporto della Centrale Salute o di altro partner incaricato da MBA nella scelta della Equipe Medico-Chirurgica per la prestazione richiesta, **ferma la scelta della Struttura sanitaria** (indicare il nome della Struttura) _____;

Entro 10 gg lavorativi dalla ricezione del modulo, **Health Assistance** procederà conseguentemente al rilascio di una proposta con l'indicazione dell'equipe a cui affidarsi. il Socio:

- Accettando la proposta è autorizzato alla prestazione presso la Struttura e l'equipe medica indicati nella risposta
- Riceverà Nulla Osta dalla Centrale Salute a procedere con la formula di **Assistenza Diretta o indiretta in rete** qualora la prestazione rientri nelle garanzie del Regolamento
- Si metterà in contatto diretto con la Struttura per definire la data dell'evento
- In caso di Assistenza diretta, comunica la data concordata alla Centrale Salute alla mail richiestanullaosta@healthassistance.it
- In caso di Assistenza Indiretta presenterà al rimborso la documentazione medica e di spesa completa.

La prestazione sanitaria presso la Struttura definita sul Nulla Osta dovrà essere prenotata dal Socio, **solo** a seguito di rilascio dell'autorizzazione da parte della Centrale Salute, sia per l'Assistenza diretta sia per l'Assistenza Indiretta In Network.

Health Assistance S.C.p.A.

via di Santa Cornelia, 9 | 00060 Formello (RM) | Italy

Cod. Fiscale 12989581009

PEC healthassistance@legalmail.it | Sito web: www.healthassistance.it

Ove Il Socio selezioni la scelta 3 nel campo contrassegnato dalla lettera C:

3.SI  **sono disponibile a ricevere il supporto** della Centrale Salute di altro partner incaricato da MBA nella scelta della Struttura **sanitaria ferma la scelta dell'Equipe Medico-Chirurgica**; Indicare il nome e cognome del medico _____; se possibile, indicare in quale/i Struttura/e sanitaria/e esercita.

Entro 10 gg lavorativi dalla ricezione del modulo, **Health Assistance** procederà conseguentemente al rilascio di una proposta con l'indicazione della Struttura a cui affidarsi. Il Socio:

- Accettando la proposta è autorizzato alla prestazione presso la Struttura e l'equipe medica indicati nella risposta
- Riceverà Nulla Osta dalla Centrale Salute a procedere con la formula di **Assistenza Diretta o indiretta in rete** qualora la prestazione rientri nelle garanzie del Regolamento
- Si metterà in contatto diretto con la Struttura per definire la data dell'evento
- In caso di Assistenza diretta, comunica la data concordata alla Centrale Salute alla mail richiestanullaosta@healthassistance.it
- In caso di Assistenza Indiretta presenterà al rimborso la documentazione medica e di spesa completa.

La prestazione sanitaria presso la Struttura definita sul Nulla Osta dovrà essere prenotata dal Socio, **solo** a seguito di rilascio dell'autorizzazione da parte della Centrale Salute, sia per l'Assistenza diretta sia per l'Assistenza Indiretta In Network.

Health Assistance S.C.p.A.

via di Santa Cornelia, 9 | 00060 Formello (RM) | Italy

Cod. Fiscale 12989581009

PEC healthassistance@legalmail.it | Sito web: www.healthassistance.it

Ove Il Socio selezioni la scelta 4 nel campo contrassegnato dalla lettera C, quindi non accetta il supporto della Centrale Salute di Health Assistance nell'individuare la Struttura e/o il Professionista alle migliori condizioni disponibili nel nostro Network per la prestazione sanitaria, sono previste le seguenti soluzioni:

4. NO  **non sono disponibile a ricevere il vostro supporto** nella scelta della miglior Struttura/Equipe Medico Chirurgica per la prestazione richiesta

(opzione negativa 1) NO **non sono disponibile a ricevere il vostro supporto nella scelta della Struttura/Equipe Medico Chirurgica per la prestazione richiesta**

(opzione negativa 2) NO **non intendo ricevere il Vostro supporto nella scelta della Struttura/Equipe Medico Chirurgica per la prestazione richiesta, avendo già attivato per lo stesso evento altra forma di assistenza sanitaria della quale fruisco.**

Entro 10gg lavorativi dalla ricezione del modulo, **Health Assistance** procederà conseguentemente al rilascio del Nulla Osta a procedere con la forma di **Assistenza indiretta in rete o fuori rete:**

- **Il Socio** dovrà trasmettere alla Centrale Salute la documentazione medica e di spesa, utile alla valutazione e quantificazione del rimborso
- **La Centrale Salute** valuterà la documentazione medica e di spesa ricevuta e, se con esito positivo, procederà al rimborso della prestazione ospedaliera secondo le condizioni del Regolamento

La prestazione sanitaria presso la Struttura definita sul Nulla Osta dovrà essere prenotata dal Socio, **solo** a seguito di rilascio dell'autorizzazione da parte della Centrale Salute, sia per l'Assistenza diretta sia per l'Assistenza Indiretta In Network.

Si precisa che in caso di prestazione erogata da professionisti operanti in regime di libera professione Intramoenia anche allargata (ALPI), il rimborso della prestazione è subordinato alla presentazione del preventivo fornito dall'Azienda Ospedaliera al Socio nei termini previsti dalla presente Guida Operativa e da questi preventivamente e formalmente accettato. Rimarrà a carico del Socio la parte eccedente la tariffa prevista e pubblicizzata dall'Azienda Ospedaliera. Si precisa che, nei casi in cui tale tariffa non venga pubblicata, secondo quanto previsto dalle norme di legge e nei termini previsti dalla presente Guida Operativa, la prestazione non verrà riconosciuta. Inoltre, per le prestazioni Intramoenia, anche allargata, non è prevista la

Health Assistance S.C.p.A.

via di Santa Cornelia, 9 | 00060 Formello (RM) | Italy

Cod. Fiscale 12989581009

PEC healthassistance@legalmail.it | Sito web: www.healthassistance.it

modalità di Assistenza diretta e si applicheranno le condizioni di rimborso previste per quella prestazione, in assistenza indiretta in o out network, a seconda del caso specifico.

Si attende quindi:

- Risoluzione dell'azienda Ospedaliera con la quale formalmente la medesima autorizza i medici dell'equipe all'esecuzione della prestazione presso la struttura privata convenzionata;
- Preventivo su carta intestata dell'azienda ospedaliera controfirmato per accettazione dal socio in data antecedente all'esecuzione della prestazione.

