Regolamento del Sussidio

“SALUS SOCI BAPS”

Il Presente Regolamento è da considerarsi parte integrante dello Statuto e del Regolamento Attuativo dello Statuto di Mutua MBA

Indice	Pagina

SEZIONE 1: Definizioni	**3**
SEZIONE 2: Norme generali che regolano il sussidio	**10**
SEZIONE 3: Norme relative a tutte le garanzie	**15**
AREA SANITARIA	**21**
SEZIONE 4 - GARANZIE OSPEDALIERE	**21**
SEZIONE 5 - GARANZIE EXTRA-OSPEDALIERE	**38**
AREA ONCOLOGICA	**41**
AREA MATERNITA'	**42**
AREA SOSTEGNO e WELLNESS	**43**
SEZIONE 7 - WELLNESS - SOSTEGNO POST RICOVERO CON INTERVENTO	**43**
SEZIONE 8 – NON AUTOSUFFICIENZA	**43**
AREA PREVENZIONE	**45**
SEZIONE 9 - PREVENZIONE HEALTH POINT e SSN	**45**
***ALLEGATO 1* – Elenco "Grandi Interventi Chirurgici"**	**47**
***ALLEGATO 2* – Elenco Interventi Plafonati**	**49**
***ALLEGATO 3* – Tabella dei Punteggi per la Determinazione del Grado di Non Autosufficienza**	**52**

Sezione 1.: Definizioni

Assistenza Diretta: modalità di erogazione del servizio in base alla quale le prestazioni previste dal presente sussidio sono effettuate presso strutture sanitarie utilizzando personale medico (e/o sanitario) ambedue convenzionati con MBA, per il tramite di Health Assistance S.C.p.A. (di seguito anche Health Assistance o Centrale Salute), e con applicazione degli specifici accordi di convenzione vigenti tra MBA e le strutture/personale convenzionati; in questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente da parte di MBA 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 MBA.

Assistenza Indiretta: modalità di erogazione del servizio in base alla quale la Mutua MBA rimborsa le spese all'Assistito dietro presentazione della documentazione medica e di spesa richiesta nei limiti di quanto previsto dal presente sussidio. 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 di MBA.

Assistito: persona fisica iscritta regolarmente alla Mutua ed il cui interesse è protetto dal Sussidio, 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 aventi diritto ai sensi del presente Regolamento e dell'art. 9 del Regolamento Attuativo dello Statuto di Mutua MBA.

Attività professionale: qualsiasi attività non inerente alla vita privata (es. attività commerciali, artigianali, industriali, professionali) anche se non esercitate come attività principali.

Animale domestico: l'animale che vive stabilmente in un'abitazione con un nucleo familiare. Ai fini del rimborso spese, l'inserimento nel nucleo familiare dovrà essere comunicato ad Mba unitamente a copia dell'iscrizione all'anagrafe canina da cui risulti anche il codice di 15 cifre del micro chip ovvero del tatuaggio.

Carenza (termine di aspettativa): lasso di tempo che intercorre tra la data di decorrenza della copertura e l'effettiva decorrenza (operatività) delle garanzie.

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.

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.

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 oggetto di garanzia 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 alla Mutua MBA 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 dal presente sussidio 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.

Decadenza: termine massimo entro il quale presentare la documentazione a corredo della domanda di erogazione delle prestazioni (incluse le richieste di rimborso in forma diretta), anche se di data antecedente alla domanda di adesione. La mancata presentazione della documentazione completa e conforme alle richieste di MBA, entro 270 giorni dalla data dell'evento ovvero, in caso di ricovero ordinario o diurno, dalla data delle dimissioni, comporta la decadenza dal diritto al rimborso e al pagamento delle prestazioni, incluse quelle eseguite in forma diretta**.** L'eventuale sospensione dell'istruttoria della pratica non interrompe il decorrere del termine di 270 giorni sopra indicato. Dunque, nel caso di sospensione, il Socio ha 60 giorni di tempo dalla data di comunicazione della richiesta di ulteriore documentazione per integrare la stessa, purché ciò avvenga sempre entro 270 giorni dall'evento ovvero, in caso di ricovero ordinario o diurno, dalla data delle dimissioni. Decorsi 60 giorni, la richiesta verrà respinta e il Socio dovrà presentare nuova e completa domanda comprensiva anche della documentazione integrativa, comunque entro i 270 giorni per non incorrere nella suddetta decadenza.

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 garanzie del presente Sussidio. 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 garanzie.

Garanzia: la prestazione o i servizi o altra forma di tutela previste dal Sussidio e per le quali si prevede un rimborso o una diaria o una indennità o anche solo un servizio secondo i termini indicati dal Sussidio stesso.
Salvo quanto esplicitamente e diversamente previsto, il presupposto dell'operatività delle garanzie 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 rimuovibile 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 del presente Sussidio 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 presente sul sito di MBA https://www.mbamutua.org/ oppure rinvenibile contattando direttamente il Back Office di MBA o il proprio promotore di riferimento.

Health Point: settore dei servizi sanitari, di prevenzione e di telemedicina, nonché attiva nella promozione di servizi relativi alla salute e al benessere della persona, incaricata dalla Mutua per la gestione amministrativa del network e strutture sanitarie, nonché per la gestione dell'area prevenzione contemplata nei propri piani sanitari e per ulteriori iniziative di prevenzione ad hoc, la quale è altresì struttura sanitaria convenzionata con la Centrale Salute che offre prestazioni di diagnosi anche attraverso refertazioni e consulenze mediche on line. Per ulteriori informazioni si consulti il sito https://www.healthpointitalia.com/.

