Regolamento della Copertura Sanitaria BANCA AGRICOLA POPOLARE DI SICILIA S.C.P.A.

COPERTURA SANITARIA – AI SOCI

Il presente Regolamento è da considerarsi parte integrante e sostanziale dell'Accordo sottoscritto tra CASSA e Banca Agricola Popolare di Sicilia S.C.p.A.

Indice

SEZIONE 1: Definizioni 3

SEZIONE 2: Norme generali che regolano la Copertura Sanitaria 5

SEZIONE 3: Norme relative a tutte le Prestazioni 7

SEZIONE 4: Indennità ospedaliera 9

SEZIONE 5: Area Servizi Centrale Salute 10

Sezione 1: Definizioni

Accordo Quadro: documento contrattuale sottoscritto tra la CASSA e la persona giuridica o Ente avente ad oggetto l'erogazione delle prestazioni previste dalla presente Copertura Sanitaria a favore dei Soci persone fisiche dello stesso, a fronte di spese sanitarie per malattia, infortunio e parto secondo le modalità ed entro i limiti specificati dall'Accordo Quadro medesima e dalla presente Copertura Sanitaria che ne costituisce parte integrante e sostanziale.

Assistenza Diretta: modalità di erogazione del servizio in base alla quale le prestazioni previste dalla presente copertura sanitaria sono effettuate presso strutture sanitarie utilizzando personale medico (e/o sanitario) ambedue convenzionati con CASSA, per il tramite di Health Assistance S.C.p.A., e con applicazione degli specifici accordi di convenzione vigenti tra CASSA e le strutture/medici/personale convenzionati; in questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente da parte di CASSA alle strutture ed ai medici/personale convenzionati (escluse eventuali quote a carico dell'Assistito ove previste). L'Assistenza diretta è sempre subordinata all'autorizzazione alla Presa in Carico (PIC). L'elenco delle Strutture è presente e consultabile nell'Area Riservata di CASSA.

Assistenza Indiretta: modalità di erogazione del servizio in base alla quale la CASSA rimborsa le spese all'Assistito dietro presentazione della documentazione medica e di spesa richiesta nei limiti di quanto previsto dalla presente copertura sanitaria. L'Assistenza Indiretta è prestata anche presso i centri convenzionati con la Centrale Salute (c.d. Assistenza Indiretta in Network). In questo caso non è necessaria la preventiva autorizzazione alla Presa in Carico (PIC) ma, sarà necessario presentare il Modulo di Accesso al Network indiretto alla Struttura/professionista convenzionato per il proprio riconoscimento. L'elenco delle Strutture è presente e consultabile nell'Area Riservata.

Assistito: persona fisica iscritta regolarmente alla CASSA (in qualità di Iscritto, di seguito anche "Assistito") ed il cui interesse è protetto dalla Copertura Sanitaria, residente stabilmente in Italia o nel territorio della Repubblica di San Marino e Città del Vaticano e più in generale nel territorio dell'Unione Europea. Sono assistiti anche i familiari (in qualità di Aventi Diritto, di seguito anche "Assistiti") ai sensi dello Statuto di CASSA .

Carenza: periodo temporale che intercorre tra la data di decorrenza della copertura e l'effettiva operatività delle prestazioni. Per Noviziato associativo si intende il periodo durante il quale le prestazioni della Copertura Sanitaria non sono efficaci, ovvero il numero di giorni a far data dalla decorrenza del Regolamento durante i quali la prestazione non ha effetto. Qualora l'evento avvenga in tale periodo, CASSA non corrisponde il Rimborso della prestazione prevista dalla Copertura Sanitaria.

Cartella Clinica: documento ufficiale ed atto pubblico redatto durante il ricovero, diurno o con pernottamento, contenente le generalità per esteso, diagnosi all'ingresso, diagnosi alla dimissione, anamnesi patologica prossima e remota completa di tutti i riferimenti cronologici rispetto alla diagnosi di ingresso, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, atto operatorio, esami e diario clinico. In quanto atto pubblico non è ammessa alcuna alterazione ovvero alcuna modifica, aggiunta o cancellazione successiva alla formazione dell'atto medesimo - anche se protese al ripristino della verità dei fatti in esso contenuti - se non da parte dello stesso pubblico ufficiale che l'ha formata, specificando le esatte ragioni dell'annotazione postuma.

