

PIANO SANITARIO BENESSERE

PIANI SANITARI PER IL WELFARE MUTUALISTICO

SOMMARIO

OGGETTO DELLE PRESTAZIONI RICONOSCIUTE DAL PIANO SANITARIO BENESSERE	2
A. AREA RICOVERO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO	2
1. Ricoveri per grandi interventi chirurgici a seguito di malattia e infortunio;	2
2. Periodo Pre Ricovero;	2
3. Periodo Post Ricovero;	3
4. Intervento chirurgico;	3
5. Retta di degenza;	3
6. Accompagnatore;	3
7. Ausili sanitari;	3
8. Assistenza infermieristica privata individuale;	3
9. Trasporto sanitario a seguito di intervento chirurgico;	3
10. Trapianti a seguito di malattie e infortunio;	3
11. Indennità sostitutiva di Ricovero per grandi interventi chirurgici a seguito di malattia e infortunio a carico del Sistema Sanitario Nazionale;	3
12. Ospedalizzazione domiciliare a seguito di malattia e infortunio;	3
13. Tutela speciale Neonati;	3
14. Assistenza Medica Medicinali e Cure;	4
B. AREA SPECIALISTICA:	4
15. Prestazioni di Alta Specializzazione diagnostica e strumentale;	4
16. Visite specialistiche;	4
17. Programmi di Prevenzione diagnostica	5
18. Ticket per Accertamenti Diagnostici e Pronto Soccorso;	5
C. PACCHETTO MATERNITÀ	5
19. Gravidanza;	5
20. Parto;	6
D. PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE	6
21. Assistenza infermieristica e Socio sanitaria	6
22. Trattamenti Fisioterapici Riabilitativi	6
23. Sostegno alla perdita dell'autosufficienza o decesso	7
E. ASSISTENZA ODONTOIATRICA	7
24. Prevenzione;	7
25. Avulsioni;	7
26. Cure conservative;	7
27. Impianti Osteointegrati;	7
28. Cure Odontoiatriche da Infortunio;	7
F. ACCESSO A TARIFFARI AGEVOLATI:	8
29. Il Dentista di Cooperazione Salute - Mutua CST: accesso al tariffario convenzionato del Network Odontoiatrico	8

30. Il Medico di Cooperazione Salute - Mutua CST: accesso al tariffario convenzionato del Network Sanitario	8
ELENCO A INTERVENTI CHIRURGICI.....	9
ELENCO B PRESTAZIONI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE DIAGNOSTICA E STRUMENTALE.....	10
ESCLUSIONI.....	11
FORME DI ASSISTENZA E MODALITA' DI FRUIZIONE DEI RIMBORSI.....	12
BENEFICIARI DEL PIANO SANITARIO	14
PIANI SANITARI BENESSERE E BENESSERE FAMILIARE	14
PIANO DI ASSISTENZA BASE.....	14
NORME GENERALI.....	15
CONTATTI DI MUTUA CST	16

OGGETTO DELLE PRESTAZIONI RICONOSCIUTE DAL PIANO SANITARIO BENESSERE

Mutua CST riconosce le spese sostenute dall'Iscritto, riconducibili a Malattia o Infortunio, secondo quanto previsto dalle garanzie rientranti nel presente piano sanitario **Benessere**.

A. AREA RICOVERO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO

L'Iscritto e l'avente diritto che viene ricoverato per grande intervento chirurgico (come da *Elenco A - Interventi chirurgici*, allegato al presente documento), può godere delle garanzie di seguito elencate.

La disponibilità per la presente garanzia è di € 80.000 per anno associativo.

2

1. Ricoveri per grandi interventi chirurgici a seguito di malattia e infortunio;

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento; il solo intervento di Pronto soccorso o in day-hospital non costituisce ricovero.

Assistenza in Forma Diretta

- Nel caso di utilizzo di **strutture/medici convenzionati** del Network Sanitario di Cooperazione Salute – Mutua CST: le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto/avente diritto vengono liquidate direttamente ed integralmente alle strutture stesse, fermo restando le limitazioni previste alle singole garanzie.

Assistenza in Forma Indiretta

- Nel caso di utilizzo di **strutture private/medici non convenzionati**: le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate nella misura dell'**80%** con l'applicazione di un minimo non indennizzabile pari a € **2.000,00** per intervento, fermo restando le limitazioni previste alle singole garanzie. Il rimborso avverrà nel limite di € **8.000,00** per intervento.
- Nel caso di utilizzo di **strutture del Servizio Sanitario Nazionale**: sono rimborsate integralmente le eventuali spese per ticket sanitari o trattamento alberghiero rimasti a carico dell'Iscritto. Il trattamento alberghiero esclude l'indennità sostitutiva.

2. Periodo Pre Ricovero;

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuate nei 100 giorni precedenti dall'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero (la presente

garanzia viene effettuata esclusivamente in forma rimborsuale) con un massimale previsto di 1.500 € condiviso con le spese post ricovero;

3. Periodo Post Ricovero;

Esami, accertamenti diagnostici, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali, effettuati nei 100 giorni successivi al ricovero con un massimale previsto di 1.500 € condiviso con le spese pre ricovero;

4. Intervento chirurgico;

Oneri del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio), diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi;

5. Retta di degenza;

In struttura non convenzionata, spese (non voluttuarie) rimborsate nel limite di € 300,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero;

6. Accompagnatore;

In struttura non convenzionata, spese rimborsate nel limite di € 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero;

7. Ausili sanitari;

Spesa per l'acquisto di ausili sanitari collegati all'intervento chirurgico, per un massimo di € 1.000,00 per ricovero.