Inabilità temporanea: la temporanea incapacità fisica, totale o parziale, ad attendere alle proprie attività.

Indennità integrativa: importo giornaliero erogato dalla MBA per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito di Malattia/Infortunio (del parto e/o dell'aborto terapeutico ove previsti). L'indennità viene riconosciuta qualora non venga richiesto il Rimborso delle spese per le prestazioni effettuate durante il Ricovero o ad esso comunque connesse (ad eccezione delle prestazioni pre e post Ricovero che verranno rimborsate secondo le modalità ed i limiti indicati nel sussidio).

Indennità sostitutiva: importo giornaliero erogato dalla MBA per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito di Malattia/Infortunio (del parto e/o dell'aborto terapeutico ove previsti nel presente Sussidio). 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.

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 di Struttura Sanitaria Pubblica (attestante le circostanze dell'evento, le cause, le modalità di accadimento e le conseguenze dell'evento) e che abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente oppure una invalidità temporanea o una delle altre prestazioni garantite dal presente sussidio.
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.

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 garanzia sul presente Sussidio, 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'Assistito.

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.

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.

Mutua: Mutua MBA Società di Mutuo Soccorso Società Cooperativa per Azioni (ora innanzi anche MBA).

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

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 nel presente Sussidio, invia ai Centri convenzionati per il servizio di accesso alle prestazioni in forma diretta, nei limiti di quanto previsto dal Sussidio. 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 del Sussidio sottoscritto, quote di spesa a suo carico eventualmente non emerse/indicate in fase di autorizzazione ma comunque previste dal presente Sussidio.

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, purché tale periodo di presenza in ambito ospedaliero comprenda un minimo di ore continuative pari ad almeno 20 (c.d. periodo di osservazione breve) e venga debitamente documentato da apposita certificazione ospedaliera.

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

SOSTEGNO/SUB-SOSTEGNO: la somma complessiva annua, fino alla concorrenza della quale la Mutua sostiene i costi delle prestazioni previste dal presente Sussidio Sanitario

Stato di fragilità permanente: condizione di limitata integrità psico-fisica conseguente ad infortunio o malattia che abbia prodotto lesioni o patologie oggettivamente rilevabili, ovvero uno stato di invalidità permanente.

Statuto e Regolamento Attuativo MBA: documentazione che regolamenta il rapporto associativo con MBA e costituente parte integrante e sostanziale del presente Sussidio assieme alla Guida Operativa. Sono messe a disposizione dell'Assistito e sempre consultabili nell'Area Riservata dell'Assistito presente sul sito di MBA http://www.mbamutua.org oppure rinvenibili contattando direttamente il Back Office di MBA o il proprio promotore di riferimento.

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 il sussidio

Art. 1 – Oggetto

Oggetto del presente Sussidio è il rimborso delle spese sanitarie, ovvero l'erogazione delle prestazioni, sostenute dagli Assistiti in conseguenza di infortunio, malattia e parto certificati, per eventi verificatisi nel corso di validità del presente Sussidio.

Art. 2 – Persone Associate

È persona associata il Titolare del Sussidio che ha sottoscritto il modulo di adesione ad MBA richiedendo attivazione del Sussidio. Sono persone associate, altresì, i familiari i cui nominativi siano stati espressamente indicati dal Titolare in fase di adesione compatibilmente con le garanzie previste dal presente Sussidio e con l'art. 22 del Regolamento Attuativo dello Statuto MBA.

Indicando i nominativi dei propri familiari, l'Assistito autocertifica con riferimento agli stessi il rispetto dei requisiti di cui al presente Sussidio e al Regolamento Attuativo (art. 22 cit.), per beneficiare delle garanzie. È altresì necessario comunicare tempestivamente alla Mutua eventuali modificazioni del Nucleo Familiare in corso di validità del sussidio (vedi Art.5).

Per nucleo si intendono, oltre al titolare del sussidio, il coniuge/partner unito civilmente ed il convivente more uxorio, nonché i figli fino a 26 anni, purché conviventi.

Sono inoltre inclusi nel Nucleo Familiare i figli oltre i 26 anni, conviventi con il titolare del sussidio a condizione che questi ultimi siano fiscalmente a carico (a tal fine, al momento dell'adesione, dovrà essere presentata apposita autocertificazione in merito) oppure versino in uno stato di invalidità superiore al 66% (a tal fine, al momento dell'adesione, dovrà essere presentata idonea certificazione in merito).

È equiparato al convivente more uxorio anche il convivente dello stesso sesso dell'Assistito a condizione che gli stessi siano uniti da reciproci vincoli affettivi, che non vi sia parentela in linea retta entro il primo grado, affinità in linea retta entro il secondo grado, adozione, affiliazione, tutela, curatela o amministrazione di sostegno e che convivono stabilmente e si prestino assistenza e solidarietà materiale e morale.

Art. 3 – Limiti di età

L'adesione al presente sussidio sarà possibile per tutti gli Assistiti che alla data di attivazione non abbiano compiuto i 66 anni di età.