CASSA: la Cassa Mutua MBA – Fondo Sanitario Integrativo del Servizio Sanitario Nazionale

Centrale Salute: gli uffici dedicati alla gestione delle pratiche di rimborso e delle prese in carico in forma diretta, nonché a fornire le informazioni necessarie agli Assistiti per l'accesso alle prestazioni e ai servizi (https://www.healthassistance.it).

Centro Convenzionato: Ospedali, Istituti a Carattere scientifico, Case di Cura, Centri diagnostici, Centri polispecialistici, Laboratori di analisi, Centri fisioterapici, Studi medici specialistici, Studi Odontoiatrici e qualsiasi altra Struttura/Professionista che abbia stipulato un accordo con la Centrale Salute per l'applicazione di tariffe agevolate applicabili alle prestazioni sia in caso di Assistenza Diretta che Indiretta.

Centro Diagnostico: ambulatorio o poliambulatorio sanitario regolarmente autorizzato, in base ai requisiti di legge e delle competenti Autorità, per le indagini diagnostiche e/o per gli Interventi Chirurgici ambulatoriali.

Ciclo di cura: insieme delle prestazioni connesse ad una medesima patologia/infortunio, contestualmente prescritti dal medico e presentati a CASSA in una unica richiesta di rimborso.

Convalescenza: periodo di tempo successivo ad un ricovero, prescritto dai medici ospedalieri nella cartella clinica al momento delle dimissioni, necessario per la guarigione clinica, durante il quale l'Assistito è costretto al riposo assoluto presso il proprio domicilio.

Data evento: per i ricoveri o interventi chirurgici si intende la data in cui avviene il ricovero/intervento; per le altre prestazioni previste dalla presente Copertura Sanitaria si intende la data in cui la prestazione è stata effettivamente erogata (se presenti più fatture relative allo stesso evento, la data dell'accadimento sarà considerata quella della prestazione relativa alla fattura con data antecedente).

Data insorgenza patologia: la data in cui lo stato patologico si è manifestato e/o è stato diagnosticato e/o è stato sottoposto ad accertamenti e/o è stato sottoposto a cure.

Day hospital: degenza in istituto di cura con assegnazione di posto letto in esclusivo regime diurno documentata da cartella clinica e finalizzata all'erogazione di trattamenti diagnostici, terapeutici, riabilitativi.

Day surgery: degenza in istituto di cura con assegnazione di posto letto in esclusivo regime diurno documentata da cartella clinica e finalizzata all'erogazione di trattamenti chirurgici.

Difetto Fisico: la deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

Evento: il fatto (determinato da patologia o infortunio) per il quale operano le prestazioni della presente Copertura Sanitaria. In caso di ricovero ordinario, e di trasferimento da una Struttura Sanitaria ad un'altra (es. da pubblica a privata e viceversa o da privata a privata), lo stesso si considererà "evento unico" allorquando avvenuto senza soluzione di continuità. In quanto evento unico non potranno cumularsi rimborsi relativi a differenti prestazioni.

Prestazione: la prestazione o i servizi o altra forma di tutela previste dalla Copertura Sanitaria e per le quali si prevede un rimborso o una diaria o una indennità o anche solo un servizio secondo i termini indicati dalla Copertura Sanitaria stessa.
Salvo quanto esplicitamente e diversamente previsto, il presupposto dell'operatività delle prestazioni è la sussistenza di uno stato patologico (accertato o presunto) conseguente a Malattia o Infortunio.

Gessatura: l'apparecchiatura per l'immobilizzazione di una o più articolazioni, ottenuta con bende gessate oppure con fasce rigide od apparecchi ortopedici immobilizzanti, applicabile e rimovibile unicamente da personale medico o paramedico, limitatamente al trattamento o riduzione di una frattura radiograficamente accertata.

Guida Operativa per l'accesso ai servizi e alle prestazioni: è il documento complementare e parte integrante della presente Copertura Sanitaria che illustra tempi, documentazione necessaria e modalità di accesso ai servizi e ai rimborsi sia in forma di Assistenza Diretta che in forma di Assistenza Indiretta. La Guida Operativa è sempre consultabile nell'Area Riservata dell'Assistito.

