

TABELLE RIASSUNTIVE DELLA DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE

TAB. A FORMA DIRETTA RICOVERI E INTERVENTI CHIRURGICI

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

<p>(*) Modulo di Richiesta di Presa in Carico Scaricabile dall'Area Riservata (Sez. Modulistica)</p>	<p>A) <u>È necessario l'inoltro di questo modulo solo nel caso in cui la richiesta avvenga tramite fax;</u> in assenza della compilazione e sottoscrizione di questo Modulo, la richiesta sarà sospesa in attesa di ricevere la documentazione mancante.</p> <p>B) <u>Viceversa,</u> nel caso di richiesta inoltrata tramite l'accesso all'Area Riservata nella sezione Accedi alla Centrale Salute, tale Modulo non sarà richiesto.</p>
<p>(*) Prescrizione medica del ricovero</p>	<p>Emessa da medico specialista e riportante:</p> <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 – ad esempio - “algie” oppure “controllo”.
<p>(*) Accertamenti eseguiti di recente e relativi referti</p>	<p>Sulla base dei quali si è posta indicazione di ricovero/intervento oggetto di richiesta di autorizzazione.</p>
<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.</p> <p>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.</p>
<p>(*) I documenti contrassegnati da asterisco e contenenti le informazioni indicate, sono ritenuti condizione imprescindibile alla valutazione di autorizzabili. L'assenza anche di uno di essi potrebbe comportare la reiezione della richiesta la quale dovrà essere ripresentata in modo completo nei tempi indicati.</p>	

TAB. B FORMA DIRETTA PRESTAZIONI EXTRARICOVERO

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

<p>(*) Modulo di Richiesta di Presa in Carico Scaricabile dall'Area Riservata (Sez. Modulistica)</p>	<p>A) È necessario l'inoltro di questo modulo solo nel caso in cui la richiesta avvenga tramite fax; in assenza della compilazione e sottoscrizione di questo Modulo, la richiesta sarà sospesa in attesa di ricevere la documentazione mancante.</p> <p>B) Viceversa, nel caso di richiesta inoltrata tramite l'accesso all'Area Riservata nella sezione Accedi alla Centrale Salute, tale Modulo non sarà richiesto.</p>
<p>(*) Prescrizione medica</p>	<p>Emessa da medico 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 – ad esempio - “algie” oppure “controllo”.
<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.</p> <p>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.</p>

(*) I documenti contrassegnati da asterisco e contenenti le informazioni indicate, sono ritenuti condizione imprescindibile alla valutazione di autorizzabili. 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 INDIRECTA RICOVERI /INTERVENTI CHIRURGICI

DOCUMENTI NECESSARI PER CHIEDERE IL RIMBORSO/INDENNITA'

<p>(*) Modulo di Richiesta di Rimborso Scaricabile dall'Area Riservata (Sez. Modulistica)</p>	<p>A) <u>È necessario l'inoltro di questo modulo solo nel caso in cui la richiesta avvenga tramite fax;</u> in assenza della compilazione e sottoscrizione di questo Modulo, la richiesta sarà sospesa in attesa di ricevere la documentazione mancante.</p> <p>B) Nel caso di richiesta inoltrata tramite l'accesso all'Area Riservata nella sezione Accedi alla Centrale Salute, tale Modulo non sarà richiesto.</p>
<p>(*) Prescrizione medica del ricovero</p>	<p>Emessa da medico specialista e riportante:</p> <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 – ad esempio - “algie” oppure “controllo”.
<p>(*) Accertamenti e relativi referti eseguiti di recente</p>	<p>Sulla base dei quali si è posta indicazione di ricovero/intervento oggetto di richiesta di autorizzazione.</p>
<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. 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</p>
<p>(*) Copia COMPLETA conforme all'originale della Cartella clinica</p>	<p>In caso di ricovero (diurno/notturno)</p>
<p>(*) Descrizione dell'atto operatorio</p>	<p>In caso di intervento ambulatoriale</p>

(*) Fatture di spesa/Ticket	Le fatture/ticket dovranno contenere la specifica dei costi per ciascuna prestazione sanitaria erogata. 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	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.
(*) I documenti contrassegnati da asterisco e contenenti le informazioni indicate, sono ritenuti condizione imprescindibile alla valutazione di autorizzabili. 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
PRESTAZIONI EXTRARICOVERO (ALTA DIAGNOSTICA, VISITE SPECIALISTICHE, ETC)

