



Guida Operativa ai Servizi Associativi

**General Mutua
Società di Mutuo Soccorso**

INDICE

1. Benvenuto in General Mutua	pag. 3
2. Accesso ai Servizi riservati agli Associati	pag. 4
3. Informazioni Generali sull'Accesso alle Prestazioni	pag. 7
4. Come accedere alle prestazioni erogate in forma diretta	pag. 10
5. Come richiedere il rimborso per le prestazioni erogate in forma indiretta	pag. 13
6. Ulteriori informazioni utili per accedere alle prestazioni	pag. 16
7. Accesso ai Servizi – Tabella di Sintesi	pag. 18

1. **BENVENUTO IN GENERAL MUTUA**

Gentile Associato,

desideriamo innanzitutto darLe il Benvenuto in General Mutua, società senza scopo di lucro, regolamentata dalla normativa sulle società di mutuo soccorso che si fonda sulla legge del 15 Aprile 1886 n°3818, che ha lo scopo di gestire un sistema integrativo e complementare dell'assistenza sanitaria e parasanitaria, sia in forma diretta che in forma indiretta attraverso convenzioni con presidi e strutture sanitarie pubbliche e private finalizzate a fornire prestazioni aggiuntive rispetto a quelle assicurate dal Piano Sanitario Nazionale.

Le ricordiamo che, durante tutta la Sua vita associativa, General Mutua 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 Le informazioni utili ed 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 General Mutua ed inviarci segnalazioni

General Mutua 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 della propria salute, effettuando i necessari controlli preventivi e di routine.

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

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

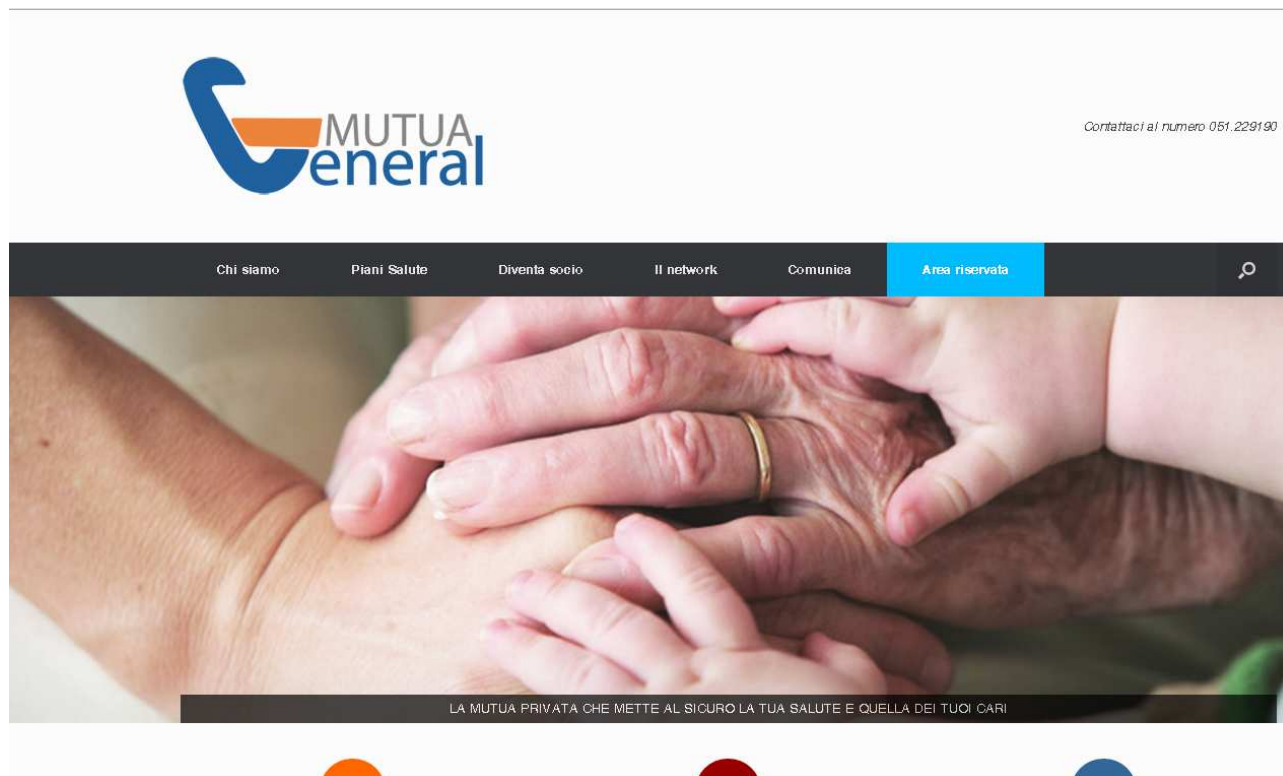
Nella certezza che la presente Guida Operativa possa essere per Lei un utile strumento di riferimento, Le diamo nuovamente il nostro più sentito Benvenuto in General Mutua.