2.2 AREA SPECIALISTICA E PRESTAZIONI EXTRA OSPEDALIERE

Per dette prestazioni (diverse da quelle ricomprese nell'Area Ospedaliera) non è prevista la procedura di rilascio preventivo di Nulla Osta da parte della Centrale Operativa di Health Assistance, pertanto, per le prestazioni previste dal Regolamento sottoscritto, il Socio potrà scegliere se attivare la cosiddetta:

- Forma diretta
- Forma indiretta in Network
- Forma indiretta Fuori Network

3. FOCUS MODALITA' DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SANITARIE

3.1 FORMA DIRETTA AREA SPECIALISTICA/EXTRAOSPEDALIERE

La forma diretta consente al Socio di ricevere le prestazioni sanitarie **ricomprese nell'Area Specialistica/Extraospedaliera** del Regolamento sottoscritto presso i Centri del Network convenzionato, a tariffe agevolate, senza anticipare la spesa (nei limiti del rimborso a lui spettante) e delegando Mba al pagamento in sua vece delle fatture emesse. La forma diretta necessita sempre di un'autorizzazione preventiva (c.d. "PIC" Presa in carico) da parte della Centrale Salute.

Health Assistance S.C.p.A.

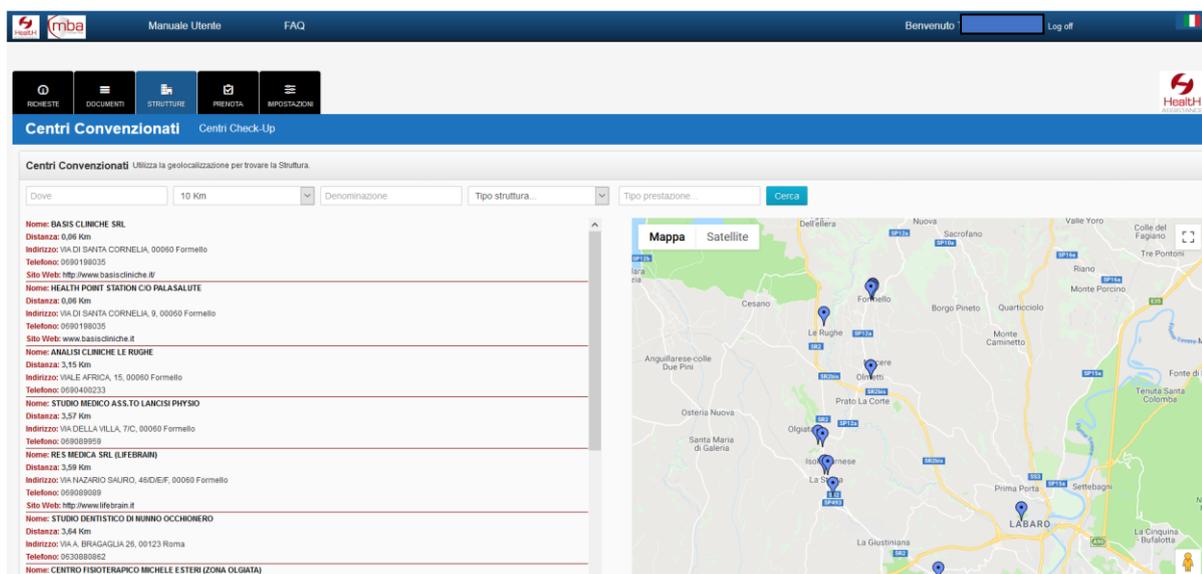
via di Santa Cornelia, 9 | 00060 Formello (RM) | Italy

Cod. Fiscale 12989581009

PEC healthassistance@legalmail.it | Sito web: www.healthassistance.it

A tale scopo, il Socio dovrà seguire poche semplici attività. Al fine di velocizzare la Presa in carico ed evitare sospensioni o reiezioni della richiesta, si consiglia di leggere attentamente anche il Sussidio di riferimento prima di attivare la procedura.

a. Scegliere la Struttura Sanitaria: innanzitutto è importante **verificare che la Struttura Sanitaria prescelta (e/o gli altri specialisti coinvolti) siano convenzionati** con Health Assistance.



Qualora gli specialisti coinvolti non siano convenzionati il Socio dovrà anticipare interamente la spesa e poi chiederne il rimborso secondo le modalità previste (Indiretta In Network).

L'elenco delle Strutture Convenzionate è consultabile:

- dall' **Health Claim on Line di Health Assistance** (accesso dalla **Home Page dell'Area Riservata di Mba**: cliccare su **"Accedi alla Centrale Salute"** poi cliccare su **"Strutture"**)
- contattando il Call Center di Health Assistance (con le modalità/ canali indicati al precedente punto 4.1).
- verificando direttamente con la Struttura Sanitaria o con il professionista l'adesione al convenzionamento di quest'ultimo. Spesso, infatti, le strutture sanitarie comunicano con ritardo gli aggiornamenti del

Health Assistance S.C.p.A.

via di Santa Cornelia, 9 | 00060 Formello (RM) | Italy

Cod. Fiscale 12989581009

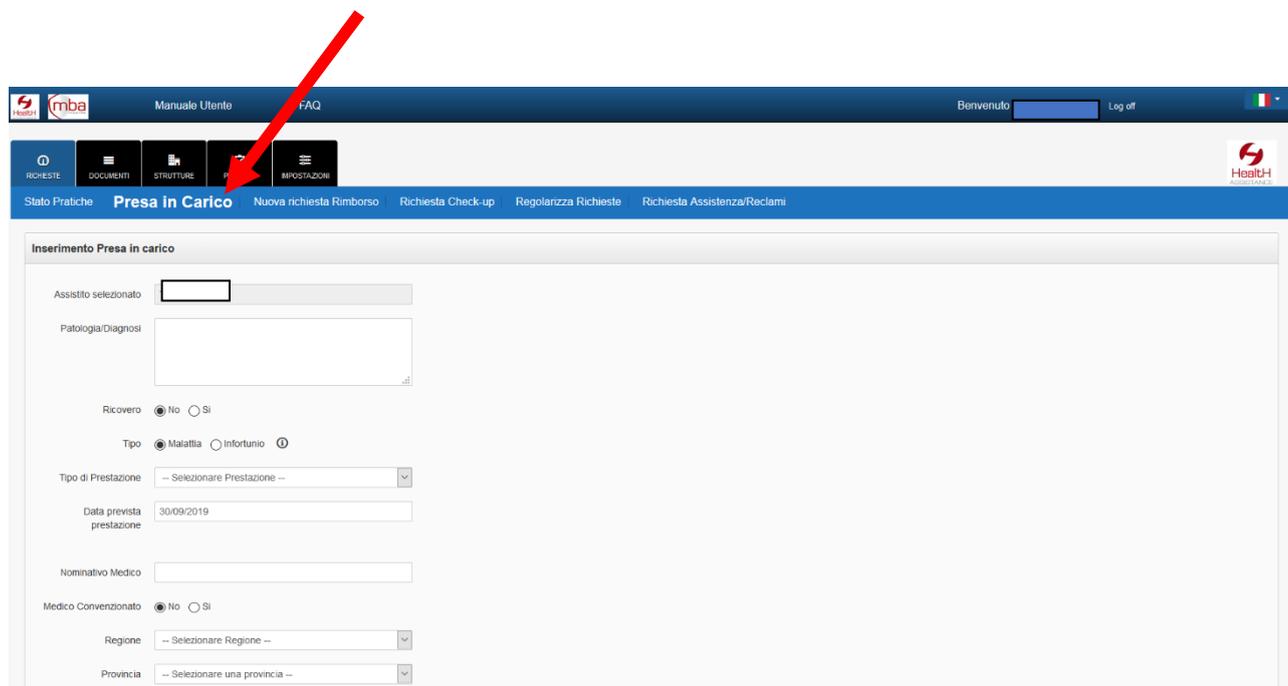
PEC healthassistance@legalmail.it | Sito web: www.healthassistance.it

