



UILCA GRUPPO MPS *FOCUS*

ANNO XXI - NUMERO I

MAR - 2021

In questo numero parliamo di...

Polizza Sanitaria 2021...

Carissime Iscritte,
Carissimi Iscritti,

in questo numero di *UILCA Gruppo MPS Focus* abbiamo effettuato una sintesi delle principali caratteristiche della Polizza Sanitaria per i dipendenti della Banca.

E' stato confermato anche per il 2021 il piano di Rimborso delle spese mediche con le stesse coperture, massimali, franchigie e lo stesso regime assicurativo con Poste Assicura del biennio precedente.

Nella seconda parte presentiamo un riassunto della Polizza Covid-19, introdotta nel 2020 per tutti i dipendenti del Gruppo, confermata integralmente anche per il 2021.

[Raccomandiamo in ogni caso, per completezza di informazioni, una lettura integrale della normativa di riferimento "Programma spese mediche per i dipendenti della banca" \(D1557\), insieme al Manuale Caspie ed ai disciplinari caricati presso la propria Anagrafica su Caspieonline.](#)

Buona lettura

Lucia Rinaldi
Comitato di redazione

SOMMARIO:

Editoriale di Lucia Rinaldi	1
Programma di rimborso spese mediche per i Dipendenti della Banca	2
Contatti Caspie	3
Nucleo familiare assistito	4
Familiari fiscalmente non a carico	5
Prestazioni	6
Richiesta in forma diretta	7
Richiesta in forma indiretta	8
Documentazione necessaria	9
Medicina preventiva e cure dentarie	10
Pacchetto COVID19	11



Programma spese mediche per i Dipendenti della Banca

Documento 1557 Normativa Aziendale Banca Monte dei Paschi di Siena S.p.A

La Banca garantisce al Personale un Programma di rimborso delle spese mediche sostenute a seguito di malattia, infortunio e medicina preventiva, in regime assicurativo con POSTE ASSICURA per il tramite della Cassa di Assistenza Sanitaria CASPIE.

Sono ammesse al rimborso le **spese sostenute nelle strutture sanitarie di tutto il mondo.**

Il Programma di Rimborso Spese Mediche (RSM) è adottato per il 2021 dalla Banca MPS per garantire le prestazioni sanitarie per il Personale in servizio e ne dettaglia i contenuti riservati alle seguenti categorie:

- Dirigenti;
- Quadri Direttivi di 3° e 4° livello;
- Quadri Direttivi di 1° e 2° livello e 1a, 2a e 3a Area Professionale.

Gli specifici contenuti dei Programmi relativi al Personale in quiescenza e nel “Fondo di solidarietà per la riconversione e riqualificazione professionale, per il sostegno dell’occupazione e del reddito del personale del credito” (di seguito Fondo di Solidarietà) sono definiti con specifica comunicazione agli interessati.

Le prestazioni relative al Piano destinato al Personale in servizio (ed in Fondo di Solidarietà) sono riportate in dettaglio nei Disciplinari specificatamente dedicati alle categorie di appartenenza e disponibili nell’area personale, dopo la registrazione accessibile da www.caspieonline.it:

- Dirigenti – Disciplinare A;
- Quadri Direttivi di 3° e 4° livello - Disciplinare B;
- Aree Professionali e Quadri Direttivi di 1° e 2° livello - Disciplinare C;
- per tutte le categorie “Prestazioni odontoiatriche” – Disciplinare F.

La copertura viene fissata in relazione all’inquadramento ricoperto all'inizio dell'anno (01.01.2021) a nulla rilevando eventuali promozioni intervenute nel corso dell'anno medesimo, anche con decorrenza precedente al 01.01.2021.