GENERAL MUTUA
Società di Mutuo Soccorso

2. ACCESSO AI SERVIZI RISERVATI AGLI ASSOCIATI GENERAL MUTUA

General Mutua 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.generalmutua.org.



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

- COME EFFETTUARE IL PRIMO ACCESSO ALLA NUOVA AREA RISERVATA:** dopo aver cliccato sul box “Area Riservata”, disponibile sulla Home Page del sito www.generalmutuamutua.org, si aprirà automaticamente la pagina per effettuare la prima registrazione. Cliccare quindi su “[Non sei ancora registrato? Clicca qui per procedere!](#)”, ed inserire le informazioni richieste dal Sistema, **avendo cura di indicare un indirizzo e-mail valido**. Completata l’operazione di prima registrazione, il Sistema invierà una e-mail all’indirizzo indicato, contenente le Credenziali di Accesso.

Completa la registrazione al sistema

Fase 2 di 2

Inserisci la password desiderata

Email	<input type="text"/>	
		Attenzione, è importante inserire un indirizzo email valido per poter portare a termine la registrazione!
User name	<input type="text" value="mervet.faltes"/>	
Password	<input type="text"/>	
Conferma Password	<input type="text"/>	✘
Privacy	<input checked="" type="checkbox"/>	
Visualizza privacy		
<input type="button" value="Continua"/>		

Completata l'operazione di prima registrazione, il Sistema invierà una e-mail all'indirizzo indicato, contenente le Credenziali di Accesso.

Quindi cliccare sul Link riportato nella e-mail ricevuta, per confermare la propria registrazione.

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

MUTUA General Area Riservata
Home page

Profilo utente
Gestione sussidio

Home page

Il mio nucleo

Coordinate bancarie

Recapiti assistito

Modulistica

Documenti

Accedi alla centrale salute

FALTES MERVET, benvenuto nella tua area riservata

La sua posizione

Decorrenza: 01/10/2015

Scadenza: 30/09/2016

Il tuo sussidio sanitario:

- COOPERANDO GM 60

Comunicazioni importanti

Ultime comunicazioni importanti:

[Tutti i documenti...](#)

Per informazioni e assistenza:

- Email: info@generalmutua.org

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

- La decorrenza e scadenza del proprio Sussidio Sanitario
- Le **COMUNICAZIONI IMPORTANTI** inserite da General Mutua
- Le funzionalità di **GESTIONE del SUSSIDIO**

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

- **Dati Anagrafici Familiari:** all'interno di questa area, nel caso di Sussidio in formula Nucleo, sarà possibile visualizzare i dati anagrafici dei propri familiari, nonché integrarli, ove necessario.

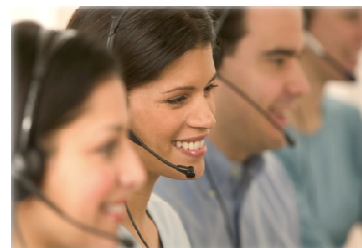
- **Coordinate Bancarie:** è possibile inserire le proprie coordinate bancarie, al fine di ricevere sul conto corrente desiderato gli eventuali rimborsi previsti dalla copertura sanitaria.
- **Recapiti Assistito:** all'interno di questa area vengono riportati tutti i riferimenti del Titolare della copertura sanitaria, i quali potranno essere modificati ed integrati in qualunque momento, al fine di poter essere agevolmente contattati da General Mutua e dalla Centrale Salute per le necessità di corretta gestione della propria posizione
- **Documenti:** all'interno di questa area è 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 General Mutua
 - 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 proprie 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 paragrafo . 4. – Informazioni Generali sull'Accesso alle Prestazioni*).