HEALTH POINT: è il marchio che identifica la divisione aziendale del partner Health Italia SpA, che si occupa dell' area sanitaria e della gestione e creazione di un network di strutture sanitarie convenzionate nel settore dei servizi sanitari- ivi inclusa la gestione di una struttura sanitaria convenzionata con la Centrale Salute, la quale offre prestazioni di diagnosi anche attraverso refertazioni e consulenze mediche on line- nonché si occupa di prevenzione e di telemedicina, della promozione di servizi relativi alla salute e al benessere della persona ed è incaricata dalla Mutua per la gestione amministrativa del network di strutture sanitarie nonché per la gestione dell' area prevenzione contemplata nei propri piani sanitari e per ulteriori iniziative di

prevenzione ad hoc. Per ulteriori informazioni si consulti il sito https://www.healthpointitalia.com.

Indennità sostitutiva: importo giornaliero erogato da CASSA per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito di Malattia/Infortunio (del parto e/o dell'aborto terapeutico ove previsti nella presente Copertura Sanitaria). L'indennità viene riconosciuta in sostituzione sia del rimborso delle

spese per le prestazioni effettuate durante il ricovero che delle spese pre e post ad esso connesse (salvo quanto espressamente indicato agli specifici punti).

Infortunio: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili che siano documentate da specifico referto di Pronto Soccorso Ospedaliero Pubblico o di Struttura di Primo Soccorso convenzionata con il SSN (attestante le circostanze dell'evento, le cause, le modalità di accadimento e le conseguenze dell'evento) da cui sia chiaramente possibile evincere la data di accadimento dell'infortunio e le conseguenze traumatiche dello stesso, e che abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente oppure una invalidità temporanea o una delle altre prestazioni garantite dal Sussidio Sanitario oggetto del presente Regolamento. Sono escluse le conseguenze di eventi ove manchi l'esteriorità della causa come gli sforzi e gli atti di forza ossia l'impiego di energie muscolari concentrate nel tempo che esorbitano (sforzo) o meno (atto di forza), per intensità dalle ordinarie abitudini di vita dell'iscritto. Sono ammesse al rimborso esclusivamente quelle lesioni che siano causa diretta ed esclusiva dell'evento infortunio.

Infortunio odontoiatrico: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che provochi lesioni fisiche oggettivamente constatabili all'apparato dentale inteso come insieme di arcate gengivo- dentarie, che siano documentate da specifico referto di Pronto Soccorso di Struttura Sanitaria Pubblica (attestante le circostanze dell'evento, le cause e le conseguenze dell'evento).

Intervento chirurgico: l'atto medico, con diretta finalità terapeutica realizzato mediante cruentazione dei tessuti, e mediante l'uso di strumenti chirurgici e/o idonee apparecchiature. Si considera intervento chirurgico anche la riduzione incruenta di fratture. Sempre che non sia diversamente regolato all'interno della specifica prestazione sulla presente Copertura Sanitaria, sono considerati interventi chirurgici anche gli accertamenti diagnostici invasivi, intendendosi per tali quelli che comportano il prelievo di tessuti per l'espletamento di indagini istologiche, quelli che comportano l'introduzione di cateteri, strumenti ottici o aghi bioptici ecc. non attraverso le cavità naturali bensì attraverso una cruentazione di tessuti.

Intervento chirurgico Ambulatoriale: l'intervento chirurgico (come sopra definito) eseguito senza ricovero (e quindi senza degenza ancorché diurna).

Istituto di cura: ospedale, clinica, casa di cura, regolarmente autorizzati alla erogazione di prestazioni sanitarie in base ai requisiti di legge e delle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza o di lungo degenza e di soggiorno, le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche, le cliniche aventi finalità di custodia o educative.

Lesioni da sforzo/atto di forza: lesioni causate da eventi ove manchi l'esteriorità della causa come gli sforzi e gli atti di forza ossia l'impiego di energie muscolari concentrate nel tempo che esorbitano (sforzo) o meno (atto di forza) per intensità, dalle ordinarie abitudini di vita dell'iscritto.