CONTATTI CASPIE

ACCESSO AREA RISERVATA SITO INTERNET WWW.CASPIEONLINE.IT

Dal sito, previa registrazione, si accede all'area riservata dove è possibile:

- a) consultare i Disciplinari di riferimento;
- b) variare i propri dati anagrafici;
- c) verificare lo stato delle proprie richieste di rimborso;
- d) visualizzare e scaricare le comunicazioni relative a rimborsi sospesi/respinti;
- e) effettuare le Richieste di rimborso on line (forma Rimborsuale) caricando direttamente (upload) la relativa documentazione medica e di spesa necessaria ai fini del rimborso;
- f) integrare la documentazione medica e di spesa richiesta ai fini della definizione delle richieste di Rimborso (forma Rimborsuale) già inoltrate in precedenza ma in modo incompleto (pratiche in stato “sospesa in attesa ulteriore documentazione”);
- g) integrare la documentazione eventualmente necessaria alla struttura sanitaria per l'autorizzazione in forma diretta;
- h) consultare l'elenco delle Strutture Sanitarie del Network Convenzionato Poste Protezione;
- i) scaricare la Modulistica ed i Manuali operativi;
- j) scaricare il Prospetto Liquidativo per ogni singolo Rimborso, necessario ai fini della dichiarazione dei redditi;

NUMERO VERDE CASPIE 800254313 – tasto 6 (dedicato agli assistiti del Gruppo MPS) dal lunedì al venerdì dalle 9 alle 13 e dalle 15 alle 17.

INDIRIZZI E-MAIL

www.caspieonline.it -> area riservata

- **rimborsi@caspie.it** (per informazioni sulle pratiche di rimborso e sulle normative assistenziali),
- **autorizzazioni@caspieonline.it** (per informazione sulla Rete Convenzionata o l'attivazione urgente di prestazioni in forma diretta),
- **anagrafica@caspie.it** (per ogni informazione relativa al nucleo familiare assicurato),
- **webcaspie@caspie.it** (per problemi di accesso al portale Caspieonline),
- **reclami@caspie.it**.

Vista la situazione sanitaria particolare si raccomanda l'utilizzo dell'email, i tempi di risposta sono molto più brevi.

Programma spese mediche per i Dipendenti della Banca

NUCLEO FAMILIARE ASSISTITO

Il contributo corrisposto dalla Banca consente l'attivazione delle prestazioni previste dal Programma RSM in favore del dipendente e dei seguenti **familiari fiscalmente a carico**:

- **coniuge** non legalmente o effettivamente separato; parte di unione civile;
- **i figli**; la copertura si intende estendibile anche in caso di affido o adozione.

Sono considerati fiscalmente a carico i familiari che percepiscono un reddito annuo lordo non superiore ai limiti previsti (attualmente 2.840,51 euro, eccetto per i figli sino a 24 anni di età per i quali il limite viene innalzato a 4.000 euro).

La persona 'convivente more uxorio' è sempre considerata non a carico fiscalmente.

Il requisito del carico fiscale deve essere accertato – di norma - al momento della decorrenza delle prestazioni (inizio anno 2021); la Banca si riserva di effettuare i necessari controlli per verificare la sussistenza del carico fiscale.

Ai fini del Programma RSM, sono considerati **familiari fiscalmente non a carico**, con **contributo a carico del dipendente**:

- **il coniuge fiscalmente non a carico** e non legalmente o effettivamente separato; parte di unione civile;
- **convivente more uxorio** purché ricompreso nello stesso stato di famiglia del dipendente;
- **figli fiscalmente non a carico** purché **conviventi**, cioè ricompresi nello stesso stato di famiglia del dipendente

Non è consentito l'inserimento nel Programma RSM di altri familiari, anche se conviventi e a carico del dipendente, quali i genitori, i figli del coniuge o della parte di unione civile (e non del Dipendente) o della 'persona convivente more uxorio', i suoceri, i fratelli, le sorelle, i nipoti, ecc.

Programma spese mediche per i Dipendenti della Banca

FAMILIARI FISCALMENTE NON A CARICO

La copertura prevede una durata minima di adesione al Piano di 3 anni continuativi a partire dal 2019; di conseguenza i familiari già inclusi in assistenza nel 2019 e nel 2020, vengono automaticamente confermati per il 2021;

- in caso di esclusione dal Piano al termine delle tre annualità, non è possibile l'inserimento del familiare non a carico negli anni successivi; **l'adesione al Programma dei familiari fiscalmente non a carico deve avvenire senza soluzione di continuità, pena la decadenza al diritto di inclusione al Piano;**
- eventuali modifiche al nucleo familiare assicurato, devono essere comunicate scrivendo a anagrafica@caspie.it;

L'esclusione anticipata dal Piano di un familiare fiscalmente non a carico, rispetto al vincolo dei tre anni, è consentita soltanto al verificarsi dei seguenti motivi:

- separazione o divorzio;
- uscita dallo stato di famiglia;
- adesione ad altra analoga copertura sanitaria collettiva o individuale;
- reddito percepito inferiore al limite per essere considerati non a carico;
- decesso.