3. 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 erogate dalla **Centrale Salute COOPSALUTE**, la quale opera in qualità di Service Provider della Mutua GENERAL MUTUA. Si riportano innanzitutto alcune informazioni preliminari per l'erogazione dei servizi previsti dal Suo Sussidio Sanitario:

Come contattate General Mutua: si può contattare **General Mutua** mediante telefono al numero **051/229190**, dal lun. al ven. dalle 9.00 alle 13.00 e dalle 14.00 alle 18.00 oppure mediate e-mail all'indirizzo **info@gnerlamutua.org**.

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.



La Centrale Salute potrà essere contattata:

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



RICHESTE



DOCUMENTI



STRUTTURE



IMPOSTAZIONI

Stato Pratiche

Presa in Carico

Nuova richiesta Rimborso

Richiesta CheckUp

Regolarizza Richieste

Richiesta informazioni

Stato Pratiche

Anno Accadimento Evento

Stato Pratica

Componenti Nucleo Familiare

ANNO ACCADIMENTO EVENTO

TUTTI

TUTTI

Ricerca

Annulla

Assistito / Familiare	Anno Pratica	Numero Pratica	Stato Pratica	Data Accadimento	Data Presentazione	Importo Richiesto	Importo Pagato		Documenti	Attività Consentite
GIALLO ANNA	2016	011179		01/10/2015	04/02/2016	€ 0,00	€ 0,00			
GIALLO ANNA	2015	090660		09/12/2015	09/12/2015	€ 0,00	€ 0,00			
GIALLO ANNA	2015	090656		09/12/2015	09/12/2015	€ 0,00	€ 0,00			
						€ 0,00	€ 0,00			

< 1 >

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 Salute; in tal caso, l'Assistito non dovrà anticipare alcun importo (fatta eccezione per le quote di spesa a carico dell'Assistito eventualmente previste dal Sussidio Sanitario prescelto);

Cos'è la "Forma Indiretta": è l'accesso alle prestazioni sanitarie presso Strutture Convenzionate o Non Convenzionate ed effettuata 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 GENERAL MUTUA prevedono che la prestazione in convenzione possa essere erogata nella forma diretta (quindi senza anticipo del costo 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), mentre richiedere il rimborso per le prestazioni del chirurgo dopo l'effettuazione della prestazione.

Attenzione: non tutti i Sussidi Sanitari prevedono la possibilità di accedere alla forma mista; quindi è necessario verificare se tale modalità di accesso alle prestazioni sia espressamente prevista. Se non è prevista, 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 annua, entro la quale la Mutua sosterrà i costi delle prestazioni previste dal proprio Sussidio Sanitario. Tale importo viene riportato nelle specifiche garanzie, e si riferisce all'insieme delle prestazioni che alla garanzia si riferiscono (es. Massimale per i ricoveri, massimale per le prestazioni di alta diagnostica, etc.). Il Massimale è normalmente da intendersi complessivo per tutti i componenti del Nucleo Familiare Assistito, e non varia in base al numero dei 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 (così 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 senz'altro richiedere informazioni preventive alla Centrale Salute.

Come presentare le proprie pratiche: per inviare le proprie pratiche è necessario [accedere alle funzionalità della Centrale](#), e caricare le proprie richieste (Vedi punto seguente, "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 per posta o per fax, alla Centrale Salute, :

- mediante posta ordinaria a: **Centrale Salute COOPSALUTE, Via di Santa Cornelia n. 9 – CAP 00060 FORMELLO (RM)**
- mediante fax, **al numero 06 92912534**

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 infatti accedere a tali funzionalità, dalla propria Area Riservata GENERAL MUTUA, dal sito istituzionale www.generalmutuamutua.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, importo 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 o 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 GENERAL MUTUA ed alla ricezione di User Id e Password personale (le quali verranno automaticamente inviate a mezzo e-mail all’indirizzo indicato dall’Associato medesimo).

4. COME ACCEDERE ALLE PRESTAZIONI EROGATE IN FORMA DIRETTA

La forma diretta, come 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.