L'adesione al presente sussidio prosegue anche superati i 66 anni a condizione che l'Assistito rinnovi, senza alcuna soluzione di continuità, di anno in anno l'adesione al sussidio. In caso di cessazione dell'adesione, una nuova adesione potrà avvenire soltanto con le specifiche modalità previste per i sussidi sanitari che ammettono l'adesione di Assistiti che abbiano già compiuto 66 anni.

Quanto previsto ai commi che precedono si intende valido anche nel caso di adesione al sussidio per tutto il nucleo familiare; in particolare, qualora uno dei componenti del nucleo familiare abbia già compiuto 66 anni di età, l'adesione al presente sussidio sarà possibile:

1) nella formula "singolo": per il solo componente del nucleo familiare con meno di 66 anni;
2) nella formula "nucleo": per tutti i componenti del nucleo familiare con meno di 66 anni, esclusi quindi coloro che abbiano già superato detto limite di età.

Le prestazioni previste dal presente Sussidio sono messe a disposizione degli Assistiti senza alcun limite di età in uscita, fermo restando che al compimento del 71° anno di età, in concomitanza con la scadenza annuale dello stesso, si applicheranno le condizioni, limiti di rimborso e le modalità previste per le garanzie denominate "OVER 70" come specificato dettagliatamente nelle singole garanzie previste nel presente Regolamento.

Art. 4 – Variazione del Nucleo Familiare

Qualora sia prevista l'inclusione del Nucleo Familiare, l'Assistito deve comunicare immediatamente le variazioni del proprio stato Familiare alla MBA in forma scritta, entro e non oltre 60 giorni dall'avvenuta variazione (es. nascita, matrimonio).

in difetto di comunicazione entro il suddetto termine, e fermo restando il pagamento del contributo dovuto per l'estensione al Nucleo, l'inclusione dei nuovi Assistiti nel sussidio si intenderà operante solo a decorrere dalla nuova annualità del sussidio stesso.

Resta inteso che, per i nuovi Assistiti, ai fini dell'applicazione, ove previsti, dei Termini di aspettativa di cui all'art. 17 e delle Pregresse di cui all'art. 18 verrà considerata come data di prima decorrenza il giorno della relativa inclusione.

Art. 5 – Durata del sussidio e tacito rinnovo

Il presente sussidio ha durata di tre anni decorrenti dal giorno di cui all'art. 10. In mancanza di comunicazione di non rinnovo, inviata mediante lettera

raccomandata A/R o posta elettronica certificata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza triennale, il sussidio sanitario s'intenderà rinnovato, di anno in anno, con obbligo di pagamento del contributo aggiuntivo e delle quote associative previste così come previsto da Statuto di MBA.

In ogni caso la MBA, entro 60 giorni dalla scadenza annuale, si riserva la facoltà di comunicare a mezzo e-mail all'Assistito le condizioni di rinnovo per la successiva annualità.

Art. 6 – Obblighi contributivi dell'Assistito

In caso di mancato versamento dei relativi contributi e fermo quanto previsto all'art. 10, la MBA si riserva il diritto di adire le vie legali, previo tentativo di conciliazione ai sensi dell'Art. 12 del presente Regolamento.

Art. 7 – Dichiarazioni e comunicazione dell'Assistito

Le dichiarazioni non veritiere rese dall'Assistito al momento della domanda di ammissione o, successivamente, ai fini di ottenere il Rimborso delle spese, comportano la perdita totale o parziale del diritto al pagamento della somma dovuta dalla Mutua in caso di Evento rimborsabile in base al presente sussidio.

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

Art. 8 – Sussidio a favore di terzi

Se il presente sussidio è stipulato a favore di terzi, gli obblighi che derivano dal regolamento devono essere adempiuti dal titolare, richiedendo, ove necessario, la cooperazione delle persone garantite.

Art. 9 – Pagamento del contributo e decorrenza del sussidio

Il sussidio ha effetto dalle ore 24:00 del giorno in cui è avvenuta la delibera di ammissione da parte di MBA oppure dalle ore 24:00 del giorno di iscrizione al libro dei soci, se il contributo aggiuntivo o la prima rata di contributo aggiuntivo sono stati pagati.

Se l'Assistito non paga la prima rata di contributo o le rate successive, la garanzia resta sospesa dalle ore 24:00 dello stesso giorno di scadenza del pagamento e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno di pagamento sempre che sia avvenuto entro 180gg (e ferme le successive scadenze).

Durante il periodo di sospensione non verrà erogata alcuna prestazione richiesta, anche se riferibile ad un momento pregresso rispetto al verificarsi dell'insolvenza.

Nel caso l'irregolarità contributiva superi i 180 gg, il socio decade dalla propria qualifica perdendo ogni diritto.

Per ulteriori dettagli si rimanda al Regolamento Attuativo dello Statuto di MBA (cfr. art. 15).

Art. 10 – Comunicazioni e modifiche

Le comunicazioni inerenti il rapporto associativo o le variazioni ed integrazioni al presente sussidio sanitario avverranno nelle modalità indicate e accettate, sottoscrivendo la domanda di adesione oltre che specificate all'interno del Regolamento Attuativo dello Statuto.

Art. 11 – Risoluzione delle Controversie

A fronte di ogni eventuale controversia che dovesse insorgere tra l'Assistito e la MBA, anche in dipendenza di una diversa interpretazione del presente sussidio, prima di ricorrere ad un procedimento ordinario, le Parti esperiranno il tentativo di conciliazione, come previsto dall'Art. 46 dello Statuto di MBA. In caso di esito negativo del tentativo di conciliazione, il foro competente per ogni eventuale controversia, è quello di Roma.