Nei casi citati, il contributo è dovuto comunque per l'intera annualità in cui è avvenuto l'evento, senza quindi previsione di rimborso della quota parte.

Il contributo annuo per ogni familiare non fiscalmente a carico, comprensivo del contributo per spese odontoiatriche, è di:

- **Euro 450,00** per Aree Prof. e Quadri Direttivi di 1° e 2° Liv.
- **Euro 750,00** per i Quadri Direttivi di 3° e 4° Liv.
- **Euro 950,00** per i Dirigenti.

Con possibilità di conferirlo a CASPIE mediante addebito in c/c preventivamente autorizzato, in unica soluzione o in formula rateizzata.

La copertura decorre dal 1° gennaio 2021, fatti salvi i casi di ingresso del familiare nel nucleo in corso d'anno (ad esempio per matrimonio, nascita, ecc.). In questi casi occorre entro 30 giorni comunicare la variazione a Caspie scrivendo ad anagrafica@caspie.it.

Nei casi in cui la copertura di un familiare inizi nel secondo semestre, per i seguenti motivi:

- assunzione del dipendente,
 - matrimonio o inizio convivenza successivi al 30.06.2021,
- il contributo richiesto è pari al 60% del contributo annuale.

Programma spese mediche per i Dipendenti della Banca

PRESTAZIONI

Il Programma prevede il pagamento delle spese per cure mediche sostenute a causa di malattia, infortunio o parto. Per le spese del 2021 possono essere inserite le richieste dal 1 febbraio 2021 al 31 gennaio 2022.

"malattia": ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio

"infortunio": ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

NON RIENTRANO NELLA COPERTURA

- visite, accertamenti e quant'altro concernenti la medicina preventiva, ad eccezione di quanto indicato a pagina 7 del Disciplinare;
- visite, accertamenti e quant'altro inerenti il seguimiento di normali stati fisiologici (gravidanza, andropausa, menopausa, familiarità, ecc.);
- prestazioni con certificazione medica riportante sintomatologia generica

Il Piano prevede il pagamento delle prestazioni oggetto dell'assistenza con le seguenti modalità:

- **Prestazioni effettuate in regime di convenzione diretta** con le strutture della rete **Poste Protezione** visualizzabile in www.caspieonline.it -> rete sanitaria: sono corrisposte dalla Compagnia Assicuratrice direttamente alle Strutture nei limiti del massimale, cioè della spesa massima rimborsabile prevista ai termini di Disciplinare per la prestazione effettuata; all'assistito resta l'onere di regolare alla citata Struttura l'eventuale quota prevista per franchigia e/o scoperto.
- **Prestazioni effettuate fuori regime di convenzione diretta:** le spese sostenute dall'assistito vengono rimborsate al netto dell'eventuale franchigia e/o scoperto, nei limiti del massimale, cioè della spesa massima rimborsabile prevista ai termini di Disciplinare per la prestazione effettuata.

La Compagnia Assicuratrice provvede a riconoscere agli assistiti le somme ammesse a rimborso a mezzo di bonifico bancario sul conto corrente dell'interessato, ovvero sul conto corrente indicato nell'area personale del portale CASPIE.

CASPIE provvede a pubblicare, nell'area riservata personale del sito www.caspieonline.it i prospetti liquidativi aggiornati riportanti i dettagli dei rimborsi effettuati nel corso dell'annualità assicurativa: un prospetto inerente le cure dentarie (in autoassicurazione) ed un prospetto inerente le altre prestazioni (in regime assicurativo).

Programma spese mediche per i Dipendenti della Banca

MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

COSA FARE IN CASO DI:

RICHIESTA IN FORMA DIRETTA:

- Accedere al sito **www.caspieonline.it**
- Selezionare il menù Rete Sanitaria;
- Accertarsi che la Struttura prescelta risulti convenzionata con Poste Protezione;
- Accedere al menù Stampa Card per annotarsi e/o stamparsi il proprio codice di adesione Poste Assicura;
- Prenotare la prestazione presso la Struttura fornendo il proprio codice di adesione e la documentazione medica a supporto prevista dal Disciplinare di riferimento.

EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI IN FORMA DIRETTA

La Struttura sanitaria erogherà la prestazione sulla base di quanto indicato nell'autorizzazione ricevuta dalla Centrale Operativa e tratterà all'Assistito esclusivamente gli importi rimasti a suo carico secondo quanto previsto dal Disciplinare di riferimento.

L'Assistito firmerà la Dichiarazione di Responsabilità alla Struttura Sanitaria. In assenza di quest'ultima non sarà possibile effettuare le prestazioni in forma diretta.

Sarà la Struttura Sanitaria ad inviare alla Centrale Operativa tutta la documentazione medica e di spesa relativa alla prestazione fruita ed il pagamento avverrà in forma diretta alla Struttura/professionisti in virtù dell'accordo di convenzionamento.

Eventuali spese sostenute in forma Rimborsuale e associate all'evento principale avvenuto in forma diretta (ed esempio spese pre/post associate a ricovero in forma diretta), verranno rimborsate solo a seguito dell'avvenuta definizione dell'evento principale.

Attenzione: le spese pre-ricovero/intervento ambulatoriale, non essendosi ancora verificato "l'evento principale" (cioè il ricovero), non possono essere autorizzate preventivamente.

Pertanto le spese potranno essere presentate in forma rimborsuale - garanzia ricoveri - solo successivamente al verificarsi dell'evento principale (ricovero) allegando alla richiesta di rimborso anche la documentazione medica relativa all'evento principale (cartella clinica/ relazione clinica); diversamente le spese verranno liquidate (in presenza di diagnosi o quesito diagnostico) secondo le specifiche garanzie se previste dal Disciplinare di riferimento.

Il rispetto della Procedura descritta è condizione necessaria per l'attivazione delle prestazioni in forma diretta. Nel caso l'Assistito non la attivasse dovrà sostenere in proprio le spese, salvo poi procedere alla richiesta di rimborso in forma rimborsuale (con applicazione dei limiti per questa previsti dal Disciplinare).

MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

COSA FARE IN CASO DI:

RICHIESTA IN FORMA INDIRECTA:

- Accedere al sito **www.caspieonline.it**;
- Selezionare il menù Richiesta di Rimborso;
- Selezionare la voce Inoltra Richiesta e procedere con il caricamento della documentazione sanitaria e di spesa.

EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI IN FORMA RIMBORSUALE

Qualora l'Assistito fruisca di prestazioni sanitarie non avvalendosi delle Strutture Sanitarie convenzionate (compreso l'utilizzo del SSN), potrà richiedere il rimborso delle spese sostenute che avverrà secondo quanto stabilito dal Disciplinare di riferimento.

In questo caso l'Assistito, a cure ultimate, dovrà inviare a CASPIE tutta la documentazione sanitaria e di spesa:

- **Via Web** : nell'Area Riservata del sito www.caspieonline.it con caricamento (upload) della documentazione completa.
- **Tramite APP**: mediante l'applicazione mobile compatibile sia per IOS che per Android e previa registrazione sul sito www.caspieonline.it

Qualora l'Assistito non disponesse di accesso ad Internet o di uno smartphone, la documentazione potrà essere inoltrata tramite posta al seguente indirizzo:

CASPIE – Via Ostiense 131 L – Corpo D - Sesto Piano – 00154 Roma

La documentazione inoltrata (via posta) dovrà essere prodotta IN FOTOCOPIA.

Eventuali originali che dovessero pervenire per errore non verranno restituiti a meno di richiesta scritta da parte dell'Assistito inviata tramite Posta ordinaria e nell'esclusivo caso di richiesta da parte dell'Autorità competente (Agenzia delle Entrate). La copia della cartella clinica dovrà essere completa e conforme all'originale.