8. Assistenza infermieristica privata individuale;

Spese rimborsate nel limite di € 60,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero;

9. Trasporto sanitario a seguito di intervento chirurgico;

Sono rimborsate le spese di trasporto dell'Iscritto/avente diritto in ambulanza, con unità coronaria mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di € 1.500,00 per ricovero;

10. Trapianti a seguito di malattie e infortunio;

Sono rimborsate le spese in base a quanto previsto dalle coperture per ricovero e per trasporto sanitario a seguito di intervento chirurgico con i relativi limiti in essi indicati. Nel caso di donazione da vivente, si rimborsano le spese per le prestazioni effettuate durante il ricovero del donatore;

11. Indennità sostitutiva di Ricovero per grandi interventi chirurgici a seguito di malattia e infortunio a carico del Sistema Sanitario Nazionale;

Diritto a un'indennità sostitutiva di € 50,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 30 giorni e di € 70,00 per ogni giorno di ricovero fra il 30° e il 100° giorno, per ciascun ricovero;

12. Ospedalizzazione domiciliare a seguito di malattia e infortunio;

Per un periodo di 100 giorni successivo alla data di dimissioni per ricovero indennizzabile a termini della copertura e avvenuto successivamente alla data di effetto della copertura, è previsto un rimborso delle spese, secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni, che l'Iscritto ha sostenuto per prestazioni di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica tendente al recupero della funzionalità fisica nel limite di € 5.000,00;

13. Tutela speciale Neonati;

E' garantito il rimborso delle spese per interventi chirurgici effettuati nel primo anno di vita del neonato figlio dell'Assistito, per la correzione di malformazioni congenite, comprese visite e accertamenti diagnostici pre e post intervento, nonché la retta di vitto e pernottamento dell'Accompagnatore. La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 6.000,00 per neonato;

14. Assistenza Medica Medicinali e Cure;

Sono rimborsate le prestazioni mediche, infermieristiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante periodo di ricovero.

B. AREA SPECIALISTICA:

15. Prestazioni di Alta Specializzazione diagnostica e strumentale;

Il Piano sanitario prevede il rimborso delle spese per le prestazioni di alta specializzazione diagnostica e strumentale presenti come da *Elenco B - Prestazioni di alta specializzazione diagnostica e strumentale*, allegato al presente documento, eseguite indipendentemente dal ricovero, in presenza di prescrizione del medico curante (MMG) indicante la patologia accertata o presunta per la quale la prestazione viene richiesta.

Assistenza in Forma Diretta

- Nel caso di utilizzo di **strutture/medici convenzionati** con il **Network Sanitario di Cooperazione Salute – Mutua CST**: le spese per le prestazioni vengono liquidate direttamente alle strutture, lasciando una quota a carico dell'Isritto/avente diritto di **€ 30,00** per ogni accertamento diagnostico, che dovrà essere versata dall'Isritto direttamente alla struttura convenzionata.

Assistenza in Forma Indiretta

- Nel caso di utilizzo di **strutture private** (le strutture convenzionate presentano tariffari agevolati): le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del **70%** con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 50,00** per ogni accertamento diagnostico.
- Nel caso di utilizzo di strutture del **Servizio Sanitario Nazionale**: i ticket sanitari sono rimborsati integralmente.

La disponibilità per la presente garanzia è di € 5.500 per anno associativo.

I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata nella richiesta del medico curante (MMG), pena il diniego di rimborso o dell'attivazione della forma diretta. Per aver accesso ai tariffari agevolati è necessario identificarsi presso la struttura o medici convenzionati presentando il voucher scaricabile dall'area riservata.

4

Esempio Assistenza in Forma Indiretta:

Se per una TAC in una struttura privata (convenzionata e non), l'Isritto chiede il rimborso di una fattura di € 150,00, viene applicato il minimo non indennizzabile di € 50,00. Dunque, in questo caso rimangono a suo carico € 50,00 e saranno rimborsati € 100,00.

Se per una RMN in una struttura privata (convenzionata e non), l'Isritto chiede il rimborso di una fattura di € 350,00: il 30% di € 350,00 è € 105,00. In questo caso rimangono a suo carico € 105,00 e saranno rimborsati € 245,00.

Per una TAC in SSN, il ticket viene rimborsato integralmente.

Presso le strutture/medici convenzionati è possibile accedere a tariffari agevolati. Per aver accesso ai tariffari agevolati è necessario identificarsi presso le strutture/medici convenzionati presentando il voucher scaricabile dall'area riservata..

16. Visite specialistiche;

Il Piano sanitario prevede il rimborso delle spese per le visite specialistiche, in presenza di prescrizione del medico curante (MMG) indicante la patologia presunta o accertata per la quale la visita viene richiesta

Assistenza in Forma Diretta

- Nel caso di utilizzo di **strutture convenzionate/medici** con il **Network Sanitario di Cooperazione Salute – Mutua CST**: le spese per le prestazioni vengono liquidate direttamente alle strutture, lasciando una quota a carico dell'Isritto/avente diritto di **€ 30,00** per ogni accertamento diagnostico, che dovrà essere versata dall'Isritto direttamente alla struttura convenzionata.

Assistenza in Forma Indiretta

- Nel caso di utilizzo di **strutture private (le strutture convenzionate presentano tariffari agevolati)**: le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del **70%** con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 50,00** per ogni visita specialistica.
- Nel caso di utilizzo di strutture del **Servizio Sanitario Nazionale**: rimborso integrale dei ticket sanitari.

La disponibilità per la presente garanzia è di € 800 per anno associativo.

I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata nella richiesta del medico curante (MMG), pena il diniego di rimborso o della assistenza diretta. Per aver accesso ai tariffari agevolati è necessario identificarsi presso la struttura o medici convenzionati presentando il voucher scaricabile dall'area riservata

Esempio Assistenza in Forma Indiretta:

Se per una Visita ortopedica in una struttura privata (convenzionata e non), l'Isritto chiede il rimborso di una fattura di € 100,00, viene applicato il minimo non indennizzabile di € 50,00. Dunque, in questo caso rimangono a suo carico € 50,00 e saranno rimborsati € 50,00.