Malattia: ogni alterazione dello stato di salute (dell'organismo o di un suo organo dal punto di vista anatomico o funzionale) non dipendente da infortunio.

Malattia Oncologica: neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto (comprese le leucemie e il morbo di Hodgkin).

Malformazione: qualunque alterazione morfologica o funzionale congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico che sia evidente o clinicamente diagnosticabile.

Manifestazione: epoca in qui si manifesta la malattia con sintomi oggettivi, indipendentemente dalla diagnosi/accertamento della stessa.

Massimo sostegno annuale/sub-massimo sostegno annuale: la somma complessiva annua, fino alla concorrenza della quale la CASSA sostiene i costi delle prestazioni previste dalla presente Copertura Sanitaria.

Medico: persona legalmente abilitata all'esercizio della professione medica – alla diagnosi e cura – che esercita la professione nei limiti della propria specializzazione e che non sia l'Assistito, un appartenente al suo nucleo familiare ovvero il genitore, figlio, fratello, sorella dell'Assistito o di un appartenente al nucleo familiare del medesimo.

Patologie pregresse: qualsiasi patologia che sia pregressa in quanto manifestata, diagnosticata, sottoposta ad accertamenti o curata prima della data di attivazione della presente Copertura Sanitaria o che risulti correlata ad uno stato patologico antecedente alla decorrenza della stessa.

Pratica: l'insieme completo in sé stesso di tutti i documenti relativi all'evento per il quale si chiede rimborso o indennizzo nei termini della presente Copertura Sanitaria.

Premorienza: Evento morte che avviene prima di quella di un'altra persona o prima di un dato termine.

Presa in Carico: documento che la Centrale Salute, a seguito di richiesta dell'Assistito e in ottemperanza a quanto previsto nella presente Copertura Sanitaria, invia ai Centri convenzionati per il servizio di accesso alle prestazioni in forma diretta, nei limiti di quanto previsto dalla Copertura Sanitaria. L'Autorizzazione alla presa in carico costituisce nulla osta all'attivazione del servizio in forma diretta; in nessun caso l'Autorizzazione alla Presa in Carico dovrà considerarsi quale impegno e garanzia alla successiva liquidazione che avverrà solo a seguito delle ulteriori valutazioni documentali e quindi, solo successivamente alla ricezione della documentazione completa inviata da parte della Struttura Sanitaria; l'Assistito si intende obbligato in solido per tutte le prestazioni non oggetto di autorizzazione, non rimborsabili/escluse sulla base della Copertura Sanitaria sottoscritta, quote di spesa a suo carico eventualmente non emerse/indicate in fase di autorizzazione ma comunque previste dalla presente Copertura Sanitaria.

Quote di spesa a carico dell'Assistito: importi di spesa che rimangono a carico dell'Assistito espressi in percentuale e/o in quota fissa.

Ricovero ordinario: la degenza comportante pernottamento in istituto di cura, documentata da cartella clinica, finalizzata all'erogazione di trattamenti medici e/o terapeutici e/o chirurgici.

Rimborso: la somma dovuta da CASSA all'Assistito in caso di evento e prestazione rimborsabile.

Statuto e Regolamento Applicativo CASSA: documentazione che regolamenta il rapporto associativo con e costituente parte integrante e sostanziale della presente Copertura Sanitaria assieme alla Guida Operativa. Sono messe a disposizione dell'Assistito e sempre consultabili nell'Area Riservata dell'Assistito.

Visita specialistica: la visita effettuata da medico chirurgico in possesso del titolo di specializzazione, per diagnosi e prescrizione di terapie cui tale specializzazione è destinata.

Sezione 2: Norme Generali che regolano la Copertura Sanitaria

Art. 1 – Oggetto
Oggetto della presente Copertura Sanitaria è l'erogazione di una diaria sostitutiva a seguito di ricovero in Istituto di Cura sostenuto dall'Assistito in conseguenza di malattia o infortunio garantiti.
L'assistenza prevede il rimborso di eventi verificatisi nel corso di validità del Copertura Sanitaria nei termini e con le modalità indicate nel presente Regolamento.