DOCUMENTI NECESSARI PER CHIEDERE IL RIMBORSO

<p>(*) Modulo di Richiesta di Rimborso Scaricabile dall'Area Riservata (Sez. Modulistica)</p>	<p>A) È necessario l'inoltro di questo modulo solo nel caso in cui la richiesta avvenga tramite fax; in assenza della compilazione e sottoscrizione di questo Modulo, la richiesta sarà sospesa in attesa di ricevere la documentazione mancante.</p> <p>B) Nel caso di richiesta inoltrata tramite l'accesso all'Area Riservata nella sezione Accedi alla Centrale Salute, tale Modulo non sarà richiesto.</p>
<p>(*) Prescrizione medica</p>	<p>Emessa da medico specialista e riportante:</p> <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 – ad esempio - “algie” oppure “controllo”. <p>Nel caso di rimborso di Ticket SSN, è NECESSARIO SEMPRE FARE COPIA DELLA PRESCRIZIONE DEL MEDICO perché le ASL trattengono sempre questo documento al momento dell'erogazione della prestazione. IN TAL CASO, NON SARA' POSSIBILE PROCEDERE AL RIMBORSO.</p>
<p>(*) Referti degli esami e degli accertamenti eseguiti</p>	<p>Per i quali si chiede il rimborso.</p>

<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. 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</p>
<p>(*) Fatture di spesa/Ticket (in caso di rimborso spese)</p>	<p>Le fatture/ticket dovranno contenere la specifica dei costi per ciascuna prestazione sanitaria erogata. 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</p>
<p>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").</p>	<p>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.</p>
<p>(*) I documenti contrassegnati da asterisco e contenenti le informazioni indicate, sono ritenuti condizione imprescindibile alla valutazione di autorizzabili. 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.</p>	

TAB. E
FORMA INDIRECTA
PRESTAZIONI EXTRARICOVERO

DOCUMENTAZIONE AGGIUNTIVA
DA PRESENTARE SEMPRE IN AGGIUNTA ALLE FATTURE DI SPESA

Lenti/Occhiali

(*) Certificato di medico oculista o optometrista attestante la modifica visus o la prima prescrizione. La fattura dovrà riportare in modo dettagliato le voci di spesa.

Si ritiene valida la prescrizione, rilasciata dall'oculista o optometrista.

(*) È necessario l'inoltro del Modulo di Richiesta di Rimborso -Scaricabile dall'Area Riservata (Sez. Modulistica) - solo nel caso in cui la richiesta avvenga tramite fax; in assenza della compilazione e sottoscrizione di questo Modulo, la richiesta sarà sospesa in attesa di ricevere la documentazione mancante. Nel caso di richiesta inoltrata tramite l'accesso all'Area Riservata nella sezione Accedi alla Centrale Salute, tale Modulo non sarà richiesto.

Trattamenti fisioterapia e rieducativi post Infortunio

(*) Referto di Pronto soccorso

(*) Prescrizione medica redatta da specialista in materia indicante il tipo di terapia da eseguirsi ed il numero relativo di sedute. La prestazione dovrà essere erogata da personale specializzato munito di iscrizione all'Albo.