convenzionamento dei professionisti alla Centrale Salute. Di conseguenza, onde evitare disguidi, è necessario informarsi direttamente con questi.

- b. Prenotare personalmente la prestazione:** il Socio dovrà **provvedere personalmente a prenotare la prestazione** con la Struttura Sanitaria convenzionata con Health Assistance.
- c. Chiedere l’Autorizzazione alla Centrale Salute:** a questo punto il Socio dovrà richiedere l’Autorizzazione alla Presa in Carico (PIC) in forma diretta come di seguito indicato.
 - c.1 Come inoltrare la Richiesta di Autorizzazione alla Presa in Carico (PIC) alla Centrale Salute.**

tramite l’**Health Claim on Line di Health Assistance** (accesso dalla **Home Page dell’Area Riservata di Mba**: cliccare su **“Accedi alla Centrale Salute”** poi cliccare su **“Presa in Carico”** e seguire i passaggi).

La procedura di caricamento della richiesta tramite l’Health Claim on Line è semplice e guidata. È sempre consigliata in quanto riduce notevolmente i tempi di lavorazione delle richieste. Per ulteriori dettagli in merito ai semplici passaggi da seguire, consultare il Manuale che si trova proprio all’interno dell’Health Claim on Line di Health Assistance).



The screenshot displays the user interface for submitting a 'Presa in carico' (PIC) request. The top navigation bar includes 'Mba', 'Manuale Utente', and 'FAQ'. A red arrow points to the 'Presa in Carico' menu item. Below the navigation bar, the 'Inserimento Presa in carico' form is visible, containing the following fields and options:

- Assistito selezionato: [input field]
- Patologia/Diagnosi: [input field]
- Ricovero: No Sì
- Tipo: Malattia Infortunio
- Tipo di Prestazione: [dropdown menu]
- Data prevista prestazione: 30/09/2019
- Nominativo Medico: [input field]
- Medico Convenzionato: No Sì
- Regione: [dropdown menu]
- Provincia: [dropdown menu]

Health Assistance S.C.p.A.

via di Santa Cornelia, 9 | 00060 Formello (RM) | Italy

Cod. Fiscale 12989581009

PEC healthassistance@legalmail.it | Sito web: www.healthassistance.it

c.2 Tempi di presentazione della Richiesta PIC

La richiesta di presa in carico dovrà essere presentata alla Centrale Salute **almeno 5 giorni lavorativi prima della data prevista per la prestazione. Ai fini del calcolo dei giorni utili, il sabato non è considerato giorno lavorativo.**

c.3 Documentazione da presentare per il rilascio della PIC

Si veda Tabella riassuntiva in calce (TAB. C).

c.4 La fase di valutazione. La Centrale Salute, una volta ricevuta tutta la documentazione ed effettuati i necessari controlli di natura amministrativa, procede alla valutazione della richiesta (ad es., verifica la corretta attivazione della copertura, analizza che la prestazione richiesta sia in garanzia e congruente rispetto alla diagnosi/quesito diagnostico indicato, controlla la completezza della documentazione presentata e la capienza di massimale, verifica con la commissione medica la pertinenza della prestazione).

La valutazione può dare luogo ai seguenti esiti:

✓ **Autorizzazione alla Presa in carico della prestazione in forma diretta.** In questo caso, comunicherà al Socio (mediante invio di una e-mail e/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 verrà rilasciata di norma entro 48 ore lavorative precedenti la data prevista per la prestazione (solo nel caso di documentazione completa ricevuta ai fini della valutazione). 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 del Socio, in ottemperanza a quanto previsto dal Sussidio prescelto.

Health Assistance S.C.p.A.

via di Santa Cornelia, 9 | 00060 Formello (RM) | Italy

Cod. Fiscale 12989581009

PEC healthassistance@legalmail.it | Sito web: www.healthassistance.it

- ✓ **Sospensione della richiesta di PIC.** La Centrale Salute può a suo insindacabile giudizio, chiedere ulteriore documentazione che si renda necessaria al rilascio dell'autorizzazione in aggiunta a quella indicata nella Tabella Riassuntiva.

- ✓ **Reiezione della richiesta di PIC.** La richiesta potrebbe non essere autorizzabile, qualora ad es., la richiesta sia pervenuta oltre il termine indicato; la prestazione non sia prevista dal Sussidio; la prestazione sia esplicitamente esclusa dal Sussidio; la prestazione sia incongruente con la diagnosi/quesito diagnostico indicato; risulti esaurito il massimale; non sia stata fornita la documentazione medica richiesta (vedi Tabella Riassuntiva); il Socio non sia in regola con i contributi.

Importante ricordare che:

- L'autorizzazione costituisce un 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 Health Assistance da parte della Struttura Sanitaria; il Socio si intende obbligato in solido per tutte le prestazioni non oggetto di autorizzazione, non rimborsabili/escluse sulla base del Sussidio sottoscritto, quote di spesa a suo carico eventualmente non emerse/indicate in fase di autorizzazione ma comunque previste dal Sussidio sottoscritto.

- L'autorizzazione si intenderà ANNULLATA qualora, a seguito di verifiche effettuate da HEALTH ASSISTANCE il Socio (o l'azienda di appartenenza) non risulti in regola con il pagamento dei contributi.

- Il mancato rilascio dell'Autorizzazione ad eseguire la prestazione in forma diretta può essere determinata dall'impossibilità a valutare il caso sulla base della documentazione in possesso il Socio; quest'ultimo può sempre anticipare la spesa e chiederne successivamente il rimborso in Forma indiretta, una volta cioè in possesso di tutta la documentazione necessaria a valutare la rimborsabilità delle spese. L'accesso alla Struttura del Network comporterà comunque il vantaggio di tariffe agevolate e di condizioni del Sussidio premianti in conseguenza dell'utilizzo di tali strutture.

d. La fase di erogazione della prestazione

Health Assistance S.C.p.A.

via di Santa Cornelia, 9 | 00060 Formello (RM) | Italy

Cod. Fiscale 12989581009

PEC healthassistance@legalmail.it | Sito web: www.healthassistance.it

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

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.