Art. 12 – Sostegni

Tutti i Sostegni menzionati nel presente sussidio, nonché gli eventuali sub-Sostegni relativi a specifiche prestazioni o garanzie, sono da intendersi per anno di validità del sussidio, salvo casi specifici dove viene espresso diversamente nelle singole garanzie.

Inoltre, ogni Sostegno o sub-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 garanzie.

Tutti i Sostegni e sub Sostegni previsti dal presente Sussidio saranno pertanto da intendersi anno/nucleo.

Art. 13 – Sottoscrizione di più Sussidi

Qualora l'Assistito abbia sottoscritto con la MBA più di un sussidio, avrà diritto ad ottenere la condizione più favorevole (Rimborso delle spese, erogazione di indennità o indennizzo) tra le garanzie riconosciutegli dai vari sussidi sottoscritti. Tale principio

trova, inoltre, applicazione nell'ambito dello stesso Sussidio Sanitario che preveda più rimborsi e/o prestazioni per lo stesso evento.

Art. 14 – Limiti territoriali

Le garanzie, nei limiti stabiliti dal presente Regolamento, sono valide in tutto il mondo, salvo espresse deroghe previste nelle singole garanzie. 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. 15 – Responsabilità di terzi

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

- liquidare, nei limiti stabiliti dal presente Regolamento, le spese sanitarie sostenute dal socio in conseguenza dell'evento pregiudizievole, solo qualora il socio produca a MBA documentazione attestante il rifiuto di rimborso 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 il socio produca a MBA 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 limiti 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. 19 del presente Regolamento.

Art.16 – Rinvio alle norme

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme legislative italiane, lo Statuto della Mutua MBA, il Regolamento Attuativo dello Statuto in vigore e la Guida Operativa che sono consultabili nell'Area Riservata dell'Assistito presente sul sito di MBA www.mbamutua.org oppure rinvenibili contattando direttamente il Back Office di MBA o il proprio promotore di riferimento.

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

Art. 17 – Termini di Aspettativa (Carenze)

Fermo quanto previsto all'Art. 10 delle Norme Generali, disciplinante il giorno di effetto del sussidio, le garanzie decorrono:

- per gli Infortuni e l'aborto post-traumatico: dalle ore 24 del giorno di effetto del sussidio;
- per le conseguenze di stati patologici non conosciuti dall'Assistito ma insorti anteriormente alla data di effetto del presente sussidio: dal **150° giorno**;
- per il parto: dal 270° giorno successivo a quello di effetto del sussidio;
- per le Malattie: dal 30° giorno successivo a quello di effetto del sussidio;
- per le Malattie dipendenti da gravidanza: dal 30° giorno successivo a quello di effetto del sussidio, a condizione che la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo all'effetto del sussidio stesso.

I suddetti termini di carenza non agiscono nel caso di provenienza senza soluzione di continuità da precedente e diverso Sussidio MBA; lo stesso in caso di provenienza da precedente altra Mutua o Cassa o Fondo di Assistenza Sanitaria integrativa o Compagnia di Assicurazioni, purché si fornisca idonea certificazione dalla quale si evinca la continuità del periodo di copertura rispetto alla decorrenza (data di effetto) del presente Sussidio.

Art. 18 – Pregresse

Tutte le garanzie oggetto del presente Sussidio attivate in conseguenza di Infortuni avvenuti anteriormente alla data di attivazione dello stesso si intendono espressamente escluse.

Altresì si intenderanno escluse tutte le garanzie oggetto del presente Sussidio attivate in conseguenza di stati patologici manifestati, diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati prima della data di attivazione del presente sussidio. Tale esclusione non opera una volta trascorsi 2 (DUE) anni di attivazione ininterrotta del presente Sussidio.

In caso di attivazione del presente sussidio senza soluzione di continuità rispetto ad altro sussidio messo a disposizione da parte di MBA verrà considerata come data di prima adesione, a tutti gli effetti e salvo particolari deroghe, quella relativa all'attivazione del presente sussidio.

Art. 19 – Esclusioni

Sono esclusi dal presente sussidio sanitario (salvo non sia diversamente previsto nelle specifiche garanzie):

a. le prestazioni non corredate da prescrizione medica attestante la diagnosi di patologia o quesito diagnostico (se patologia ancora da accertare);

b. le prestazioni conseguenti agli Infortuni non documentati da referto di Pronto Soccorso Ospedaliero o di Struttura convenzionata con il SSN, o di Unità Medica di Primo Soccorso presente nel luogo dell'infortunio 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 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.

c. le prestazioni relative o finalizzate a cure odontoiatriche, salvo specifiche deroghe previste dal Sussidio;

d. le prestazioni di routine, controllo, prevenzione nonché i vaccini (sia l'acquisto del farmaco che l'infusione/somministrazione);

e. le prestazioni conseguenti a suicidio e tentato suicidio;

f. le prestazioni derivanti o finalizzate all'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla data di effetto del sussidio, ad eccezione degli Interventi sui bambini che non abbiano superato i 5 anni di età;

g. le prestazioni relative a malattie mentali ed i disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche;

h. le prestazioni sanitarie e le cure aventi finalità estetica e dietologica, salvo gli Interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva resi necessari da Malattia o Infortunio rimborsabili, purché effettuate nei 360 giorni successivi all'Intervento e comunque durante la validità del sussidio;

i. Infortuni o Malattie derivanti da dolo dell'Assistito;

j. 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;

k. i farmaci non riconosciuti dalla Farmacopea Ufficiale;

l. 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;