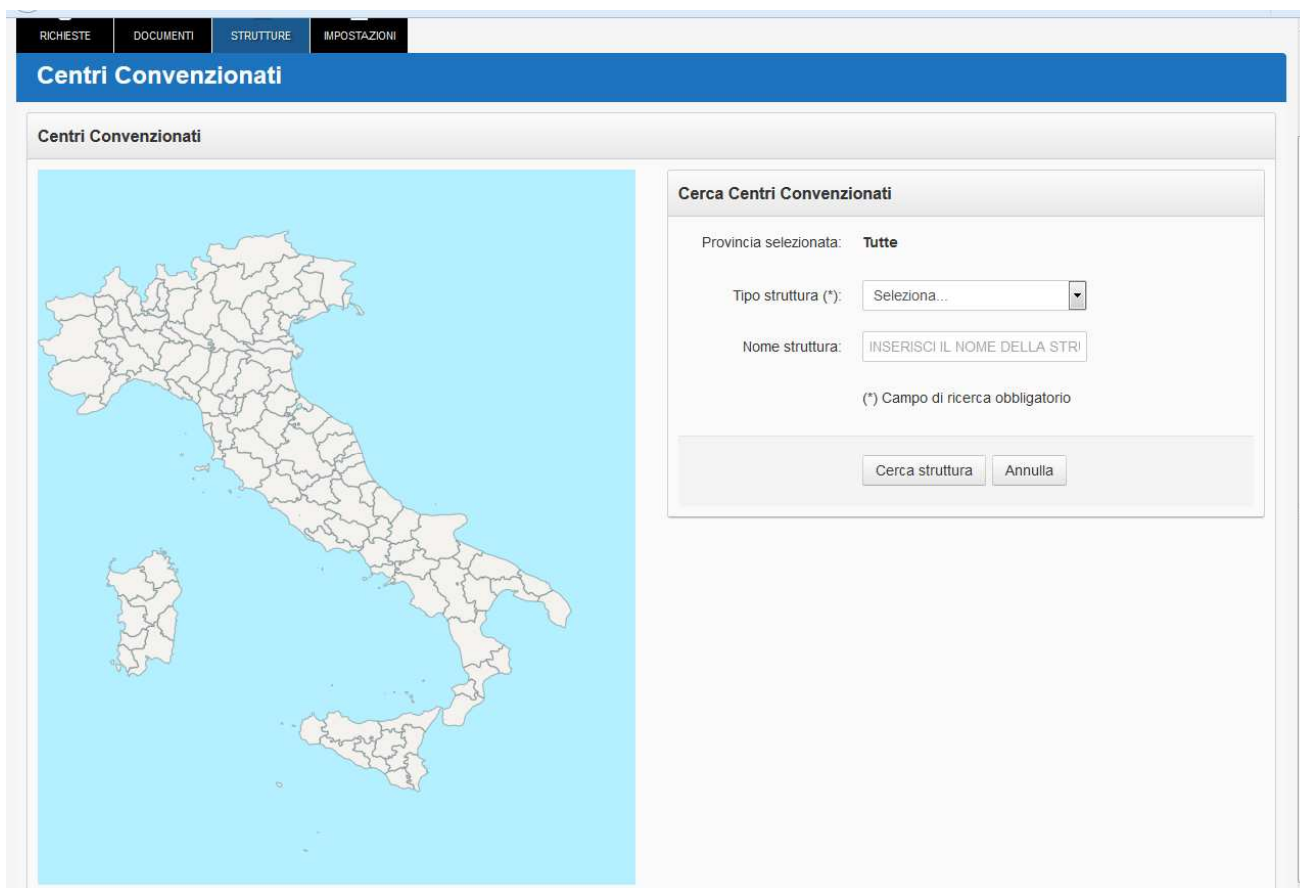
L’Assistito potrà effettuare tale verifica consultando **l’Elenco delle Strutture Convenzionate**, disponibile nella propria Area Riservata, sul Sito Internet www.generalmutuamutua.org (nella Sezione “Accedi alla Centrale” / “Strutture”).

Attenzione: nel caso di interventi chirurgici e/o ricoveri, è sempre opportuno contattare la Centrale Salute (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 i casi di “forma mista” (v. Sez. 3, pag. 8, “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, caricando la richiesta direttamente sul Portale Health Claim On Line

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 quindi su "Presa in Carico"
- Compilare il Form dedicato alla Presa in Carico
- Allegare la fotocopia della documentazione medica relativa alla richiesta (indicante la prescrizione medica / diagnosi / quesito diagnostico), cliccando su "Aggiungi Documenti"

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, l'Assistito potrà comunque richiedere l'autorizzazione in forma diretta, inviando la documentazione di cui sopra (direttamente o tramite la Struttura Sanitaria), entro 5 giorni dalla data del ricovero, e comunque entro e non oltre la data di dimissione dalla Struttura Sanitaria stessa. La documentazione dovrà contenere anche il certificato del medico o struttura con le motivazioni del ricovero d'urgenza.

d) La Fase Autorizzativa della Centrale Salute

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

- **Autorizzare la Richiesta di Presa in carico in forma diretta.** In questo caso, la Centrale Salute 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.). 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, inviando una e-mail e/o SMS, indicando le motivazioni del diniego.

e) La fase di erogazione della prestazione

La Struttura Sanitaria, così 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 ha previamente inviato alla Struttura Sanitaria e che gli sarà sottoposto dalla Struttura Sanitaria medesima. 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.