FOCUS SU SPESE COLLEGATE

Nel caso di ricovero diurno/notturno con/senza intervento chirurgico e, in particolare, di spese per prestazioni connesse e successive, è sempre preferibile trasmettere al rimborso anche la documentazione medica (cartella clinica) dell'evento principale. Questo per evitare ritardi nella liquidazione delle spese sostenute dal Socio in forma indiretta (vedi Punto successivo) che sono sempre e comunque subordinate alla definizione dell'evento principale avvenuto in forma diretta.

3.2 FORMA “INDIRETTA” (Indiretta in Network e Indiretta fuori Network)

La cd “Forma Indiretta” si ha nei casi in cui il Socio abbia anticipato la spesa per la prestazione sanitaria e ne richieda quindi successivamente il rimborso oppure, in tutti casi in cui il Socio chieda un'indennità tra i casi previsti dal Sussidio prescelto.

La forma indiretta è prevista:

1. Nei casi in cui il Socio si sia avvalso di una Struttura del Network ma abbia comunque scelto di non preattivare la forma diretta. In questo caso si parla di **Indiretta in Network**;
2. Nei casi in cui il Socio abbia scelto di **NON** avvalersi di una delle Strutture del Network. In questo caso si parla di **Indiretta fuori Network**.

ATTENZIONE: Si ricorda che per le prestazioni OSPEDALIERE è sempre OBBLIGATORIO richiedere prima la richiesta di supporto alle prestazioni “Ospedaliere”, cd NULLA OSTA, pena la non rimborsabilità della spesa sostenuta.

Health Assistance S.C.p.A.

via di Santa Cornelia, 9 | 00060 Formello (RM) | Italy

Cod. Fiscale 12989581009

PEC healthassistance@legalmail.it | Sito web: www.healthassistance.it

Tutti i sussidi prevedono la forma indiretta. Tuttavia, rammentiamo che appartenere ad una società di mutuo soccorso consente la migliore tutela sanitaria possibile costituendo al tempo stesso una scelta di valori: in quanto tale, richiama tutti ad un comportamento mutualistico e responsabile. Pertanto, raccomandiamo di scegliere sempre le Strutture del Network non solo in forma diretta, ma anche indiretta. Tale soluzione consentirà agli Assistiti non solo di far riferimento a Strutture e professionisti esperti tra i più rinomati, ma anche di godere in ogni caso di tariffe agevolate presentando il Modulo di Accesso al Network in forma indiretta alla Struttura sanitaria convenzionata prescelta.

Nel caso di rimborso in forma indiretta in Network, il Socio può preliminarmente scegliere la struttura tramite:

- l'**Health Claim on Line** di Health Assistance (accesso dalla Home Page dell'Area Riservata di Mba: cliccare su "Accedi alla Centrale Salute" poi cliccare su "Strutture").
- Centrale Salute di Health Assistance.

Una volta individuata la struttura, erogata la prestazione sanitaria a tariffe agevolate e anticipata la spesa, si potrà chiederne il rimborso /indennità come di seguito.

FOCUS SU INDIRETTA IN NETWORK.

Il Socio, al momento dell'erogazione della prestazione sanitaria, dovrà presentarsi alla struttura del Network perché questa possa applicare le tariffe agevolate previste dal convenzionamento.

A tale scopo dovrà presentare l'apposito Modulo (Mod. di Accesso al Network indiretto) scaricabile dall'Area Riservata del Sito www.mbamutua.org sezione "Modulistica" (ovvero dal sito www.HealthAssistance.com sezione Modulistica).

Tale Modulo dovrà essere appositamente compilato in ogni sua parte e sottoscritto dalla Struttura Sanitaria / Professionista. 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

Health Assistance S.C.p.A.

via di Santa Cornelia, 9 | 00060 Formello (RM) | Italy

Cod. Fiscale 12989581009

PEC healthassistance@legalmail.it | Sito web: www.healthassistance.it

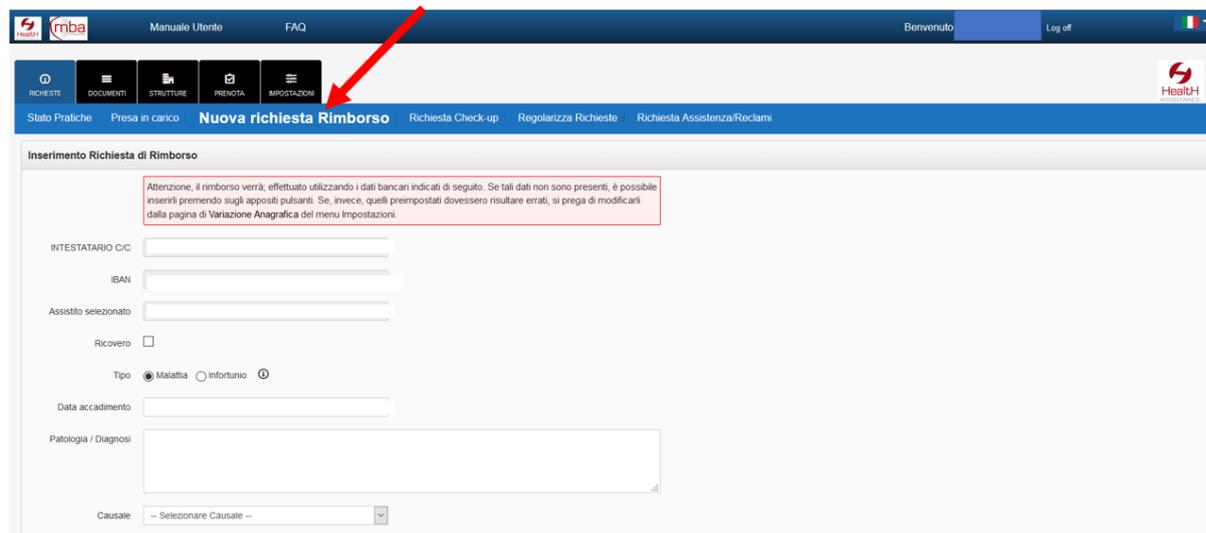
entro il limite delle Tariffe concordate fra MBA e la Struttura Sanitaria. Le maggiori spese sostenute in ragione della mancata applicazione del Tariffario – determinata dalla mancata attivazione della convenzione da parte dell'Associato - saranno quindi da intendersi a carico dell'Associato stesso.