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

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

o. l'aborto volontario non terapeutico;

p. 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;

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

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

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

t. le Malattie correlate all'abuso di alcool o al consumo di stupefacenti e sostanze psicotrope, assunte non a scopo terapeutico;

u. 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 impegno temporale a qualsiasi altra occupazione;

v. 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;

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

x. 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;

y. eventi per i quali sia configurabile la responsabilità di terzi; fatto salvo quanto previsto nel precedente art.15;

z. spese per il trasporto del plasma.

Art. 20 – Modalità di erogazione del servizio.

La richiesta di accesso alle prestazioni deve essere presentata nel rispetto delle tempistiche, delle Modalità operative e corredata da tutta la documentazione indicata nei Sussidi Sanitari e nella Guida Operativa, mediante l'utilizzo dell'apposita modulistica messa a disposizione del Socio.

Per tutte le informazioni necessarie ad accedere correttamente alle prestazioni sanitarie erogate in forma Diretta e Indiretta, nonché per la gestione dei relativi Rimborsi si rimanda alla Guida Operativa aggiornata che forma parte integrante del presente Sussidio ed è consultabile nell'Area Riservata dell'Assistito presente sul sito di MBA www.mbamutua.org oppure rinvenibile contattando direttamente il Back Office di MBA o il proprio promotore di riferimento.

MBA si riserva di aggiornare la Guida Operativa fornendone debita e preventiva comunicazione attraverso il sito www.mbamutua.org.

In caso di prestazione erogata da professionisti operanti in regime di libera professione Intramoenia anche allargata (ALPI), il rimborso della prestazione è subordinato alla presentazione, nei termini previsti dalla Guida Operativa, del preventivo fornito dall'Azienda Ospedaliera all'Assistito e da questi preventivamente e formalmente accettato.

Art. 21 – Documentazione per la presentazione delle richieste.

MBA stabilisce nel rispetto dello Statuto la documentazione da produrre in modo completo a supporto di ciascuna domanda di erogazione delle prestazioni.

Il Socio si impegna a fornire a MBA la documentazione richiesta, anche di data antecedente alla domanda di adesione. Il Socio rilascia preventiva e specifica autorizzazione a MBA a richiedere tale documentazione a terzi, nel rispetto delle vigenti normative.

Si evidenzia che MBA 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.

Art. 22 –Tempi di presentazione delle richieste.

La documentazione a corredo della domanda di rimborso sia in caso di Indennità che di Assistenza indiretta che di Assistenza Diretta sopra definite, deve essere presentata in modo completo e conforme alle richieste di MBA, entro 270 giorni dalla data dell'evento ovvero in caso di Ricovero ordinario o diurno entro 270 giorni dalla data delle dimissioni. Il socio si impegna a tal fine a presentare, o a far sì che le strutture e i professionisti presso i quali è stata eseguita la prestazione presentino entro il suddetto termine, la documentazione completa a MBA o al service provider dalla stessa incaricato. La mancata presentazione della domanda di rimborso e della documentazione completa (anche in caso di prestazione effettuata in forma diretta) entro il predetto termine comporta la decadenza dal diritto al riconoscimento dell'Assistenza (Diretta/Indiretta/Indennitaria).

La sospensione dell'istruttoria della pratica di Rimborso non interrompe la decadenza indicata. Pertanto, nel caso di sospensione, l'Assistito ha 60 gg di tempo dalla data di comunicazione della richiesta di ulteriore documentazione per integrare la stessa e sempre entro 270 gg dall'evento. Decorsi 60 gg, la richiesta verrà respinta e l'Assistito dovrà presentare nuova e completa domanda comprensiva anche della documentazione integrativa, comunque entro i 270gg dall'evento oltre i quali il suo diritto decade.

L'Assistito è inoltre tenuto a fornire ogni informazione e consentire la visita di Medici incaricati da MBA 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. 23 – Tempi di Rimborso

a. **Prestazioni effettuate in Assistenza diretta presso strutture/professionisti convenzionati con la Centrale Salute.**

   Le spese relative alla prestazione erogata in assistenza diretta presso strutture/professionisti convenzionati con la Centrale Salute verranno corrisposte dalla MBA direttamente alle strutture/professionisti a termini del presente Sussidio e solo subordinatamente all'esito positivo di rimborsabilità conseguente all'analisi della documentazione medica e di spesa completa inoltrata dalla struttura/professionista alla Centrale Salute (in ciò il rilascio dell'Autorizzazione alla presa in carico costituendo mero strumento di attivazione del servizio).

   La richiesta di presa in carico dovrà essere presentata alla Centrale Salute almeno 5 giorni lavorativi prima della data prevista per la prestazione. Ai fini del calcolo dei giorni utili, i giorni festivi e prefestivi non sono considerati nel calcolo.

b. Prestazioni effettuate in Assistenza indiretta

MBA provvederà alla lavorazione delle richieste e al rimborso di quanto dovuto a termini del presente Sussidio 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.