Se per una Visita ortopedica in una struttura privata (convenzionata e non), l'Isritto chiede il rimborso di una fattura di € 250,00: il 30% di € 250,00 è € 75,00. In questo caso rimangono a suo carico € 75,00 e saranno rimborsati € 175,00.

Per una Visita ortopedica in SSN, il ticket viene rimborsato integralmente.

Presso le strutture/medici convenzionati è possibile accedere a tariffari agevolati. Per aver accesso ai tariffari agevolati è necessario identificarsi presso le strutture/medici convenzionati presentando il voucher scaricabile dall'area riservata..

17. Programmi di Prevenzione diagnostica

Il Piano sanitario prevede la possibilità di effettuare in forma di **assistenza indiretta** le prestazioni di prevenzione diagnostica sottoelencate presso le strutture sanitarie/medici del Network Sanitario di Cooperazione Salute – Mutua CST. Queste prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione.

- **Sindrome Metabolica** - prestazioni previste per uomini e donne che possono essere effettuate a cadenza semestrale: colesterolo HDL, colesterolo totale, glicemia, trigliceridi.
- **Prevenzione Cardiovascolare** - prestazioni previste per donne e uomini una volta l'anno: esame emocromocitometrico completo, velocità di eritrosedimentazione (VES), glicemia, azotemia (Urea), creatininemia, colesterolo totale e colesterolo HDL, alaninaminotransferasi (ALT/GPT), aspartatoaminotransferasi (AST/GOT), trigliceridi, Gamma GT, PTT (Tempo di tromboplastina parziale), PT (Tempo di protrombina), esame delle urine, elettrocardiogramma di base.

18. Ticket per Accertamenti Diagnostici e Pronto Soccorso;

Rimborso integrale dei ticket sanitari per accertamenti diagnostici – diversi da quelli previsti al punto 4 - conseguenti a malattia o a infortunio effettuati nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale e dei ticket di Pronto Soccorso relativi alle casistiche di maggiore complessità e quindi esclusi i codici bianchi.

La disponibilità per la presente garanzia è di € 800 per anno associativo.

C. PACCHETTO MATERNITÀ

19. Gravidanza;

Rimborso delle spese sostenute in forma diretta o indiretta, per esami di laboratorio ed accertamenti diagnostici quali ecografie, amniocopia, amniocentesi e villocentesi, visite specialistiche di controllo sull'andamento della gravidanza, dietro presentazione di certificato medico che attesta lo stato di gravidanza.

Assistenza in Forma Diretta

- Nel caso di utilizzo di **strutture convenzionate/medici** con il **Network Sanitario di Cooperazione Salute – Mutua CST**: le spese per le prestazioni vengono liquidate direttamente alle strutture, lasciando una quota a carico dell’Iscritto/avente diritto di **€ 30,00** per ogni accertamento diagnostico, che dovrà essere versata dall’Iscritto/avente diritto direttamente alla struttura convenzionata.

Assistenza in Forma Indiretta

- Nel caso di utilizzo di **strutture private (le strutture convenzionate presentano tariffari agevolati)**: le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del **70%** con l’applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 50,00** per ogni visita specialistica.
- Nel caso di utilizzo di strutture del **Servizio Sanitario Nazionale**: rimborso integrale dei ticket sanitari.

20. Parto;

In occasione del parto, l’Iscritta/avente diritto avrà diritto ad un’indennità di € 70,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 5 giorni per ricovero. Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante pernottamento: pertanto, si provvede a corrispondere l’importo di cui sopra per ogni notte trascorsa all’interno dell’Istituto di cura. Tale indennità verrà corrisposta anche in caso di ricovero per aborto terapeutico.

Per il parto domiciliare è previsto un sussidio forfettario di € 150,00.

La disponibilità per la presente garanzia è di € 800 per anno associativo.

I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono essere accompagnate da un certificato medico che attesta lo stato di gravidanza/ certificato di ricovero ospedaliero per il parto.

Per aver accesso ai tariffari agevolati è necessario identificarsi presso la struttura o medici convenzionati presentando il voucher scaricabile dall’area riservata..

D. PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE

21. Assistenza infermieristica e Socio sanitaria

Interventi sanitari a domicilio per terapia medica e/o specialistica, infermieristica, mobilizzazioni, prelievi, rilievi dei parametri biologici, fisioterapia e riabilitazione a seguito di ricovero con degenza ospedaliera notturna si rimborsa il 50% delle spese sostenute.

La disponibilità per la presente garanzia è di € 1.750 per anno associativo.

22. Trattamenti Fisioterapici Riabilitativi

Assistenza per i trattamenti fisioterapici a fini riabilitativi a seguito di infortunio accertato dal Pronto Soccorso con prognosi superiore a 10 giorni. Per l’attivazione della garanzia è necessaria la presenza di un certificato di Pronto Soccorso.

Nel caso in cui la necessità di trattamenti fisioterapici esclusivamente a fini riabilitativi dipendesse da patologie quali Ictus cerebrale, Forme neoplastiche, Forme neurologiche degenerative o neuro miopatiche (Alzheimer, morbo di Parkinson, SLA), all’insorgere della patologia verrà corrisposta una somma forfettaria a titolo di una tantum di € 350,00.

Assistenza in Forma Diretta

- Nel caso di utilizzo di **strutture/professionisti convenzionati** con il Network Sanitario di Cooperazione Salute – Mutua CST: le spese per le prestazioni vengono liquidate direttamente alle strutture, senza applicazioni di importi a carico dell’Iscritto.

Assistenza in Forma Indiretta

- Nel caso di utilizzo di strutture **private** (le strutture convenzionate presentano tariffari agevolati): le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell’ **80%** con l’applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 100,00** per ogni fattura/persona.
- Nel caso di utilizzo di **strutture del Servizio Sanitario Nazionale**: rimborso integrale dei ticket sanitari senza applicazione di franchigie.