Art. 2 – Persone Associate
Le prestazioni garantite dalla presente Copertura Sanitaria sono erogate in favore dei Soci persone fisiche della Banca Agricola Popolare di Sicilia.

Art. 3 – Limiti di età
Non sono previsti limiti di età dell'Assistito per l'operatività dell'assistenza.

Art. 4 – Validità del Copertura Sanitaria
La presente Copertura Sanitaria ed i relativi contributi operano in regime di Convenzione, la cui validità, con scadenza alle ore 24:00 del 31/12, costituisce *conditio sine qua non* della validità della Copertura Sanitaria stesso.

Art. 5 – Dichiarazioni e comunicazione dell'Assistito
Le dichiarazioni non veritiere rese dall'Assistito, ai fini di ottenere il rimborso delle spese, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto al pagamento della somma dovuta dalla CASSA in caso di evento rimborsabile in base alla presente Copertura Sanitaria.

Nel caso di simulazione del verificarsi delle condizioni necessarie ad ottenere il rimborso, la CASSA si riserva di deliberare l'immediata esclusione del socio senza restituzione dei contributi nel frattempo versati.

Art. 6 – Decorrenza della Copertura Sanitaria
Fatto salvo quanto diversamente previsto dalla Convenzione, la Copertura Sanitaria ha effetto dalle ore 00:00 del 31/12/2022.

Art. 7 – Massimi sostegni / Limiti
Tutti i massimi sostegni menzionati nella presente Copertura Sanitaria, nonché gli eventuali sub- massimi sostegni relativi a specifiche prestazioni, sono da intendersi per il periodo di validità della Copertura Sanitaria, salvo casi specifici dove viene espresso diversamente nelle singole prestazioni.

Inoltre ogni massimo sostegno o sub-massimo sostegno indicato è da intendersi unico e complessivo per tutti gli eventuali componenti del nucleo familiare, salvo casi specifici dove viene espresso diversamente nelle singole prestazioni.

Art. 8 – Risoluzione delle Controversie
A fronte di ogni eventuale controversia che dovesse insorgere tra l'Assistito e la CASSA, anche in dipendenza di una diversa interpretazione della presente Copertura Sanitaria, prima di ricorrere ad un procedimento ordinario, le Parti esperiranno un tentativo di conciliazione. In caso di esito negativo del tentativo di conciliazione, il Foro competente per ogni eventuale controversia è quello di Roma.

Art. 9 – Limiti territoriali
Le prestazioni, nei limiti stabiliti dal presente Regolamento, sono valide in tutto il mondo. Nel caso di spese effettuate all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, ricavato dalle quotazioni della BCE.

Art. 10 – Responsabilità di terzi
Nel caso in cui la prestazione riguardi eventi per i quali sia configurabile la responsabilità di terzi, CASSA, in piena attuazione del proprio scopo mutualistico e solidaristico, si riserva di:

- liquidare, nei limiti stabiliti dal presente Regolamento, le spese sanitarie sostenute dall'Assistito in conseguenza dell'evento pregiudizievole, solo qualora il socio produca a CASSA documentazione attestante il rifiuto di imborso da parte del terzo responsabile ovvero dalla compagnia assicurativa di quest'ultimo;
- integrare la liquidazione, nei limiti stabiliti dal presente Regolamento, delle spese sanitarie sostenute dal socio in conseguenza dell'evento pregiudizievole, solo qualora l'Assistito produca a CASSA documentazione attestante la corresponsione di una indennità da parte del terzo responsabile o della compagnia assicurativa di quest'ultimo in una misura inferiore a quella derivante dall'applicazione dei massimi sostegni previsti per la specifica prestazione invocabile nel caso concreto in base al presente Regolamento.

Resta ferma, in tutti gli altri casi, la generale esclusione di cui all'art. 14 del presente Regolamento.

Art. 11 – Rinvio alle norme
Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme legislative italiane, lo Statuto della CASSA ed il Regolamento applicativo dello Statuto in vigore e la Guida Operativa che sono consultabili nell'Area Riservata dell'Assistito.