La richiesta di rimborso/indennizzo dovrà avvenire secondo le modalità/tempi sottostanti:

a. Presentazione delle richieste. Per richiedere il rimborso delle spese o l'erogazione delle Indennità previste dal Sussidio, il Socio dovrà inviare tutta la documentazione IN COPIA secondo le modalità indicate di seguito e alternative tra loro:

1. tramite dall' **Health Claim on Line di Health Assistance (accesso dalla Home Page dell'Area Riservata di Mba: cliccare su “Accedi alla Centrale Salute” poi cliccare su “Nuova Richiesta di Rimborso”)**.

La procedura di caricamento della richiesta tramite l'Health Claim on Line è semplice e guidata. È sempre consigliata in quanto riduce notevolmente i tempi di lavorazione delle richieste. Per ulteriori dettagli in



The screenshot shows the 'Nuova richiesta Rimborso' page. At the top, there is a navigation bar with 'RICHESTE', 'DOCUMENTI', 'STRUTTURE', 'PRENOTA', and 'IMPOSTAZIONI'. A red arrow points to 'IMPOSTAZIONI'. Below the navigation bar, there is a sub-menu with 'Stato Pratiche', 'Presi in carico', 'Nuova richiesta Rimborso', 'Richiesta Check-up', 'Regolarizza Richieste', and 'Richiesta Assistenza/Reclami'. The main content area is titled 'Inserimento Richiesta di Rimborso' and contains a form with the following fields: 'INTESTATARIO CIC', 'IBAN', 'Assistito selezionato', 'Ricovero' (checkbox), 'Tipo' (radio buttons for 'Malattia' and 'Infortunio'), 'Data accadimento', 'Patologia / Diagnosi', and 'Causale' (dropdown menu). A red box highlights a warning message: 'Attenzione, il rimborso verrà effettuato utilizzando i dati bancari indicati di seguito. Se tali dati non sono presenti, è possibile inserirli premendo sugli appositi pulsanti. Se, invece, quelli preimpostati dovessero risultare errati, si prega di modificarli dalla pagina di Variazione Anagrafica del menu Impostazioni.'

Health Assistance S.C.p.A.

via di Santa Cornelia, 9 | 00060 Formello (RM) | Italy

Cod. Fiscale 12989581009

PEC healthassistance@legalmail.it | Sito web: www.healthassistance.it

merito ai semplici passaggi da seguire, consultare il Manuale che si trova proprio all'interno dell'Health Claim on Line di Health Assistance).

2. Via Fax al numero **06 77607611**

3. Via Posta Ordinaria all'indirizzo: **Centrale Salute HEALTH ASSISTANCE, Via di Santa Cornelia n. 9 00060 Formello**

Le fatture e le ricevute erroneamente inviate in originale non verranno restituite, ma, nel caso di controlli da parte dell'Agenzia delle Entrate o altro Ente, andranno richieste alla Struttura sanitaria/professionista che ha erogato la prestazione.

b. Tempi di presentazione delle richieste: decadenza. L'associato che non presenti richiesta di rimborso/indennità o non denunci l'evento occorso trascorsi 120 giorni dalla data dell'evento per malattia o infortunio, o dal verificarsi del fatto che dà diritto alla prestazione, può decadere dal diritto al rimborso/indennità.

c. Tempi di presentazione della documentazione ad integrazione: in caso di sospensione della richiesta di rimborso, il Socio ha 60 giorni di tempo per integrare la documentazione mediante invio per fax/posta/area riservata dell'Health Claim on line. Decorso 60 gg, la richiesta verrà respinta e il Socio dovrà presentare nuova e completa richiesta comprensiva anche della documentazione da integrare.

d. Documentazione da presentare

Si veda Tabella riassuntiva in calce (TAB. E).

e. La Fase di Valutazione e di Definizione della Centrale Salute

La Centrale Salute, una volta ricevuta tutta la documentazione ed effettuati i necessari controlli di natura amministrativa, procede alla valutazione della richiesta (ad es., verifica la corretta attivazione della copertura, analizza che la prestazione richiesta sia in garanzia e congruente rispetto alla diagnosi/quesito diagnostico indicato, controlla la completezza della documentazione presentata e la capienza di massimale ecc.). La valutazione può dare luogo ai seguenti esiti:

Health Assistance S.C.p.A.

via di Santa Cornelia, 9 | 00060 Formello (RM) | Italy

Cod. Fiscale 12989581009

PEC healthassistance@legalmail.it | Sito web: www.healthassistance.it

✓ **Definizione positiva della Richiesta di Rimborso/indennizzo e messa in pagamento.** In questo caso, la Centrale Salute comunicherà al Socio (mediante specifica comunicazione pubblicata nella propria area riservata alla sezione “stato pratiche”) che il rimborso richiesto è stato positivamente definito, riportando nella comunicazione le specifiche del rimborso che verrà effettuato (importo rimborsabile, 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 del Socio 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. Tutti i dettagli relativi saranno presenti nell’area riservata – sez. “Stato Pratiche “e nel documento di “Riepilogo dei Rimborsi”.

✓ **Sospensione della richiesta di rimborso, per mancanza di documentazione.** Se la documentazione inviata al Socio 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. Il Socio avrà 60 giorni per procedere alla integrazione della documentazione, anche on line; decorsi i 60 giorni, la richiesta di rimborso verrà in ogni caso archiviata come respinta e il Socio dovrà procedere a re inoltrare la richiesta.

✓ **Reiezione della richiesta di rimborso.** La richiesta di rimborso potrebbe non essere rimborsabile. In questo caso, la Centrale Salute invierà la relativa comunicazione al Socio, con una e-mail e/o SMS, indicando le motivazioni del diniego. La richiesta sarà essere respinta anche nel caso di assenza della documentazione se necessaria ai fini della valutazione di rimborsabilità/erogazione dell’indennità.

NB: si consiglia al Socio 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.

f. Il pagamento della pratica

Alla completa e positiva definizione della pratica, il Socio riceverà entro pochi giorni il rimborso di quanto a lui dovuto mediante bonifico bancario e sulle coordinate del Socio titolare della copertura.

Health Assistance S.C.p.A.

via di Santa Cornelia, 9 | 00060 Formello (RM) | Italy

Cod. Fiscale 12989581009

PEC healthassistance@legalmail.it | Sito web: www.healthassistance.it

ATTENZIONE: Il rimborso avverrà sempre sulle coordinate bancarie del Titolare. La variazione dell'IBAN del Titolare dovrà essere preventivamente segnalata a MBA.

È importante aggiornare sempre i propri riferimenti e-mail e telefonici. Ciò consentirà a MBA ed alla Centrale Salute di poter comunicare agevolmente con il Socio, e per poter inviare le necessarie informazioni a mezzo e-mail.