PREMESSA

Le prestazioni previste dal presente Sussidio sono messe a disposizione degli Assistiti senza alcun limite di età in uscita, fermo restando che al compimento del 71° anno di età, in concomitanza con la scadenza annuale dello stesso, si applicheranno le condizioni, limiti di rimborso e le modalità previste per le garanzie con la specifica "Over 70" come indicato, dettagliatamente, nelle singole garanzie previste nel presente Regolamento.
Ove non vi sia alcuna specifica, le condizioni e i limiti di rimborso sono i medesimi per tutti gli Assistiti.

AREA SANITARIA

SEZIONE 4) - GARANZIE OSPEDALIERE

LIMITE ANNUO GARANZIE OSPEDALIERE

Il Sostegno annuo erogabile per il complesso degli eventi e prestazioni indicati dal successivo punto A. al punto F. è pari a **€ 100.000,00 per Anno/Nucleo.**

A. RICOVERI PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO

In caso di **Ricovero ordinario per Grande Intervento Chirurgico** (secondo l'elenco esaustivo riportato nell'Allegato 1 al presente Sussidio "*Elenco dei Grandi Interventi Chirurgici*"), reso necessario da Malattia o Infortunio, Mba provvede a rimborsare le seguenti spese inerenti l'Intervento Chirurgico:

i) nei 90 giorni precedenti al Ricovero

- visite specialistiche ed accertamenti diagnostici (correlati alla patologia causa del Ricovero) effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura;

ii) durante il Ricovero

- onorari del chirurgo, dell'aiuto operatore chirurgico, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'Intervento, diritti di sala operatoria e materiale di Intervento (ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'Intervento);
- assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami;
- rette di degenza:
  - al 100% in caso di struttura sanitaria convenzionata (Assistenza Diretta e Indiretta in Network);
  - fino ad un sub Sostegno di **€ 250,00 al giorno** in caso di struttura non convenzionata (Assistenza Indiretta fuori Network). Tale sub-Sostegno si intende raddoppiato per i giorni di degenza effettuati nei reparti di terapia intensiva;

- vitto e pernottamento in Istituto di cura dell'accompagnatore e fino ad un subSostegno di € 75,00 al giorno per un massimo di 30 giorni anno/nucleo (il numero di 30 giorni è da intendersi come periodo massimo complessivo previsto per questa prestazione così come disciplinata dal presente punto A. e per i successivi punti B., C. e D.)

iii) nei 90 giorni successivi al Ricovero

- esami diagnostici e visite specialistiche (correlati alla patologia causa del Ricovero);
- prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi (correlati alla patologia causa del Ricovero);
- acquisto di medicinali (previa prescrizione medica completa di motivazione clinica correlata al ricovero);
- cure termali (escluse le spese alberghiere e correlati alla patologia causa del Ricovero);

MBA provvederà al rimborso delle spese sostenute dall'Assistito a fronte delle prestazioni di cui al punto ii) del presente art. A. come di seguito:

1. Nel caso di prestazioni erogate presso un Centro Convenzionato con la Centrale Salute **(Assistenza Diretta o Assistenza Indiretta in Network)**, applicazione di una **quota di spesa a suo carico pari ad € 500,00 per evento;**

   OVER 70 Nel caso di prestazioni erogate presso un Centro Convenzionato con la Centrale Salute **(Assistenza Diretta o Assistenza Indiretta in Network)**, **nessuna quota di spesa a suo carico;**

2. Nel caso di prestazioni erogate presso un Centro Non Convenzionato con la Centrale Salute **(Assistenza indiretta fuori Network),** applicazione di una **quota di spesa a suo carico del 15% con minimo non rimborsabile di € 1.500,00 per evento;**

   OVER 70 Nel caso di prestazioni erogate presso un Centro Non Convenzionato con la Centrale Salute **(Assistenza indiretta fuori Network)**, applicazione di una **quota di spesa a suo carico del 20% con minimo non rimborsabile di € 2.500,00 per evento;**

3. Nel caso di prestazioni erogate presso **strutture del S.S.N. o presso strutture con questo convenzionate, i ticket sanitari** verranno rimborsati **senza applicazione di alcuna Quota di spesa** a carico dell'Assistito**.**

Nel caso di Assistenza indiretta in Network: qualora la richiesta di rimborso spese non sia accompagnata dal Modulo di Accesso al Network compilato e sottoscritto dalla Struttura Sanitaria e quest'ultima non abbia applicato le tariffe

agevolate in favore dell'Assistito, quest'ultimo avrà diritto a richiedere a MBA il rimborso delle spese sostenute entro il limite delle Tariffe concordate fra MBA e la Struttura Sanitaria. Le maggiori spese sostenute in ragione della mancata applicazione del Tariffario – determinata dalla mancata attivazione della convenzione da parte dell'Assistito - saranno quindi da intendersi a carico dell'Assistito stesso. Inoltre, la Mutua provvederà al rimborso delle spese previa applicazione delle quote di spesa a carico dell'Assistito previste in caso di Assistenza Indiretta fuori Network.