5. 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 scelto di anticipare il costo delle prestazioni.

Per richiedere il rimborso delle prestazioni in Forma Indiretta, l’Assistito dovrà seguire poche semplici attività che riportiamo a seguire.

a) Presentare la richiesta di rimborso

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

The screenshot displays the 'COOP SALUTE' web portal interface. At the top, there is a navigation bar with the logo, 'Manuale Utente', 'info@coopsalute.it', and 'Benvenuto GIALLO ANNA! Log off'. Below this is a menu with icons for 'RICHESTE', 'DOCUMENTI', 'STRUTTURE', and 'IMPOSTAZIONI'. A secondary navigation bar contains links for 'Stato Pratiche', 'Presenza in Carico', 'Nuova richiesta Rimborso' (highlighted), 'Richiesta CheckUp', 'Regolarizza Richieste', and 'Richiesta informazioni'. The main content area is titled 'Inserimento Richiesta di Rimborso' and contains a form with the following fields:

- A warning box: "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."
- INTESTATARIO C/C: GIALLO VERDE ANNA
- IBAN: IT87G010101490100000000011
- Assistito selezionato: GIALLO*ANNA
- Ricovero:
- Data accadimento:
- Patologia / Diagnosi:
- Causale: -- Selezionare Causale --

- 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”

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 **COOPSALUTE**. A tal fine, al momento dell’erogazione della prestazione, l’Associato 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, quest’ultimo avrà diritto a richiedere a COOPSALUTE il rimborso delle spese sostenute entro il limite delle Tariffe concordate fra COOPSALUTE 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.generalmutuamutua.org, nella sezione “Modulistica”.

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

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

A. DATI IDENTIFICATIVI ASSISTITO

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

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

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

Con la Sottoscrizione del presente Modulo, l'Assistito richiedente:

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

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

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

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

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

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

Le fatture e le ricevute erroneamente inviate in originale, non verranno restituite all'Associato successivamente alla definizione della pratica, salvo che l'Associato non faccia espressa richiesta scritta. dimostri di aver ricevuto una espressa richiesta scritta dall'Autorità finanziaria competente e 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.). Ricordiamo che 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'Assistito 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, inviando una e-mail e/o SMS, indicando le motivazioni del diniego.

NB: si consiglia che l'Assistito verifichi lo status della propria pratica all'interno dell'area riservata. Ogni informazione ivi contenuta 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.

6. 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 da 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 Salute 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 GENERAL MUTUA (nelle Sezioni "Recapiti Assistiti" e "Coordinare Bancarie"). Ciò consentirà a GENERAL MUTUA 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 prevede 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.

Accesso a pacchetti di prevenzione: qualora il Sussidio Sanitario preveda anche dei pacchetti di prevenzione in forma diretta, l'accesso a tali pacchetti è possibile utilizzando sempre la Piattaforma On Line della Centrale Salute. Sarà sufficiente quindi cliccare su "Accedi alla Centrale Salute" dalla propria area riservata; quindi accedere alla Sezione "Richiesta Check Up" (compilare il form on line dedicato, avendo cura, ove possibile di indicare delle proprie date di preferenza per il check up). Una volta inoltrata la richiesta la Centrale Salute contatterà l'Assistito per concordare e prenotare le prestazioni previste.