4. ALTRE UTILITA' PRESENTI NELL'AREA RISERVATA

All'interno dell'area riservata del Portale Health on line sarà quindi possibile:

- inviare richieste di presa in carico per le prestazioni specialistiche/extraospedaliere in forma diretta;
- inviare richieste di rimborso;
- caricare e integrare documentazione allegandola alla pratica di riferimento;
- inviare richieste di info;
- verificare le comunicazioni ricevute dalla Centrale Salute;
- consultare in ogni momento la documentazione inviata alla Centrale (archivio documenti)
- verificare lo stato di avanzamento della lavorazione delle richieste;
- scaricare il prospetto riepilogativo delle richieste utile anche ai fini della dichiarazione dei redditi
- verificare le strutture convenzionate del Network
- ecc.

Lo strumento è utile e di facile consultazione ed utilizzo.

Nella stessa Area Riservata è presente un Manuale di Guida all'utilizzo delle utilità.

In caso di bisogno la Centrale salute è raggiungibile telefonicamente (800 511 311).

Health Assistance S.C.p.A.

via di Santa Cornelia, 9 | 00060 Formello (RM) | Italy

Cod. Fiscale 12989581009

PEC healthassistance@legalmail.it | Sito web: www.healthassistance.it

5. TABELLE RISERVATE DELLA DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE

L'elencazione sottostante costituisce un vademecum generico per il Socio e non sostituisce (ma affianca) quanto previsto nel proprio Sussidio di riferimento. In quanto elencazione e previsione generica non può considerarsi esaustiva. Qualora necessario, la Centrale Salute potrà richiedere l'integrazione di quanto sotto con ulteriore documentazione atta a verificare il diritto alla rimborsabilità/indennizzo. La Centrale Salute potrà, qualora ritenuto opportuno, chiedere l'invio della documentazione in originale. Potrà altresì predisporre valutazioni medico legali e richiedere visite da parte di proprio medico fiduciario se ritenute opportune.

Non sono ammessi documenti che presentino correzioni e/o cancellature. Nell'ipotesi di presentazione di documenti corretti, cancellati o comunque artefatti, la prestazione non verrà rimborsata e il Socio potrà decadere dal diritto al rimborso.

Non verranno prese in considerazione nemmeno correzioni su cartelle cliniche che vengano presentate successivamente a reiezione del rimborso/indennità.

TAB. A RICHIESTA NULLA OSTA PRESTAZIONI AREA OSPEDALIERA

(ricovero con o senza intervento chirurgico in regime ordinario e diurno e per gli interventi ambulatoriali)

DOCUMENTI NECESSARI PER RICEVERE IL NULLA OSTA

(*) Modulo di Richiesta Supporto alle Prestazioni Ospedaliere, cd Nulla Osta

Per attivare il Sussidio in caso di prestazioni previste nello stesso alla Sezione Area Ospedaliera (es: ricovero con o senza intervento chirurgico in regime ordinario e diurno e per gli interventi ambulatoriali) il socio presenterà il Modulo di richiesta supporto alle prestazioni "Ospedaliere", cd Nulla Osta. In assenza della compilazione e sottoscrizione di questo Modulo, la richiesta non potrà essere lavorata salvo nei casi di comprovata urgenza. Il modulo è scaricabile dall'Area Riservata (Sez. Modulistica).

Ogni documento medico utile alla valutazione della richiesta, così come meglio specificato nelle seguenti TAB. B e TAB. D.

Health Assistance S.C.p.A.

via di Santa Cornelia, 9 | 00060 Formello (RM) | Italy

Cod. Fiscale 12989581009

PEC healthassistance@legalmail.it | Sito web: www.healthassistance.it

Ogni altro documento necessario e più specificatamente indicato sul Sussidio.

(*) I documenti contrassegnati da asterisco e contenenti le informazioni indicate, sono ritenuti condizione imprescindibile alla valutazione della rimborsabilità. L'assenza anche di uno di essi potrebbe comportare la reiezione della richiesta, la quale dovrà essere ripresentata in modo completo nei tempi indicati.

TAB. B FORMA DIRETTA RICOVERI E INTERVENTI CHIRURGICI

DOCUMENTI NECESSARI PER L'AUTORIZZAZIONE IN FORMA DIRETTA (PIC)

(*) Prescrizione medica	Emessa da medico di base o specialista e riportante: <ul style="list-style-type: none"> • indicazione della diagnosi di patologia già accertata o da accertare (c.d. quesito diagnostico). <u>Attenzione:</u> non saranno ammesse alla valutazione prescrizioni per mere sintomatologie dolorose: ad es. non potrà essere ammessa la prescrizione medica per “algie pelviche”, mentre sarà ammessa per “sospetta colica renale”. • indicazione della data di insorgenza della malattia o, nel caso di patologia da accertare, della data di insorgenza dei primi sintomi.
(*) Prescrizione di tutte le visite e accertamenti eseguiti di recente e relativi referti	Sulla base dei quali si è posta indicazione di ricovero/intervento oggetto di richiesta di autorizzazione. Non sono ammessi prescrizioni e referti di visite eseguite da medici con vincoli di parentela con l'Assistito
(*) Ogni altra prescrizione, referto di visite o accertamenti eseguiti in passato	Relativi alla patologia oggetto della richiesta di autorizzazione e relativi anche a patologie diagnosticate e/o manifestate in passato e aventi una connessione diretta con quella oggetto della richiesta. Non sono ammessi prescrizioni e referti di visite eseguite da medici con vincoli di parentela con l'Assistito.
(*) Referto di Pronto soccorso, qualora previsto dal Regolamento anche di Strutture Convenzionate col SSN e Unità Mediche di Primo Soccorso (in caso di Infortunio)	Il Referto deve contenere descrizione delle modalità di accadimento/dinamica dell'infortunio e referti degli accertamenti eseguiti durante lo stesso. Per la definizione di infortunio si rimanda al Sussidio di riferimento; si precisa in questa sede che non può essere ritenuto infortunio un trauma conseguente a

Health Assistance S.C.p.A.

via di Santa Cornelia, 9 | 00060 Formello (RM) | Italy

Cod. Fiscale 12989581009

PEC healthassistance@legalmail.it | Sito web: www.healthassistance.it

mero atto da sforzo o traumi dovuti a cause endogene (come ad esempio: ernie da sforzo o traumi da movimento o comunque non generati da cause esterne). In caso di incidenti stradali presentare anche **eventuale verbale dell’Autorità di Pubblica sicurezza intervenuta**. In caso di infortunio occorso durante lo svolgimento di attività sportiva, è necessario produrre idonea certificazione emessa dalla società sportiva che ne attesti la natura non professionale/agonistica.

***Preventivo di spesa emesso dalla Struttura.**

Il preventivo di spesa relativo all’evento deve essere dettagliato ed emesso dalla Struttura Sanitaria

Ogni altro documento necessario e più specificatamente indicato sul Sussidio.