QUOTE A CARICO PER SPESE PRE E POST. Con riferimento alle sole **spese pre e post di cui ai punti i) e iii) del presente art. A.** il rimborso avverrà dietro applicazione delle seguenti quote di spesa a carico dell'Assistito:

1. **10%** se effettuate presso un Centro Convenzionato con la Centrale Salute **(Assistenza Diretta o Assistenza Indiretta in Network);**

   OVER 70 Nessuna quota di spesa a suo carico se effettuate presso un Centro Convenzionato con la Centrale Salute **(Assistenza Diretta o Assistenza Indiretta in Network);**

2. **15%** se effettuate presso un Centro non Convenzionato con la Centrale Salute **(Assistenza indiretta fuori Network);**

   OVER 70 20% se effettuate presso un Centro non Convenzionato con la Centrale Salute **(Assistenza indiretta fuori Network);**

3. **senza alcuna quota di spesa** a suo carico per **i ticket sanitari** se prestazioni effettuate ricorrendo al Servizio Sanitario Nazionale o a Struttura Sanitaria convenzionata con il SSN.

Per la documentazione da inoltrare si rimanda alla Guida Operativa che costituisce parte integrante del presente Sussidio.

A1. INDENNITÀ SOSTITUTIVA (alternativa all'Indennità integrativa di cui al successivo punto A2.)

Nel caso in cui l'Assistito, a seguito di **Ricovero ordinario per Grande Intervento Chirurgico** non richieda alcun Rimborso di cui al precedente punti A., la Mutua corrisponderà un'Indennità giornaliera per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della Malattia o dell'Infortunio.

L'indennità sarà pari a:

- **€ 150,00** per ogni giorno di ricovero comprendente il pernottamento e nel **limite massimo di 90 giorni per anno/nucleo;**
  OVER 70 elevata a **€ 200,00** per ogni giorno di ricovero comprendente il pernottamento fermo il **limite massimo di 90 giorni per anno/nucleo**;

Si precisa che il numero massimo di 90 giorni per l'indennità sostitutiva, è da intendersi come numero massimo di giorni complessivo per anno/nucleo per il presente punto A1. e per i successivi B2., C1.e D1.

Qualora l'Assistito richieda la presente Indennità sostitutiva si intenderà escluso il Rimborso di qualsiasi altra spesa, anche precedente o successiva al Ricovero (di cui ai punti i) e iii) dell'art. A,. eventualmente sostenuta e riferibile al medesimo Ricovero.

Per la documentazione da inoltrare si rimanda alla Guida Operativa che costituisce parte integrante del presente Sussidio

A2. INDENNITÀ INTEGRATIVA (alternativa all'Indennità sostitutiva di cui al precedente punto A1.)

Nel caso in cui l'Assistito, a seguito di Ricovero ordinario **per Grande Intervento Chirurgico** non richieda alcun Rimborso di cui ai precedenti punti A. e A1., Mba corrisponderà un'indennità per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della Malattia, o dell'Infortunio.

L'indennità sarà pari a:

- **€ 75,00** per ogni giorno di ricovero comprendente il pernottamento e nel **limite massimo di 45 giorni anno/nucleo;**
  OVER 70 elevata a **€ 100,00** fermo il limite **massimo di 45 giorni** per anno/nucleo;

Si precisa che il numero massimo di 45 giorni per l'indennità integrativa, è da intendersi come numero massimo di giorni complessivo per anno/nucleo per il presente punto A2. e per i successivi punti B3., C2. e D2.

Qualora l'Assistito richieda la presente Indennità integrativa, potrà richiedere il Rimborso anche delle spese eventualmente sostenute di cui ai punti i) e iii) del Punto A. e riferibili al medesimo Ricovero, fermi gli eventuali sub-Sostegni indicati nel medesimo articolo.

SPESE PRE E POST INDENNITA' INTEGRATIVA

Il rimborso delle citate prestazioni di cui ai punti **i) e iii) (spese pre e post),** avverrà dietro applicazione delle seguenti quote di spesa a carico:

1. **10%** se effettuate presso un Centro Convenzionato con la Centrale Salute **(Assistenza Diretta o Assistenza Indiretta in Network);**

2. **20%** se effettuate presso un Centro non Convenzionato con la Centrale Salute **(Assistenza indiretta fuori Network);**

3. **senza alcuna quota di spesa** a suo carico per **i ticket sanitari** se prestazioni effettuate ricorrendo al Servizio Sanitario Nazionale o a Struttura Sanitaria convenzionata con il SSN.

Per la documentazione da inoltrare si rimanda alla Guida Operativa che costituisce parte integrante del presente Sussidio

B. RICOVERI CON INTERVENTO CHIRUGICO (diverso dai GIC)

Si intendono validi i seguenti sub Sostegni anno/nucleo:

- Parto Cesareo/Aborto Terapeutico: € 2.300,00;
  In caso di Parto Cesareo, rimborsabile ai sensi del presente Sussidio, entro il sub-limite sopra indicato, Mba provvederà a rimborsare anche le spese per la cura ed il controllo del neonato nel suo primo anno di vita, anche nel caso di adesione in forma single.