Cure odontoiatriche	<p>(*) Piano di cure predisposto dall'odontoiatra, dal quale risultino i denti curati/da curare e le motivazioni cliniche del trattamento, con indicazione del dente trattato per arcata e numero, nonché i referti degli accertamenti diagnostici strumentali (RX, OPT, TAC, RMN) dai quali sia possibile evincere con chiarezza la sede da curare. Altresì dovrà indicarsi, qualora previsto, il periodo massimo di trattamento per la conclusione della cura.</p> <p>(*) 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. Necessario sempre il verbale di Pronto Soccorso.</p>
Consulenze psicologiche per Gravi Malattie	<p>(*) Cartella clinica e certificazione medica attestante anche la data della prima diagnosi deve essere successiva alla decorrenza.</p>
Pacchetto Maternità	<p>(*) Copia della documentazione di spesa (fattura/ticket) dalla quale si evinca la prestazione effettuata;</p> <p>(*) Prescrizione medica con indicazione della settimana di gestazione e prestazione richiesta/effettuata;</p> <p>(*) Per l'Indennità di Parto è richiesto l'invio della cartella clinica dalla quale si evinca che il ricovero è stato effettuato per Parto Naturale/Parto Cesareo</p> <p>(*) È necessario l'inoltro del Modulo di Richiesta di Rimborso -Scaricabile dall'Area Riservata (Sez. Modulistica) - solo nel caso in cui la richiesta avvenga tramite fax; in assenza della compilazione e sottoscrizione di questo Modulo, la richiesta sarà sospesa in attesa di ricevere la documentazione mancante. Nel caso di richiesta inoltrata tramite l'accesso all'Area Riservata nella sezione Accedi alla Centrale Salute, tale Modulo non sarà richiesto.</p> <p>Nel caso in cui le prestazioni previste nel Pacchetto Maternità siano servizi erogati dalla società Stemway Biotech, le stesse dovranno essere effettuate attraverso tale Partner e saranno garantite senza alcuna quota di spesa a carico dell'Assistito, previa autorizzazione per il tramite della Centrale Salute e in forma diretta.</p> <p>Di seguito i servizi forniti attualmente dal partner Stemway Biotech:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conservazione cellule staminali • Test prenatale non invasivi (NIPT- Non invasive prenatal test) • Test Genetici predittivi
PRESIDI E AUSILI ORTOPEDICI	<p>(*) Prescrizione dello specialista in materia (la cui specializzazione sia inerente alla patologia) con indicazione della Patologia.</p>

(*) I documenti contrassegnati da asterisco e contenenti le informazioni indicate, sono ritenuti condizione imprescindibile alla valutazione di autorizzabili. 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.

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.

TAB. F AREA SOSTEGNO

<p>Contributo Economico in caso decesso a seguito di malattia</p>	<ul style="list-style-type: none"> (*) Modulo di richiesta (scaricabile dall'area riservata di MBA); (*) Copia del Certificato attestante l'avvenuto decesso del Titolare del Sussidio; (*) Cartella clinica o certificati medici comprovante la malattia causa del decesso; (*) Dichiarazione sostitutiva del superstite ex art. 47 D.P.R. 445/2000 (attestante la qualifica di superstite come sopra definito). (*) Dichiarazione sostitutiva di notorietà dalla quale si evincano i dati identificativi degli eredi; (*) IBAN dell'erede designato per l'accredito del Contributo.
<p>Rimborso spese a sostegno della famiglia in caso di decesso del titolare a seguito di malattia</p>	<ul style="list-style-type: none"> (*) Modulo di richiesta (scaricabile dall'area riservata di MBA); (*) Copia del Certificato attestante l'avvenuto decesso del Titolare del Sussidio; (*) Cartella clinica o certificati medici comprovante la malattia causa del decesso; (*) Dichiarazione sostitutiva del superstite ex art. 47 D.P.R. 445/2000 (attestante la qualifica di superstite come sopra definito). (*) Dichiarazione sostitutiva di notorietà dalla quale si evincano i dati identificativi degli eredi; (*) IBAN dell'erede designato per l'accredito del Contributo. <p>Fatture per le utenze domestiche, canone di locazione dell'abitazione di residenza dell'Associato , ata del mutuo relativo all'abitazione di residenza dell'Associato</p>

TAB. G PRESTAZIONI ESTESE AI FAMILIARI “ ENTE BILATERALE – A”

Prestazioni previste nel Regolamento del Sussidio “Ente Bilaterale - A” valide per gli eventuali componenti del Nucleo Familiare anche in caso di adesione del solo Associato Titolare:

- Pacchetto maternità
- Cure Oncologiche
- Videoconsulto preventivo
- Assistenza H24
- Conservazione delle Cellule Staminali

L'Associato Titolare del “Sussidio Ente Bilaterale- A” deve caricare nella propria Area Riservata:

- documenti necessari indicati nelle singole aree della presente Tabella Riassuntiva o del Regolamento del Piano Sanitario “Ente Bilaterale – A”, intestati al componente del Nucleo che intende usufruire della prestazione;
- certificato dello stato di famiglia ovvero, per il *more uxorio*, certificato di residenza anagrafica (fermo restando la definizione indicata nel Regolamento del Sussidio “Ente Bilaterale – A”);
- **Modulo Trattamento dati (scaricabile dall'Area Riservata), compilato e firmato dal componente del Nucleo (o dall'Associato Titolare in caso di componente del Nucleo che non abbia compiuto i 18 anni di età) che intende usufruire della prestazione.**