(*) I documenti contrassegnati da asterisco e contenenti le informazioni indicate, sono ritenuti condizione imprescindibile alla valutazione della rimborsabilità. L’assenza anche di uno di essi potrebbe comportare la reiezione della richiesta, la quale dovrà essere ripresentata in modo completo nei tempi indicati al punto c2

TAB. C FORMA DIRETTA PRESTAZIONI SPECIALISTICHE/EXTRARICOVERO

DOCUMENTI NECESSARI PER L'AUTORIZZAZIONE IN FORMA DIRETTA (PIC)

<p>(*) Modulo di Richiesta di Presa in Carico</p>	<p>È necessario l'invio di questo modulo solo nel caso di <u>invio della richiesta tramite fax</u>; <u>viceversa</u>, nel caso di richiesta di rimborso/indennità inoltrata tramite l'Health Claim on Line, tale Modulo non sarà richiesto. In assenza della compilazione e sottoscrizione di questo Modulo, la richiesta non potrà essere lavorata (in quanto sarà assente il consenso al trattamento dei dati sensibili contenuti). Il modulo è scaricabile dall'Area Riservata (Sez. Modulistica).</p>
<p>(*) Prescrizione medica</p>	<p>Emessa da medico di base o specialista e riportante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • indicazione della diagnosi di patologia già accertata o da accertare (c.d. quesito diagnostico). Attenzione: non saranno ammesse alla valutazione prescrizioni per mere sintomatologie dolorose: ad es. non potrà essere ammessa la prescrizione medica per "algie pelviche", mentre sarà ammessa per "sospetta colica renale". • indicazione della data di insorgenza della malattia o, nel caso di patologia da accertare, della data di insorgenza dei primi sintomi.
<p>(*) Referto di Pronto soccorso, qualora previsto dal Regolamento anche di Strutture Convenzionate col SSN e Unità Mediche di Primo Soccorso (in caso di Infortunio)</p>	<p>Il Referto deve contenere descrizione delle modalità di accadimento/dinamica dell'infortunio e referti degli accertamenti eseguiti durante lo stesso. Per la definizione di infortunio si rimanda al Sussidio di riferimento; si precisa in questa sede che non può essere ritenuto infortunio un trauma conseguente a mero atto da sforzo o traumi dovuti a cause endogene (come ad esempio: ernie da sforzo o traumi da movimento o comunque non generati da cause esterne). In caso di incidenti stradali presentare anche eventuale verbale dell'Autorità di Pubblica sicurezza intervenuta. In caso di infortunio occorso durante lo svolgimento di attività sportiva, è necessario produrre idonea certificazione emessa dalla società sportiva che ne attesti la natura non</p>

Health Assistance S.C.p.A.

via di Santa Cornelia, 9 | 00060 Formello (RM) | Italy

Cod. Fiscale 12989581009

PEC healthassistance@legalmail.it | Sito web: www.healthassistance.it



	professionale/agonistica.
Ogni altro documento necessario e più specificatamente indicato sul Sussidio.	
(*) I documenti contrassegnati da asterisco e contenenti le informazioni indicate, sono ritenuti condizione imprescindibile alla valutazione della rimborsabilità. L'assenza anche di uno di essi potrebbe comportare la reiezione della richiesta la quale dovrà essere ripresentata in modo completo nei tempi indicati al punto c2	
TAB. D FORMA INDIRECTA AREA OSPEDALIERA	
DOCUMENTI NECESSARI PER CHIEDERE IL RIMBORSO/INDENNITA'	
(*) Prescrizione medica del ricovero	La stessa deve essere emessa da medico specialista in materia e contenere indicazione della data di insorgenza della patologia o sintomatologia. emessa dalla società sportiva che ne attesti la natura non professionale/agonistica.
(*) Referto di Pronto soccorso, qualora previsto dal Regolamento anche di Strutture Convenzionate col SSN e Unità Mediche di Primo Soccorso (in caso di Infortunio)	Il Referto deve contenere descrizione delle modalità di accadimento/dinamica dell'infortunio e referti degli accertamenti eseguiti durante lo stesso. Per la definizione di infortunio si rimanda al Sussidio di riferimento; si precisa in questa sede che non può essere ritenuto infortunio un trauma conseguente a mero atto da sforzo o traumi dovuti a cause endogene (come ad esempio: ernie da sforzo o traumi da movimento o comunque non generati da cause esterne). In caso di incidenti stradali presentare anche eventuale verbale dell'Autorità di Pubblica sicurezza intervenuta . In caso di infortunio occorso durante lo svolgimento di attività sportiva, è necessario produrre idonea certificazione emessa dalla società sportiva che ne attesti la natura non professionale/agonistica.
(*) Copia <u>COMPLETA</u> conforme all'originale della Cartella clinica	In caso di ricovero (diurno/notturno)
(*) Descrizione dell'atto operatorio	In caso di intervento ambulatoriale
(*) Fatture di spesa/Ticket	Le fatture/ticket dovranno contenere la specifica dei costi per ciascuna prestazione sanitaria erogata, medicinali e materiali di consumo, esami diagnostici. In alternativa alla fattura/ticket dettagliato, può essere presentato un documento di specifica dei costi da parte del professionista/struttura che ha emesso la fattura
Modulo di Accesso al Network Indiretto (vedi "Focus su Indiretta in Network")	Nel caso di Indiretta in Network il Modulo dovrà essere presentato alla Struttura Sanitaria prima di fruire della prestazione e dovrà essere presentato alla Centrale con il Timbro della stessa struttura.
Ogni altro documento necessario e più specificatamente indicato sul Sussidio.	

Health Assistance S.C.p.A.

via di Santa Cornelia, 9 | 00060 Formello (RM) | Italy

Cod. Fiscale 12989581009

PEC healthassistance@legalmail.it | Sito web: www.healthassistance.it



(*) I documenti contrassegnati da asterisco e contenenti le informazioni indicate, sono ritenuti condizione imprescindibile alla valutazione della rimborsabilità. L'assenza anche di uno di essi potrebbe comportare la reiezione della richiesta la quale dovrà essere ripresentata in modo completo nei tempi indicati al punto c2

TAB. E
FORMA INDIRECTA
AREA SPECIALISTICA - SOSTEGNO

DOCUMENTAZIONE SEMPRE NECESSARIA

(tali documenti devono essere presenti a prescindere dalla garanzia; per documentazione più specifica si veda la Tabella E)