La disponibilità per la presente garanzia è di € 700 per anno associativo.

Per l'attivazione della forma diretta e per il rimborso l'Isritto dovrà presentare il certificato di Pronto Soccorso. Per ottenere il rimborso è necessario che i documenti di spesa (fatture e ricevute) riportino l'indicazione della specialità del medico la quale dovrà risultare attinente alla patologia denunciata nella richiesta del medico curante (MMG) o del medico specialista. Per l'una tantum all'insorgere della patologia, l'Isritto dovrà presentare la prescrizione del medico di base (MMG) contenente la descrizione della patologia (tempi e casistica) che attesti la inabilità. Non rientrano in garanzia prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico. Le prestazioni fisioterapiche e riabilitative a seguito di infortunio possono essere riconosciute entro un massimo di 12 mesi dal verificarsi dell'infortunio accertato dal Pronto Soccorso. Non possono essere riconosciute per patologie croniche o cronicizzate.

Per aver accesso ai tariffari agevolati è necessario identificarsi presso la struttura o medici convenzionati presentando il voucher scaricabile dall'area riservata.

23. Sostegno alla perdita dell'autosufficienza o decesso

In caso di sopravvenuto stato di non autosufficienza causato da infortunio, malattia o senescenza, gli assistiti potranno usufruire di un sussidio straordinario denominato "sostegno alla perdita dell'autosufficienza". Il sussidio è erogabile in caso di invalidità permanente superiore o pari al 66% e di impossibilità fisica, totale, permanente e clinicamente accertata, di poter compiere in maniera autosufficiente almeno tre dei sei seguenti atti elementari del vivere quotidiano: nutrirsi, lavarsi, vestirsi e svestirsi, essere continenti, usare correttamente i servizi igienici, spostarsi. Per ottenere il sussidio i familiari dell'Isritto devono farne richiesta a Mutua CST inviando un certificato del medico curante che attesti la perdita della capacità di svolgere autonomamente almeno tre dei citati atti elementari del vivere quotidiano o presentando altra documentazione rilasciata dall'ASL o da INAIL o INPS attestante l'invalidità permanente, specificando l'origine accidentale o patologica dell'affezione che ha causato la perdita dell'autosufficienza. Mutua CST si riserva la possibilità di effettuare una visita fiscale con un proprio medico di fiducia. Al momento della richiesta di sussidio, lo stato di non autosufficienza deve essersi verificato successivamente alla decorrenza della copertura.

E' previsto un sussidio in caso di decesso dell'Isritto, erogabile una tantum ai familiari conviventi nella misura di € 2.500,00 una tantum. Il decesso può essere stato causato sia da malattia, sia da infortunio (esclusi decessi causati da azioni delittuose e suicidio del dipendente).

Il sussidio è erogabile una tantum nella misura di € 2.500.

E. ASSISTENZA ODONTOIATRICA

24. Prevenzione;

Una volta all'anno, viene riconosciuto il rimborso della spesa per una seduta di ablazione semplice del tartaro del valore di € 35,00 sostenuta **presso una struttura/dentista del Network Odontoiatrico Convenzionato di Cooperazione Salute - Mutua CST.**

25. Avulsioni;

E' previsto il rimborso di euro 50,00 delle prestazioni di Avulsione (estrazione) fino ad un massimo di tre denti all'anno.

26. Cure conservative;

E' previsto il rimborso delle prestazioni di otturazione carie € 50,00 per un massimo di tre trattamenti/anno

27. Impianti Osteointegrati;

Viene riconosciuto un sussidio fino ad un massimo di € 350,00 a impianto, dietro presentazione documentazione di spesa e della fornitura odontoiatrica, per un massimo di 1.050,00 anui.

28. Cure Odontoiatriche da Infortunio;

In caso di infortunio certificato dal Pronto Soccorso Pubblico, viene riconosciuto un rimborso fino a € 1.500,00 all'anno per Iscritto, fino ad un massimo del 50% della fattura del dentista, fatta salva la rivalsa per responsabilità di terzi. La prestazione dovrà essere effettuata entro 6 mesi dalla data dell'infortunio.

La disponibilità per la presente garanzia è di € 1.050 per anno associativo escluse le cure odontoiatriche da infortunio.

Saranno prese in considerazione solo fatture fiscali emesse da medici Odontoiatri regolarmente iscritti negli Albi dei Medici Chirurghi e Odontoiatri.

Per ottenere il rimborso di cui ai punti 25, 26, 27, 28 è necessario produrre copia della fattura del dentista da cui si rilevi il dettaglio analitico delle prestazioni eseguite e dei denti su cui è intervenuto, le ortopantomografie e la documentazione radiografica pre e post prestazione. Il rimborso non può essere riconosciuto per lo stesso dente per non più di una volta ogni 5 anni. Nell'ipotesi di rigetto non è ammesso nuovamente il rimborso per un nuovo impianto sullo stesso dente. Non potranno essere prese in esame fatture per prestazioni odontoiatriche iniziate ed eseguite prima della decorrenza della copertura.

F. ACCESSO A TARIFFARI AGEVOLATI:

29. Il Dentista di Cooperazione Salute - Mutua CST: accesso al tariffario convenzionato del Network Odontoiatrico

Il servizio permette all'Iscritto di accedere al Network Odontoiatrico convenzionato di Cooperazione Salute - Mutua CST e di ottenere le visite/cure odontoiatriche con applicazione di un nomenclatore tariffario con un costo fino al 70% inferiore rispetto al mercato.

L'accesso alla rete sarà possibile per l'Iscritto senza un limite massimo di accessi.