DOCUMENTAZIONE NECESSARIA

La documentazione dovrà essere:

- Inoltrata (via web/posta), entro i termini previsti dal Disciplinare di riferimento;
- Accompagnata dal Modulo di Richiesta di Rimborso (disponibile nella sezione moduli del sito www.caspieonline.it) debitamente compilato e firmato segnatamente nella parte relativa all'autorizzazione al Trattamento dei dati sensibili in assenza della quale la richiesta di rimborso non potrà essere definita (motivo di sospensione);
- Completa ai fini del rimborso: si rammenta che l'assistenza è relativa alle spese sostenute a fronte di malattia accertata o presunta, infortunio, parto, medicina preventiva:
 - ⇒ In caso di spese riferite ad **infortunio** dovrà sempre essere allegato verbale di pronto soccorso o, in caso di mancato accesso al pronto soccorso, autocertificazione contenente la data ed il luogo dell'infortunio e la dinamica dettagliata; **fatta eccezione per la fisioterapia e la laserterapia post infortunio, rimborsabili solo ed esclusivamente in presenza del verbale di pronto soccorso ospedaliero o equivalente struttura ospedaliera comprovante l'avvenuto l'infortunio.**
 - ⇒ In caso di **intervento ambulatoriale** dovrà sempre essere allegata prescrizione medica completa di patologia, nonché descrizione dettagliata dell'intervento con indicazione della tecnica utilizzata;
 - ⇒ In caso di **ricovero con o senza intervento** dovrà sempre essere allegata la cartella clinica completa di diario clinico ed eventuale verbale di sala operatoria;
 - ⇒ In caso di spese riferite a **gravidanza in presenza di stato patologico accertato o presunto** dovrà sempre essere allegato il certificato medico attestante lo stato fisiologico e la data presunta del parto, oltre alla prescrizione medica;
 - ⇒ In caso di spese riferite a **visite o ad accertamenti diagnostici**, per ogni prestazione, dovrà sempre essere presente il sospetto patologico accertato o presunto;

Non potranno essere ammessi a rimborso documenti di spesa che presentino cancellature o correzioni (es.: l'apposizione anche successiva della diagnosi deve essere timbrata e firmata dal medico.

Programma spese mediche per i Dipendenti della Banca

DOCUMENTAZIONE NECESSARIA

MEDICINA PREVENTIVA

In caso di spese riferite alla medicina preventiva **non è necessariamente richiesta la prescrizione medica; qualora dalla documentazione prodotta (eventualmente anche quella inerente l'avvenuto pagamento), sia desumibile che trattasi di prestazione effettuata per prevenzione/accertamento preventivo/controllo/ecc.** relativa ad una delle tipologie previste dal Disciplinare di riferimento in fase di caricamento sul portale web, si dovrà indicare che trattasi di prestazioni per medicina preventiva”.

IL TAMPONE PER COVID 19

Il tampone è un esame diagnostico non incluso nella medicina preventiva, pertanto il rimborso è riconosciuto solo in presenza di **Richiesta medica con diagnosi di Malattia**, con l'applicazione delle franchigie e dei massimali previsti in base all'utilizzo o meno delle strutture convenzionate.

CURE DENTARIE

Limitatamente al Piano Cure dentarie (Disciplinare F), viene mantenuta la modalità dell'auto-assicurazione in cui si prevede che le prestazioni vengano erogate entro le sole disponibilità finanziarie destinate allo scopo all'inizio di ciascuna annualità e secondo quanto previsto dalla normativa (disciplinari).

La Polizza rimborsa le spese per prestazioni odontoiatriche entro il limite massimo di € 800,00 anno/nucleo (intendendo per nucleo l'Assistito e tutti i componenti il nucleo fiscalmente a carico) e di € 800,00 anno/pro-capite per ciascuno dei familiari fiscalmente non a carico inseriti in assistenza. La CASPIE effettua il rimborso direttamente all'Assistito, anche per le spese che riguardano altri componenti il suo nucleo familiare.

Riguardo al riparto delle cure dentarie nell'anno 2020 le richieste di rimborso sono state inferiori rispetto al 2019, pertanto la percentuale di rimborso sarà pari al **52%** (contro il 45% dell'anno precedente) **sul massimale di 800 euro, con importo massimo erogabile di 416 euro**. Resta garantita la soglia minima di rimborso di 96 euro, così come da disciplinare. **Entro il 26 marzo i colleghi riceveranno in conto corrente la cifra di loro spettanza.**

Programma spese mediche per i Dipendenti della Banca

Pacchetto Covid-19

Per offrire un sostegno in caso di necessità, è stato attivato un **Pacchetto Benefit** composto da una **Copertura Assicurativa** e da un **Servizio di Assistenza post-ricovero**, la **guida operativa della polizza ed i moduli per la denuncia del sinistro**, sono reperibili presso le **FAQ Covid** pubblicate sul **Roller Aziendale**.