Sezione 3: Norme relative a tutte le Prestazioni (salvo non sia espressamente derogato)

Art. 12 – Termini di Aspettativa (Carenze)
Fermo quanto previsto all'Art. 6 delle Norme Generali, disciplinante il giorno di effetto della Copertura Sanitaria, le prestazioni messe a disposizione da CASSA sono garantite all'Assistito **senza applicazione dei periodi di carenza**.

Art. 13 – Patologie pregresse
Per l'Associato sono da intendersi incluse le prestazioni conseguenti a Patologie pregresse come definite alla Sezione 1 del presente Regolamento. Si intendono incluse anche le prestazioni conseguenti ad infortuni anch'essi occorsi anteriormente alla data di adesione.

Art. 14 – Esclusioni
L'assistenza non è operante per:

1. le prestazioni conseguenti agli Infortuni non documentati da referto di Pronto Soccorso Ospedaliero Pubblico o di Struttura di Primo Soccorso convenzionata con il SSN da cui sia chiaramente possibile evincere la data di accadimento dell'infortunio e le conseguenze traumatiche dello stesso. Sono escluse le conseguenze di eventi ove manchi l'esteriorità dellacausa come gli sforzi e gli atti di forza ossia l'impiego di energie muscolari concentrate nel tempo che esorbitano (sforzo) o meno (atto di forza) per intensità dalle ordinarie abitudini di vita dell'iscritto. Sono ammesse al rimborso esclusivamente quelle lesioni che siano causa diretta ed esclusiva dell'evento infortunio.
2. le prestazioni relative o finalizzate a cure odontoiatriche, salvo specifiche deroghe previste dalla Copertura Sanitaria;
3. le prestazioni di routine, controllo, prevenzione nonché i vaccini (sia l'acquisto del farmaco che l'infusione/somministrazione);
4. le prestazioni conseguenti a suicidio e tentato suicidio;
5. le prestazioni derivanti o finalizzate all'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla data di effetto della Copertura Sanitaria, ad eccezione degli Interventi sui bambini che non abbiano superato i 5 anni di età;
6. le prestazioni relative a Malattie mentali ed i disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche;
7. le prestazioni sanitarie e le cure aventi finalità estetica e dietologica, salvo gli Interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da Malattia o Infortunio rimborsabili, purché effettuate nel 360 giorni successivi all'Intervento (fermo restando che il tutto avvenga durante la validità della Copertura Sanitaria);
8. Infortuni o Malattie derivanti da dolo dell'Assistito;
9. le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale, quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, quelle omeopatiche, fitoterapiche, nonché quelle effettuate da medici o paramedici non abilitati all'esercizio dell'attività professionale;
10. i farmaci non riconosciuti dalla Farmacopea Ufficiale;

11. le prestazioni erogate da medici o paramedici abilitati che non siano in possesso di specializzazione medica pertinente con la prestazione erogata e rispetto alla diagnosi/quesito diagnostico per il quale la prestazione è erogata;

12. le prestazioni erogate da professionisti non in possesso di regolare iscrizione all'Albo o abilitazione laddove prevista dalla normativa italiana;

13. le cure e gli Interventi chirurgici finalizzati al trattamento dell'infertilità (ad ovviare allo stato di infertilità) e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale;

14. l'aborto volontario non terapeutico;

15. i Ricoveri durante i quali vengono compiuti Interventi e/o solamente accertamenti e/o terapie fisiche che, per loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in regime ambulatoriale, purché consentito dallo stato di salute dell'Assistito;

    le prestazioni conseguenti a reati o ad azioni dolose compiute o tentate dall'Assistito. Sono comprese quelle sofferte in conseguenza di imprudenza o negligenza anche gravi dell'Assistito stesso;

16. gli Infortuni conseguenti ad assunzione di sostanze psicoattive (stupefacenti, farmaci, sostanze psicotrope), a scopo non terapeutico;

17. gli infortuni causati dallo stato di ebbrezza o di ubriachezza;

18. le Malattie correlate all'abuso di alcool o al consumo di stupefacenti e sostanze psicotrope, assunte non a scopo terapeutico;