30. Il Medico di Cooperazione Salute - Mutua CST: accesso al tariffario convenzionato del Network Sanitario

Possibilità per l'Iscritto di accedere ai tariffari agevolati presso le strutture sanitarie convenzionate con il Network Sanitario di Cooperazione Salute - Mutua CST. Per aver accesso ai tariffari agevolati è necessario identificarsi presso la struttura o medici convenzionati presentando il voucher scaricabile dall'area riservata

L'accesso alla rete sarà possibile per l'Iscritto senza un limite massimo di accessi.

ELENCO A INTERVENTI CHIRURGICI

NEUROCHIRURGIA

Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
Interventi di cranioplastica
Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
Asportazione tumori dell'orbita
Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore
Interventi sul plesso brachiale

CHIRURGIA GENERALE

Intervento per asportazione tumore maligno della mammella con eventuale applicazione di protesi

OCULISTICA

Interventi per neoplasie del globo oculare
Intervento di enucleazione del globo oculare

OTORINOLARINGOIATRIA

Asportazione di tumori maligni del cavo orale
Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
Interventi demolitivi del laringe (intervento di laringectomia totale parziale)
Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale e mascellare
Ricostruzione della catena ossiculare
Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

CHIRURGIA DEL COLLO

Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

CHIRURGIA DELL'APPARATO

RESPIRATORIO

Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
Interventi per fistole bronchiali
Interventi per echinococchi polmonare
Pneumectomia totale o parziale
Interventi per cisti o tumori del mediastino

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

Interventi sul cuore per via toracotomica
Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale
Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi

Asportazione di tumore glomico carotideo

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
Intervento per mega-esofago
Resezione gastrica totale

Resezione gastro-digiunale

Intervento per fistola gastro-digiunocolica
Colectomie totali, emicolectomie e resezioni retto-coliche per via anteriore (con o senza colostomia)
Interventi di amputazione del retto-ano
Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
Drenaggio di ascesso epatico
Interventi per echinococchi epatica
Resezioni epatiche
Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
Interventi chirurgici per ipertensione portale
Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
Interventi per neoplasie pancreatiche
Interventi chirurgici sull'ano e sul retto per patologie oncologiche maligne per via endoscopica
Interventi su bocca, faringe, laringe per patologie oncologiche maligne
Interventi sul pancreas, fegato e reni per patologie oncologiche maligne

UROLOGIA

Nefroureterectomia radicale
Surrenalectomia
Interventi di cistectomia totale
Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
Cistoprostatovesicolectomia
Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica trans-sacrale
Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare

GINECOLOGIA

Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Interventi per costola cervicale
Interventi di stabilizzazione vertebrale
Interventi di resezione di corpi vertebrali
Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE
Interventi di chirurgia oro maxillo-facciale per mutilazioni del viso conseguenti ad infortunio che comportino una riduzione delle capacità funzionali >25%

TRAPIANTI DI ORGANO

Tutti

ELENCO B PRESTAZIONI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE DIAGNOSTICA E STRUMENTALE

RADIOLOGIA CONVENZIONALE (SENZA CONTRASTO)

Rx mammografia e/o bilaterale
Rx di organo apparato
Rx esofago ed RX esofago esame diretto
Rx tenue seriato
Rx tubo digerente e prime vie/seconde vie
Stratigrafia (di organi e apparati)

RADIOLOGIA CONVENZIONALE (CON CONTRASTO)

Angiografia (compresi gli esami radiologici apparato circolatorio)
Artrografia
Broncografia
Cisternografia
Cavernosografia
Cistografia/doppio contrasto
Cisturografia menzionale
Clisma opaco e/a doppio contrasto
Colangiografia percutanea
Colangiopancreatografia retrograda
Colecistografia
Colonscopia
Colpografia
Coronarografia
Dacriocistografia
Defecografia
Discografia
Esami radiologici apparato circolatorio
Esame urodinamico
Fistolografia
Flebografia
Fluorangiografia
Galattografia
Gastrosopia
Isterosalpingografia
Linfografia
Mielografia
Pneumoencefalografia
Retinografia
Rx esofago con contrasto opaco/doppio contrasto
Rx piccolo intestino/stomaco con doppio contrasto
Rx stomaco con doppio contrasto
Rx tenue a doppio contrasto con studio selettivo
Rx tubo digerente completo compreso esofago con contrasto
Scialografia con contrasto
Splenoportografia
Uretrocistografia
Ureterosopia
Urografia
Vesciculodeferentografia
Wirsungrafia

ALTA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI (ECOGRAFIA)

Ecografia

ECOCOLORDOPPLERGRAFIA

Ecodoppler cardiaco compreso color
Ecocolor Doppler aorta addominale
Ecocolor Doppler arti inferiore e superiori
Ecocolor Doppler tronchi sovraortici

TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC)

Angio tc
Angio tc distretti eso o endocranici
Tc spirale multistrato (64 strati)
Tc con e senza mezzo di contrasto

RISONANZA MAGNETICA (RM)

Cine RM cuore
Angio RM con contrasto
RMN con e senza mezzo di contrasto

PET

Tomografia ad emissione di positroni (pet) per organo distretto apparato
Scintigrafia (medicina nucleare in vivo)
Tomo scintigrafia SPET miocardica
Miocardioscintigrafia
Scintigrafia qualunque organo/apparato
Scintigrafia totale corporea con cellule autologhe marcate

DIAGNOSTICA STRUMENTALE

Elettromiografia
Elettrocardiogramma (ECG) dinamico con dispositivi analogici (holter)
Elettroencefalogramma (EEG) con privazione del sonno
Elettroencefalogramma (EEG) dinamico 24 ore
Elettroretinogramma
Monitoraggio continuo (24 ore) della pressione arteriosa
Fimetria esofagea e gastrica
Poterziali evocati
Spirometria
Tomografia mappa strumentale della cornea

ALTRE PRESTAZIONI SANITARIE DIAGNOSTICHE (BIOPSIE)

Mapping vescicale

ENDOSCOPIE DIAGNOSTICHE

Colecistopancreatografia retrograda per via endoscopica diagnostica (C.P.R.E.)
Cistoscopia diagnostica
Esofagogastroduodenoscopia
Rettosigmoidoscopia diagnostica
Tracheobroncoscopia diagnostica

ESCLUSIONI

I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata nella richiesta del medico curante / del medico specialista, pena il diniego del rimborso o dell'attivazione della forma diretta.