(*) Modulo di Richiesta di Rimborso	È necessario l'invio di questo modulo solo nel caso di invio della richiesta tramite fax; viceversa, nel caso di richiesta di rimborso/indennità inoltrata tramite l'Health Claim on Line, tale Modulo non sarà richiesto. In assenza della compilazione e sottoscrizione di questo Modulo, la richiesta non potrà essere lavorata (in quanto sarà assente il consenso al trattamento dei dati sensibili contenuti). Il modulo è scaricabile dall'Area Riservata (Sez. Modulistica).
(*) Prescrizione medica	Emessa da medico di base o specialista e riportante: <ul style="list-style-type: none"> • indicazione della diagnosi di patologia già accertata o da accertare (c.d. quesito diagnostico). <u>Attenzione:</u> non saranno ammesse alla valutazione prescrizioni per mere sintomatologie dolorose: ad es. non potrà essere ammessa la prescrizione medica per "algie pelviche", mentre sarà ammessa per "sospetta colica renale". • indicazione della data di insorgenza della malattia o, nel caso di patologia da accertare, della data di insorgenza dei primi sintomi. Nel caso di rimborso di Ticket, è bene sempre fare copia della prescrizione del medico perché le ASL trattengono sempre questo documento al momento dell'erogazione della prestazione.
(*) Referti degli esami e degli accertamenti eseguiti	Per i quali si chiede il rimborso.
(*) Referto di Pronto soccorso, qualora previsto dal Regolamento anche di Strutture Convenzionate col SSN e Unità Mediche di Primo Soccorso (in caso di Infortunio)	Il Referto deve contenere descrizione delle modalità di accadimento/dinamica dell'infortunio e referti degli accertamenti eseguiti durante lo stesso. Per la definizione di infortunio si rimanda al Sussidio di riferimento; si precisa in questa sede che non può essere ritenuto infortunio un trauma conseguente a mero atto da sforzo o traumi dovuti a cause endogene (come ad esempio: ernie da sforzo o traumi da movimento o comunque non generati da cause esterne). In caso di incidenti stradali presentare anche eventuale verbale dell'Autorità di Pubblica sicurezza intervenuta . In caso di infortunio occorso durante lo svolgimento di attività sportiva, è necessario produrre idonea certificazione emessa dalla società sportiva che ne attesti la natura non professionale/agonistica.
(*) Fatture di spesa/Ticket (in	Con specifica dei costi per ciascuna prestazione sanitaria erogata, medicinali e

Health Assistance S.C.p.A.

via di Santa Cornelia, 9 | 00060 Formello (RM) | Italy

Cod. Fiscale 12989581009

PEC healthassistance@legalmail.it | Sito web: www.healthassistance.it



caso di rimborso spese)	materiali di consumo, esami diagnostici; alternativamente può essere presentato un documento di specifica dei costi da parte del professionista/struttura che ha emesso la fattura.
Modulo di Accesso al Network Indiretto nel caso di Indiretta In Network debitamente timbrato e sottoscritto dalla struttura convenzionata (vedi “Focus su Indiretta in Network”).	Nel caso di Indiretta in Network il Modulo dovrà essere presentato alla Struttura Sanitaria prima di fruire della prestazione e dovrà essere presentato alla Centrale con il Timbro della stessa struttura.
Cicli di cura	In caso di ciclo di cura che dà luogo a diverse terapie / esami, è sempre necessario dare evidenza alla Centrale Salute (sul Modulo di Rimborso o tramite il campo di testo “patologia/diagnosi”, se utilizzata l’Area riservata dell’Health Claim on line – Nuova richiesta di rimborso) che le prestazioni rientrano in unico evento. Ciò consentirà alla Centrale di applicare correttamente le quote di spesa a carico del Socio, nonché di valutare in modo più corretto e rapido le richieste presentate.
Ogni altro documento necessario e più specificatamente indicato sul Sussidio.	
(*) I documenti contrassegnati da asterisco e contenenti le informazioni indicate, sono ritenuti condizione imprescindibile alla valutazione della rimborsabilità. L’assenza anche di uno di essi potrebbe comportare la reiezione della richiesta, la quale dovrà essere ripresentata in modo completo nei tempi indicati al punto c.	

TAB. F
FORMA INDIRECTA
AREA SPECIALISTICA - SOSTEGNO
DOCUMENTAZIONE AGGIUNTIVA

DA PRESENTARE IN CASO DI SPECIFICHE GARANZIE PREVISTE in aggiunta alla documentazione SEMPRE NECESSARIA (TAB. D)

Acquisto medicinali	(*) Scontrino parlante emesso dalla farmacia e relativa prescrizione medica indicante diagnosi.
Lenti/Occhiali	(*) Certificato di medico oculista o optometrista attestante la variazione della capacità visiva (c.d. modifica visus). Nel caso non si tratti di prima prescrizione di lenti, sarà anche necessario produrre il certificato con misurazione della vista dell'anno precedente a quello della richiesta.
Fisioterapie	(*) Prescrizione medica indicante il tipo di fisioterapia da eseguirsi ed il numero relativo di sedute. La prestazione dovrà essere erogata da personale specializzato munito di iscrizione all'Albo. In caso di Fisioterapia a seguito di Grave Malattia è necessario produrre documentazione a sostegno delle condizioni alla base della garanzia.
Assistenza Infermieristica	(*) Prescrizione medica indicante la necessità di assistenza prestata da personale infermieristico fornito di specifico titolo ed iscrizione all'Albo.
Cure odontoiatriche	(*) Piano di cure predisposto dallo specialista che ha eseguito le stesse, dal quale risultino i denti trattati (numero ed arcata), le motivazioni cliniche del trattamento ed il periodo previsto per lo stesso che non deve superare l'anno di copertura del Sussidio. In caso di cure dentarie da infortunio le stesse dovranno essere congrue con le lesioni subite e l'infortunio dovrà essere comprovato da idonea documentazione a supporto (referto PS, OPT, radiografie e fotografie). Inoltre, la documentazione di spesa quietanzata dovrà riportare il dettaglio delle cure eseguite.
Long Terme Care	(*) Certificato medico attestante l'insorgenza della non autosufficienza corredata dalla Tabella dei Punteggi Mba, compilata dal medico curante; relazione medica sulle cause di perdita dell'autosufficienza (diagnosi di patologia); documentazione sanitaria (cartelle cliniche, relazioni mediche, accertamenti diagnostici ecc.) utili alla valutazione del quadro clinico; documentazione di spesa sanitaria ed assistenziale sostenuta e strettamente collegate allo stato di non autosufficienza.

Ogni altro documento necessario e più specificatamente indicato sul Sussidio.

(*) I documenti contrassegnati da asterisco e contenenti le informazioni indicate, sono ritenuti condizione imprescindibile alla valutazione della rimborsabilità. L'assenza anche di uno di essi potrebbe comportare la reiezione della richiesta, la quale dovrà essere ripresentata in modo completo nei tempi indicati al punto c.

Health Assistance S.C.p.A.

via di Santa Cornelia, 9 | 00060 Formello (RM) | Italy

Cod. Fiscale 12989581009

PEC healthassistance@legalmail.it | Sito web: www.healthassistance.it