19. gli Infortuni conseguenti alla pratica di attività ludiche pericolose o sport estremi o sport aerei in genere (tra cui il volo da diporto o sportivo con deltaplani, ultraleggeri, paracadutismo, parapendio, pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali in genere, rafting, speleologia, salti dal trampolino con sci o idrosci, tutti controllati da corde elastiche, sci acrobatico o estremo, alpinismo con scalata di rocce o ghiaccio di grado superiore al terzo della scala U.I.A.A., discesa con slittino da gara, rugby, football americano, hockey, immersioni con autorespiratore, ecc…) o gare motoristiche e/o motonautiche o sport in genere costituenti per l'Assistito attività professionale (gare, prove e allenamenti) anche non prevalente per l'impegno temporale a qualsiasi altra occupazione;

20. le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati dalle accelerazioni di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.), nonché da campi elettromagnetici;

21. le conseguenze di inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche, movimenti tellurici;

22. i ricoveri causati dalla necessità dell'Assistito di avere Assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché Ricoveri di lunga degenza. In tal senso si intendono Ricoveri di lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assistito che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituti di cura per Interventi di carattere assistenziale e fisioterapico di mantenimento;

23. eventi per i quali sia configurabile la responsabilità di terzi fatto salvo quanto previsto nel precedente art. 10;

24. spese per il trasporto del plasma;

25. prestazioni conseguenti a pandemia, come definita dall'Organizzazione mondiale della Sanità (OMS).

Art. 15 – Modalità di erogazione del servizio

Per tutte le informazioni necessarie ad accedere correttamente alle prestazioni sanitarie, nonché per la gestione dei relativi rimborsi si rimanda alla Guida Operativa che forma parte integrante della presente Copertura Sanitaria ed è consultabile nell'Area Riservata dell'Assistito presente sul sito di CASSA.

In ordine alla documentazione da presentare si evidenzia che la CASSA potrà richiedere in ogni momento (sia prima del rimborso sia a rimborso effettuato) la produzione degli originali qualora le copie trasmesse risultino in tutto o in parte illeggibili, incomplete o presentino grafie diverse oppure per effettuare controlli di Audit a campione.

L'Assistito è inoltre tenuto a fornire ogni informazione e consentire la visita di medici incaricati da CASSA per qualsiasi indagine e/o accertamento che questa ritenga necessario, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Art. 16 – Tempi di rimborso

La CASSA provvederà alla lavorazione delle richieste e al rimborso di quanto dovuto ai termini della presente Copertura Sanitaria di norma entro 40 giorni lavorativi dalla data di presentazione della richiesta completa di tutta la documentazione necessaria. La sospensione per documentazione mancante da parte della Centrale Salute interrompe tali tempi che decorreranno nuovamente e per intero dalla data di presentazione della documentazione in modo completo da parte dell'Assistito.

A tal proposito si rammenta che la Centrale Salute non sarà tenuta alla verifica che la documentazione mancante si trovi in altre richieste precedentemente inviate dall'Assistito. Ogni richiesta dovrà essere presentata in modo completo in sé stesso.

Ai fini del calcolo dei giorni utili, i giorni festivi e prefestivi non sono considerati nel calcolo.

Sezione 4: INDENNITA' OSPEDALIERA

4.1 DIARIA DA MALATTIA

In caso di ricovero con o senza intervento chirurgico per causa di malattia, così come definita ai termini della presente Copertura Sanitaria, CASSA corrisponderà all'Assistito un'indennità per ogni giorno di ricovero (intendendo come tale il periodo del giorno che comprende anche il pernottamento) pari ad euro 25,00 giornalieri per ricovero, entro il limite di 60 giorni annui. **Tale indennità verrà corrisposta a partire dal 4° giorno di ricovero**.

4.2 DIARIA DA INFORTUNIO

In caso di ricovero con o senza intervento chirurgico causato da infortunio, così come definito ai termini della presente Copertura Sanitaria, CASSA corrisponderà all'Assistito un'indennità per ogni giorno di ricovero (intendendo come tale il periodo del giorno che comprende anche il pernottamento) pari ad euro 50,00 giornalieri per ricovero, con il limite di 60 giorni annui. **Tale indennità verrà corrisposta a partire dall' 11 ° giorno di ricovero**.

Per ognuna delle due fattispecie suindicate (patologia o infortunio),verrà erogata una sola diaria annua.