Sono esclusi dalla copertura sanitaria, salvo deroghe specifiche indicate per ciascuna tipologia di prestazione prevista dal piano sanitario, le prestazioni relative a:

- conseguenze dirette di infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici anteriori alla decorrenza del piano sanitario, ad eccezione degli interventi per i bambini che non abbiano superato il primo anno di età;
- cure non rientranti nei protocolli riconosciuti dall'OMS, dell'ISS o svolte da soggetti non in possesso di abilitazione riconosciuta;
- Visite specialistiche odontoiatriche, ortodontiche, pediatriche, psichiatriche, psicoterapeutiche. Sono altresì escluse dalla copertura le visite eseguite da soggetti non in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione medica;
- test genetici prenatali su DNA fetale;
- cure e interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla sottoscrizione del piano sanitario;
- cure delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici, ad esclusione di specifiche deroghe, ove previste nei singoli piani sanitari;
- cure e interventi odontoiatrici diversi da quanto previsto dal piano sanitario;
- prestazioni di radiologia odontoiatrica;
- infortuni e intossicazioni conseguenti ad ubriachezza, anche nel suo stato iniziale di ebbrezza, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni, nonché le malattie correlate al consumo di stupefacenti e all'uso di alcool e sostanze psicotrope;
- infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi, sport aerei in genere, corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche e motonautiche o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
- cure e interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale;
- Prestazioni eseguite per il rilascio di certificazioni;
- interventi di chirurgia plastica a scopo estetico salvo quelli a scopo ricostruttivo da infortunio o conseguente ad intervento chirurgico oncologico (limitatamente alla sede anatomica di lesione);
- degenze in case di riposo, in strutture di lungodegenza o residenze sanitarie assistenziali, di convalescenza, di soggiorno, stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, dietologici o del benessere;
- ricoveri per stati vegetativi, ricoveri per lunga degenza ovvero quelli determinati da condizioni fisiche dell'Aderente che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che diano luogo alla permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- ricoveri e day hospital durante i quali vengono effettuati solo accertamenti diagnostici o terapie fisiche che, per la loro natura, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- conseguenze derivanti da guerra, insurrezione, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;
- conseguenze dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche salvo che siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche.

GLOSSARIO

Ricoveri: per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento; solo intervento di Pronto soccorso o in day-hospital non costituisce ricovero.

Assistenza Forma Diretta: modalità di erogazione delle prestazioni dove Mutua CST paga direttamente alla struttura sanitaria e ai medici chirurghi convenzionati – senza anticipo di spesa da parte dell’Iscritto – il costo delle prestazioni indennizzabili a termini di piano sanitario al netto della quota prevista nel piano che rimane a carico dell’Iscritto

Assistenza Forma Indiretta: l’Assistenza in Forma Indiretta prevede il rimborso delle spese sanitarie sostenute dall’Iscritto in base a quanto previsto dal Piano.

Strutture Cooperative Convenzionate del Network Sanitario e Odontoiatrico di Cooperazione Salute - Mutua CST: le strutture sanitarie/medici riconducibili al sistema di Confcooperative che erogano, se attivate, le prestazioni in forma diretta e dove è possibile rivolgersi per l’assistenza in forma indiretta.

Strutture Convenzionate con il Network Sanitario e Odontoiatrico di Cooperazione Salute - Mutua CST: le strutture sanitarie/medici non cooperative che erogano, se attivate, le prestazioni in in forma diretta e dove è possibile rivolgersi per l’assistenza in forma indiretta.

MMG: Medico di Medicina Generale, il medico scelto nell’elenco delle ASL dal cittadino tra quelli operanti nell’ambito territoriale di residenza e che presta il primo livello di assistenza sanitaria sul territorio.

FORME DI ASSISTENZA E MODALITA’ DI FRUIZIONE DEI RIMBORSI

a. Definizioni

Assistenza in Forma Diretta. Ti permette di ottenere le prestazioni che ti sono state prescritte dal Medico di Medicina Generale o da altro medico specialista presso una struttura convenzionata al Network di Cooperazione Salute – Mutua CST, senza anticipare l’intera spesa ma versando solamente eventuali franchigie che il Piano sanitario lascia a tuo carico.

Gli elenchi delle strutture convenzionate con Cooperazione Salute sono consultabili nell’Area Riservata.

Assistenza in Forma Indiretta. Ti permette di ottenere il rimborso di spese sanitarie già sostenute, delle quali si è conservata la fattura/notula di spesa e una prescrizione medica, nei limiti e nelle modalità previste dal Piano Sanitario.

Accesso ai tariffari agevolati del Network convenzionato. Ti permette di ottenere le prestazioni di cui necessiti a tariffe agevolate rispetto ai prezzi di mercato, indipendentemente dal fatto che quelle prestazioni siano o meno rimborsabili dal Piano sanitario.

b. Iscrizione all’Area Riservata di Mutua CST

Direttamente dal sito www.mutuacst.it e cliccando sull’icona di accesso all’Area Riservata, in alto a destra: inserire i proprio dati, il proprio codice fiscale e seguendo la procedura guidata di prima registrazione. Il sistema invierà una mail (all’indirizzo inserito) per ricevere la conferma dei dati inseriti e definire le credenziali di accesso all’area riservata.