Le garanzie sono attive sino al 31.12.2021, salvo interruzione del rapporto di lavoro/collaborazione con l'azienda. La copertura vale per dipendenti e assimilati di età non superiore a 70 anni.

Copertura Assicurativa

In caso di diagnosi di positività al Covid-19 successiva alla decorrenza della copertura e conseguente ricovero, sempre in Italia, presso una struttura ospedaliera, la Compagnia corrisponde all'assistito:

⇒ **INDENNITÀ DA RICOVERO € 100**

per ogni giorno di **ricovero superiore al 5°** causato da infezione da COVID-19 per un massimo di ulteriori 10 giorni (tranne per il giorno di dimissione).

⇒ **INDENNITÀ DA CONVALESCENZA € 3.000**

Somma corrisposta alla dimissione da istituto di cura a seguito di ricovero in terapia intensiva causato da infezione da Covid-19.

Per la denuncia di un sinistro, **non appena ne avrà la possibilità**, l'assicurato dovrà:

- Compilare e sottoscrivere il **modulo INDENNITA' COVID-19**
- Inviare il modulo all'indirizzo **indennita.covid19@marsh.com** allegando la copia della cartella clinica relativa al ricovero per Covid-19, oppure la copia della lettera di dimissione purché siano indicati la diagnosi di infezione Covid-19 e il periodo di ricovero, con la specifica dei giorni di ricovero eventualmente effettuati in Terapia Intensiva.
- Acconsentire alla visita dei medici inviati dalla Compagnia ed a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici curanti.
- fornire tutta la documentazione (medica e non) che la Compagnia riterrà opportuno acquisire ai fini di una corretta e completa istruttoria del sinistro.

L'inadempimento ai suddetti obblighi comporta la perdita totale o parziale dell'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

Pacchetto Covid-19**SERVIZIO DI ASSISTENZA POST-RICOVERO**

I servizi sono riconosciuti all'assicurato che abbia effettuato un ricovero in Italia per Covid-19 della durata superiore a 5 giorni, indennizzabile ai termini di polizza, e che sia stato dimesso dall'istituto di cura in stato di guarigione e non si trovi in quarantena.

I servizi sono fruibili a seguito delle dimissioni dal ricovero per Covid-19 e sono attivabili anche per successivi eventi attinenti alla salute dell'assistito e non connessi al ricovero iniziale da Covid-19, da cui emerge uno stato di necessità e fino al 31.12.2021.

I servizi sono erogati dalla Centrale Operativa di EuropAssistance raggiungibile ai seguenti recapiti telefonici:

- ⇒ **800 046652**
- ⇒ **+39 02 58246023**

L'assicurato dovrà presentarsi con nome, cognome, indirizzo, recapito telefonico, azienda e gruppo aziendale di appartenenza e fornendo il codice «fascia tessera» MBMC.

A seguito della richiesta, la Centrale Operativa verificherà l'operatività della copertura e ricontatterà l'assicurato per l'organizzazione della prestazione di assistenza.

N.B.: LA CENTRALE OPERATIVA NON RILASCIA INFORMAZIONI DI TIPO SANITARIO IN MERITO ALLA PANDEMIA COVID-19, MA SOLO PER L'ATTIVAZIONE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA.

FACCI SAPERE COSA PENSI!

Ti è piaciuta questa nuova pubblicazione?
Hai trovato utili gli argomenti inseriti?

Esprimi la tua opinione!

Ascolteremo tutte le vostre proposte per crescere
e migliorare insieme!

Facci sapere se c'è un argomento che gradiresti
fosse approfondito in queste pagine di
Uilca Gruppo MPS Focus!



Via Ricasoli 40

uilca.mps@uilca.it

0577 48589 - 0577 299719

uilca.mps@uilca.it

UILCA GRUPPO MPS