Sezione 5: AREA SERVIZI CENTRALE SALUTE

5.1 ACCESSO AL NETWORK DI STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE

Per tutto il corso di validità della presente Copertura, l'Assistito ha diritto ad usufruire del Network di strutture sanitarie convenzionate con Mutua MBA per il tramite di Società da quest'ultima incaricata per la gestione delle pratiche. L'accesso al network delle strutture sanitarie convenzionate permette di beneficiare della seguente scontistica:

- Accesso ILLIMITATO con tariffe agevolate ai servizi e prestazioni, con/senza prescrizione medica, erogate da Case di cura (compresi i medici convenzionati), Centri diagnostici, polispecialistici, odontoiatrici e professionisti associati a CASSA MUTUA MBA.
- Accesso ILLIMITATO con tariffe agevolate ai servizi e prestazioni, con/senza prescrizione medica, erogate in telemedicina da Health Point Spa.

In virtù del rapporto di convenzione tra la struttura sanitaria e la Centrale Operativa, l'Assistito usufruirà di un canale d'accesso privilegiato alle prestazioni e di tariffe particolarmente favorevoli rispetto ai listini in vigore. Avrà a disposizione il supporto della Centrale Salute, per informazioni per accedere alle strutture convenzionate, informazioni per la corretta erogazione di tutti i servizi e sussidi/sostegni del presente Regolamento.

5.2 CONSERVAZIONE DELLE CELLULE STAMINALI

Per tutto il corso di validità del presente Sussidio, l'Assistito avrà a disposizione a costi agevolati la possibilità di usufruire di convezioni presso Partner di MBA.
Grazie alle Convenzioni siglate sarà possibile per l'Assistito richiedere direttamente, anche per il tramite della Centrale Salute, il servizio di conservazione delle cellule staminali in forma privata all'estero, secondo i criteri normativi attualmente in vigore, nonché usufruire dei pacchetti sottoelencati a costi agevolati..

a) Crio - conservazione delle cellule staminali.
Le cellule staminali vengono così conservate, suddivise in più lotti, al fine di eliminare i rischi da perdita totale del campione a causa di eventi catastrofali.
Tutti i laboratori hanno ottenuto i più severi accreditamenti internazionali (GMP-ISO17025) e garantiscono il medesimo elevato livello di qualità e di sicurezza.
I laboratori utilizzati possono, inoltre, offrire servizi di amplificazione e coltura cellulare secondo i più rigorosi e moderni standard scientifici internazionali, puntando a divenire il punto di riferimento per gli sviluppi della medicina rigenerativa.

b) Informazione scientifica.
I nostri partner vogliono costituire una fonte privilegiata per i Genitori ed i professionisti del settore sanitario, per l'accesso ad informazioni attendibili, indipendenti, aggiornate ed esaustive sulla ricerca scientifica e la sua applicazione in materia di cellule staminali, attraverso supporti informativi documentali e colloqui individuali con i nostri specialisti.

c) Consulenza medica.
I nostri Partner non vogliono limitarsi, quindi, alla sola conservazione delle cellule staminali, ma vuole essere il centro di competenze scientifiche e mediche unico ed ideale per ogni ulteriore esigenza che possa maturare a conservazione avvenuta.
Qualora nel corso del periodo di stoccaggio dovesse presentarsi una patologia per la quale la disponibilità di proprie cellule staminali possa consentire l'utilizzo di un trattamento o di una terapia a base di staminali, potranno assicurare la migliore assistenza nella selezione, a livello internazionale, dei professionisti, degli ospedali e delle cliniche più avanzate supportando, se richiesto, la struttura sanitaria che ha in cura il paziente.
Inoltre si prenderanno cura del trasporto dei campioni presso la struttura sanitaria indicata dai Genitori, supportando gli stessi, attraverso il proprio personale tecnico, nel coordinamento di tutte le complesse attività terapeutiche.

****

Tutte le informazioni necessarie per accedere correttamente alle prestazioni sanitarie erogate, nonché la gestione dei relativi rimborsi sono indicate nella Guida Operativa facente parte integrante della presente Copertura Sanitaria consultabile nell'Area Riservata del portale della CASSA.