Qui è possibile:

- Consultare il Piano Sanitario;
- Consultare l’elenco delle strutture convenzionate e contattarle per un appuntamento;
- Inviare una richiesta di rimborso, senza stampare e compilare moduli cartacei;
- Richiedere una prestazione in forma diretta;
- Consultare lo stato di lavorazione delle pratiche;
- Acquisire la comunicazione annuale riepilogativa, con gli estremi delle fatture e/o notule di spesa; dati

utili per usufruire delle detrazioni fiscali su quella parte di spesa non rimborsata e rimasta effettivamente a carico.

c. Assistenza in Forma Diretta e Indiretta

Assistenza in Forma Diretta

Per usufruire dell'Assistenza in Forma Diretta, è necessario seguire un preciso iter:

- a. **Individuare** una struttura fra quelle convenzionate: le strutture convenzionate sono disponibili alla Consultazione nell'Area Riservata;
- b. **Contattare** la struttura scelta per richiedere una prestazione in forma diretta, da parte di un medico/professionista convenzionato con Cooperazione Salute – Mutua CST, e prenotare.
- c. Successivamente alla prenotazione, inviare a Mutua CST la **“Richiesta di Prestazioni in Forma Diretta”** unitamente alla copia della prescrizione del Medico di Medicina Generale / del medico specialista, almeno **5 giorni** lavorativi prima della prestazione:
 - tramite Area riservata, dal sito www.mutuacst.it, compilando il form online, selezionando l'anagrafica dell'avente diritto e allegando copia della prescrizione medica. Mutua CST fornirà, a te (in Area Riservata) e alla Struttura, l'**autorizzazione** a beneficiare del servizio.
- d. Dovrai sempre presentarsi presso la struttura convenzionata con un documento di identità in corso di validità. Al termine della prestazione sanitaria dovrai **saldare** presso la struttura la quota di sua competenza indicata sul modulo di autorizzazione di Mutua CST.

L'assistenza in forma diretta è possibile unicamente quando si presentino tutte e tre le seguenti condizioni: ove prevista dal Piano Sanitario del beneficiario, se autorizzata da Mutua CST e presso strutture convenzionate con medici convenzionati al Network Sanitario e/o Odontoiatrico di Cooperazione Salute – Mutua CST.

Assistenza in Forma Indiretta

L'Assistenza in Forma Indiretta prevede il rimborso delle spese sanitarie sostenute in base a quanto previsto dal Piano. Per richiedere un rimborso devi far pervenire a Mutua CST entro **60 giorni** di calendario dall'evento sanitario (fa fede la data della fattura/notula o la data di dimissioni per richieste di indennizzo) e, per le spese sostenute nel mese di dicembre, non oltre il **31 gennaio** dell'anno successivo, la seguente documentazione:

- Il modulo di **“Richiesta rimborso in Forma Indiretta”** correttamente compilato; Per le richieste di rimborso inviate da Area riservata i dati si compilano direttamente nel form online;
- La copia della documentazione medica che giustifica la fattura/notula di spesa: prescrizione del medico di base, certificazione del medico specialista (sia per le prestazioni eseguite privatamente che in regime Ssn);
- La copia della fattura/ della notula di spesa/lettera di dimissioni.

La richiesta di rimborso potrà essere presentata a Mutua CST nei seguenti modi:

- a. Tramite Area riservata (*modalità consigliata*) dal sito www.mutuacst.it compilando il form online e allegando copia della prescrizione medica e fattura/notula
- b. Via E-mail: invio della documentazione in un UNICO file PDF al seguente indirizzo: rimborsi@mutuacst.it;

Nel caso in cui si disponesse di **altre forme di copertura sanitaria** oltre a quella del SSN, l'Assistito si impegnerà a comunicare a Mutua CST l'importo degli eventuali rimborsi percepiti da altri Enti per lo stesso evento per cui presenta richiesta alla mutua.

Al momento dell'apertura della pratica, utilizzando il tuo contatto e-mail, Mutua CST invierà una comunicazione riportante la data di ricezione della documentazione ed il numero di protocollo assegnato. In caso di documentazione incompleta, verrai contattato direttamente e avrà a disposizione **10 giorni** di calendario per **integrare la documentazione** incompleta e/o non esaustiva. A conclusione della pratica,

sempre via E-mail, ti verrà comunicato l'esito della richiesta. In caso di esito negativo, verrà comunicata la ragione del diniego del rimborso (prestazione non prevista dal piano, richiesta rimborso tardiva o incompleta, sforamento massimali, irregolarità, abusi, controversie, ecc.).

Mutua CST mette a disposizione **nell'Area riservata** degli Iscritti la possibilità di produrre in qualsiasi momento la comunicazione riepilogativa con gli estremi delle fatture e/o notule di spesa. Questi dati serviranno all'Assistito per poter usufruire delle detrazioni fiscali su quella parte di spesa non rimborsata e rimasta effettivamente a suo carico

BENEFICIARI DEL PIANO SANITARIO

Il Piano Sanitario Benessere è rivolto esclusivamente ai Soci maggiorenni della Associazione "Cassa Mutua Valsugana e Tesino APS" che alla decorrenza dello stesso non abbiano già compiuto 70 anni. L'attivazione e gestione del Piano Sanitario concordato in favore dei soci prevede l'adesione totale dei soci dell'Associazione sopra menzionati e si perfeziona mediante il pagamento del contributo di iscrizione richiesto. Per gli iscritti già in copertura al raggiungimento del 70° anno di età la copertura potrà essere rinnovata fino al compimento del 75° anno di età. Tuttavia, per gli iscritti che raggiungano tale età durante il periodo di copertura, il Piano Sanitario mantiene la sua validità fino alla scadenza dell'annualità in corso.

Per i Soci dell'Associazione che in fase di prima iscrizione hanno già compiuto i 70 anni e per i Soci che hanno raggiunto i 75 anni sarà possibile proseguire nel rapporto con Mutua CST aderendo al Piano di Assistenza Base che prevede l'accesso ai tariffari agevolati nel Network sanitario e odontoiatrico di Cooperazione Salute – Mutua CST.