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

7. ACCESSO AI SERVIZI – TABELLA DI SINTESI

SERVIZIO	MODALITA' DI ACCESSO	RIFERIMENTO
COME ACCEDERE ALL'AREA RISERVATA GENERAL MUTUA E REGISTRARSI	<p>a) Accedere al sito www.generalmutuamutua.org e cliccare su "Area Riservata";</p> <p>b) Effettuare la prima registrazione cliccando su "Non sei ancora registrato? Clicca qui per procedere!", inserendo tutti i dati richiesti;</p> <p>c) Clicca sul link ricevuto per e-mail per validare la propria posizione</p>	Pagg. 5 e 6, Sezione 2 "Accesso ai Servizi riservati agli Associati GENERAL MUTUA"
COME ACCEDERE ALLA DOCUMENTAZIONE UTILE (Piano Sanitario, Guida ai Servizi Associativi, Modulistica, etc)	<p>d) accedere al sito internet www.generalmutuamutua.org</p> <p>e) cliccare su "Area Riservata" ed inserire le proprie credenziali di accesso</p> <p>f) quindi è possibile consultare e scaricare tutta la documentazione utile</p>	Pagg. 6 e 7, Sezione 2, "Accesso ai Servizi riservati agli Associati GENERAL MUTUA"
COME ACCEDERE AI SERVIZI DELLA CENTRALE SALUTE	<p>a) accedere alla propria Area Riservata</p> <p>b) cliccare su "Accedi alla Centrale Salute"</p>	Pag. 7 Sezione 2, "Accesso ai Servizi riservati agli Associati GENERAL MUTUA"
COME CONTATTARE GENERAL MUTUA PER UNA SEGNALAZIONE O UNA RICHIESTA	<p>a) Mediante telefono: contattare il centralino di General Mutua, al Numero 051/229190, dal lun. al ven. dalle 9.00 alle 13.00 e dalle 14.00 alle 18.00</p> <p>b) Mediate e-mail: scrivere a info@gnerlamutua.org</p>	Pag. 7, Sezione 3 "Informazioni generali sull'accesso alle prestazioni"
COME CONTATTARE LA CENTRALE SALUTE COOPSALUTE PER UNA SEGNALAZIONE O UNA RICHIESTA	<p>a) Mediante il form on line</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dall'area riservata, clicca su "Accedi alla Centrale Salute"; • Quindi entra nella Sezione "Richiesta Informazioni" • Compilare il form on line • <p>b) Mediante Numero Verde dedicato: chiamare al numero 800.511.311, dal Lun. al Ven. dalle 8:30 alle 17:30 e il Sabato dalle ore 8:30 alle 12:30</p> <p>c) Mediante Fax: inviare un Fax al Num. 06 92912534.</p>	Pag. 7, Sez. 3, "Informazioni Generali sull'accesso alle prestazioni"
DOVE VISUALIZZARE LE STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE	<p>a) Cliccare su "Accedi alla Centrale Salute"</p> <p>b) Cliccare sul box "Strutture"</p> <p>c) Selezionare i propri parametri di ricerca</p>	Pagg. 10 e 11., Sez. 4 "Come accedere alle prestazioni erogate in forma diretta"

<p>COME RICHIEDERE L'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI IN FORMA DIRETTA</p>	<p>a) scegliere la struttura sanitaria convenzionata</p> <p>b) prenotare la prestazione presso la struttura sanitaria convenzione</p> <p>c) presentare alla Centrale Salute la richiesta di autorizzazione in forma diretta (almeno 3 gg. lavorativi prima della prestazione), caricando la richiesta direttamente sull'Health Claim on line;</p> <p>d) allegare la copia della documentazione medica necessaria</p>	<p><i>Pagg. 10-12 Sez. 4 "Come accedere alle prestazioni erogate in forma diretta"</i></p>
<p>COME RICHIEDERE IL RIMBORSO DELLE SPESE IN FORMA INDIRETTA</p>	<p>a) dopo aver effettuato le prestazioni anticipandone il pagamento alla struttura, presentare alla Centrale Salute la propria richiesta di rimborso (entro 30 giorni dall'evento);</p> <p>b) caricare la richiesta direttamente sull'Health Claim on line;</p> <p>c) allegare la copia della documentazione medica nonché le fatture di spesa.</p>	<p><i>Pagg. 13-16., Sez. 5 "Come richiedere il rimborso per le prestazioni erogate in forma indiretta"</i></p>
<p>COME ACCEDERE A EVENTUALI PACCHETTI DI PREVENZIONE IN FORMA DIRETTA (solo se previsti dal proprio piano sanitario)</p>	<p>a) Presentare alla Centrale Salute la richiesta di accesso al pacchetto di prevenzione, caricando la richiesta direttamente sull'Health Claim on line;</p> <p>b) indicare ove possibile, una data di preferenza per l'accesso alla prestazione;</p> <p>c) La Centrale Salute Vi contatterà per fissare la data di accesso alle prestazioni e fornirVi le informazioni sul Centro / Struttura convenzionata prescelta</p>	<p><i>Pag. 17, Sez. 6, "Ulteriori informazioni utili per accedere alle prestazioni"</i></p>