PIANI SANITARI BENESSERE E BENESSERE FAMILIARE

Il *Piano sanitario Benessere* è valido per il Socio della Associazione regolarmente Iscritto. Quest'ultimo può scegliere di includere nella copertura anche il proprio Nucleo Familiare, in tal caso il Socio dovrà aderire al *Piano sanitario Benessere Familiare* e i familiari assumeranno la qualifica di Avente diritto. Il Socio che intende passare dal piano sanitario individuale (*Piano Benessere*) al piano per il nucleo familiare (*Piano Benessere Familiare*) lo potrà fare esclusivamente in fase di prima iscrizione oppure entro il 31 dicembre di ciascun anno con decorrenza dal 1 gennaio dell'anno successivo, comunicando tale intenzione all'Associazione unitamente ai dati dei propri familiari. Il piano per il nucleo familiare prevede le medesime condizioni del piano sanitario individuale mentre i massimali sono condivisi tra tutti i componenti del nucleo familiare, sarà quindi possibile per il Socio e per gli aventi diritto presentare richieste di assistenza diretta ed indiretta intestate a se stesso e ai componenti del proprio nucleo familiare.

Per Nucleo Familiare si intende: il titolare, il coniuge o il convivente more uxorio o la persona unita civilmente ai sensi della L 20 maggio 2016 n.76 ss.mm., i figli legittimi, naturali riconosciuti, adottivi, affidati o affiliati, minorenni. I figli, come sopra definiti, fino al compimento del ventiseiesimo anno di età se fiscalmente a carico. I figli, come sopra definiti, maggiori di ventisei anni se permanentemente inabili al lavoro e non percettori di reddito. Per l'adesione del nucleo familiare è richiesta un'autocertificazione da parte dell'Socio.

PIANO DI ASSISTENZA BASE

Il Piano di Assistenza Base prevede l'accesso ai tariffari agevolati del Network Sanitario e Odontoiatrico di Cooperazione Salute - Mutua CST. Il Piano di Assistenza Base è incluso nel Piano sanitario Benessere e nel Piano Sanitario Benessere Famiglia. Per i Soci dell'Associazione che in fase di prima iscrizione hanno già compiuto i 70 anni e per i Soci che hanno raggiunto i 75 anni sarà possibile proseguire nel rapporto con Mutua CST aderendo al Piano di Assistenza Base.

NORME GENERALI

Attivazione della copertura

Fatto salvo il versamento dei contributi dovuti, l'attivazione della copertura sanitaria avviene secondo due modalità:

- Attivazione della copertura sanitaria a inizio anno (entro e non oltre il 31 gennaio di ciascun anno), con validità dal 1° gennaio al 31 dicembre.
- Attivazione della copertura sanitaria in corso d'anno dopo il 31 gennaio, con validità dal primo giorno del mese successivo.

Estensione territoriale

La copertura vale in Italia

Evasione pratiche e tempi di liquidazione

Mutua CST garantisce che i tempi di liquidazione nell'assistenza in forma indiretta (attraverso accredito diretto sui c/c degli assistiti) sono di. 60 giorni di calendario dalla data del protocollo.

Tutela dati personali

A seguito dell'informativa scritta rilasciata da Mutua CST al momento dell'iscrizione al Fondo e al momento della richiesta degli iscritti di attivazione della forma diretta e/o della richiesta di rimborso, tutte le informazioni e i documenti richiesti sulla base del seguente Regolamento, sono tutelati ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE 2016/679.

Controlli

Mutua CST al fine di accertare il diritto dell'Iscritto alle prestazioni si riserva la facoltà di esercitare ogni controllo ed ogni accertamento tramite medici di propria fiducia o istituzioni pubbliche o private. Il rifiuto di presentare la documentazione richiesta o l'opposizione agli eventuali accertamenti decisi da Mutua CST comportano la decadenza del diritto alle prestazioni

Chiarimenti e reclami

In caso di richieste di chiarimenti o reclami sulla ammissibilità delle prestazioni, o relativi alla misura dei rimborsi, da parte dei beneficiari della copertura sanitaria, sarà Mutua CST attraverso i suoi organi a provvedere a fornire le risposte all'Iscritto. In caso di ulteriore contenzioso, prima dell'eventuale ricorso all'autorità giudiziaria, Mutua CST e l'Iscritto si impegnano ad esperire un tentativo di conciliazione sottoponendo il caso ad una Commissione di Conciliazione appositamente costituita e formata da due medici, uno nominato da Mutua CST e l'altro dall'Iscritto. La Commissione esamina i casi ad essa sottoposti ed esprime il proprio parere che verrà comunicato all'Iscritto. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il proprio medico designato.

CONTATTI DI MUTUA CST

Molte delle informazioni che cerchi sono facilmente reperibili sul nostro sito internet!

www.mutuacst.it

Puoi consultare il tuo piano sanitario, avere informazioni sulle modalità di assistenza e scaricare la modulistica per le tue richieste di rimborso.

Ti è rimasto qualche dubbio che credi di poter risolvere rapidamente con una semplice comunicazione?

Inviaci la tua Richiesta Informazioni direttamente dalla Home page o dalla sezione Contatti del nostro Sito www.mutuacst.it, tramite Area Riservata oppure tramite e-mail all'indirizzo info@mutuacst.it

Desideri ricevere assistenza telefonica?

Prenota l'assistenza telefonica chiamando lo 0461 1975140 Sarai richiamato, in orario d'ufficio, entro un giorno lavorativo al numero di telefono da cui ci hai chiamato. Faremo due tentativi per contattarti, dopodiché sarà necessario prenotare nuovamente l'assistenza telefonica.

Indirizzo di Mutua CST

Mutua CST - Fondo Sanitario
Via Segantini, 10 – Trento
info@mutuacst.it