In caso di **Ricovero ordinario con Intervento Chirurgico,** resi necessari da Malattia, Infortunio, Parto Cesareo o Aborto Terapeutico, Mba provvede a rimborsare le seguenti spese inerenti l'Intervento Chirurgico:

i) nei 90 giorni precedenti al Ricovero

- visite specialistiche ed accertamenti diagnostici effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura;

ii) durante il Ricovero

- onorari del chirurgo, dell'aiuto operatore chirurgico, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'Intervento, diritti di sala operatoria e materiale di Intervento;
- assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami;
- rette di degenza:
  - al 100% in caso di struttura sanitaria convenzionata (Assistenza Diretta e Indiretta in Network);
  - fino ad un sub Sostegno di € 250,00 al giorno in caso di struttura non convenzionata (Assistenza Indiretta fuori Network). Tale sub-Sostegno si intende raddoppiato per i giorni di degenza effettuati nei reparti di terapia intensiva;
- vitto e pernottamento in Istituto di cura dell'accompagnatore e fino ad un subSostegno di € 75,00 al giorno per un massimo di 30 giorni anno/nucleo (il numero di 30 giorni è da intendersi come periodo massimo complessivo previsto per questa prestazione così come disciplinata dal presente punto A e per i successivi punti B., C. e D.)

iii) nei 90 giorni successivi al Ricovero

- esami diagnostici e visite specialistiche;
- prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- acquisto di medicinali (previa prescrizione medica);
- cure termali (escluse le spese alberghiere);

MBA provvederà al rimborso delle spese sostenute dall'Assistito a fronte delle prestazioni di cui al **punto ii) del presente art. B**. come di seguito:

1. Nel caso di prestazioni erogate presso un Centro Convenzionato con la Centrale Salute **(Assistenza Diretta o Assistenza Indiretta in Network)**, applicazione di una **quota di spesa a suo carico pari ad € 500,00 per evento;**
2. Nel caso di prestazioni erogate presso un Centro Non Convenzionato con la Centrale Salute **(Assistenza indiretta fuori Network),** applicazione di una **quota di spesa a suo carico del 15% con minimo non rimborsabile di € 1.500,00 per evento;**

   OVER 70 Nel caso di prestazioni erogate presso un Centro Non Convenzionato con la Centrale Salute **(Assistenza indiretta fuori Network)**, applicazione di una **quota di spesa a suo carico del 20% con minimo non rimborsabile di € 1.500,00 per evento;**

3. Nel caso di prestazioni erogate presso **strutture del S.S.N. o presso strutture con questo convenzionate, i ticket sanitari** verranno rimborsati **senza applicazione di alcuna Quota di spesa** a carico dell'Assistito.

Nel caso di Assistenza indiretta in Network: qualora la richiesta di rimborso spese non sia accompagnata dal Modulo di Accesso al Network compilato e sottoscritto dalla Struttura Sanitaria e quest'ultima non abbia applicato le tariffe agevolate in favore dell'Assistito, quest'ultimo avrà diritto a richiedere a MBA il rimborso delle spese sostenute entro il limite delle Tariffe concordate fra MBA e la Struttura Sanitaria. Le maggiori spese sostenute in ragione della mancata applicazione del Tariffario – determinata dalla mancata attivazione della convenzione da parte dell'Assistito - saranno quindi da intendersi a carico dell'Assistito stesso. Inoltre, la Mutua provvederà al rimborso delle spese previa applicazione delle quote di spesa a carico dell'Assistito previste in caso di Assistenza Indiretta fuori Network.

QUOTE A CARICO PER SPESE PRE E POST.

Con riferimento alle sole **spese pre e post di cui ai punti i) e iii) del presente art. B.** il rimborso avverrà dietro applicazione delle seguenti quote di spesa a carico dell'Assistito:

1. **10%** se effettuate presso un Centro Convenzionato con la Centrale Salute **(Assistenza Diretta o Assistenza Indiretta in Network);**
2. **15%** se effettuate presso un Centro non Convenzionato con la Centrale Salute **(Assistenza indiretta fuori Network);**

   OVER 70 **20%** se effettuate presso un Centro non Convenzionato con la Centrale Salute **(Assistenza indiretta fuori Network);**
3. **senza alcuna quota di spesa** a suo carico per **i ticket sanitari** se prestazioni effettuate ricorrendo al Servizio Sanitario Nazionale o a Struttura Sanitaria convenzionata con il SSN.

Per la documentazione da inoltrare si rimanda alla Guida Operativa che costituisce parte integrante del presente Sussidio.

B1. INTERVENTI CHIRURGICI PLAFONATI

In caso di Intervento Chirurgico, secondo l'elenco esaustivo riportato nell'Allegato 2 al presente Sussidio "*Elenco Interventi Chirurgici Plafonati*"), Mba provvederà al rimborso delle medesime spese e nelle medesime modalità riportate al punto precedente B., nei limiti dei plafond per tipologia di intervento indicati nello stesso allegato 2.

Si precisa che:

1. nell'elenco allegato, viene riportata anche la quota parte di plafond da destinare esclusivamente alle spese pre e post di cui ai punti i) e iii) inerenti al medesimo intervento;
2. ove nello stesso ricovero vengano effettuati due o più interventi compresi nell'elenco, si applica il plafond al 100% per l'intervento principale (come definito dal chirurgo) e al 70% per quelli secondari; in tal caso l'eventuale franchigia prevista viene applicata una sola volta sull'intero ammontare di spesa.

B2. INDENNITÀ SOSTITUTIVA (alternativa all'Indennità integrativa di cui al successivo punto B3).

Nel caso in cui l'Assistito, a seguito di **Intervento Chirurgico di cui ai punti B. e B1., (compreso Parto Cesareo e Aborto Terapeutico),** non richieda alcun

Rimborso, la Mutua corrisponderà un'Indennità giornaliera per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della Malattia, dell'Infortunio, del parto o dell'aborto terapeutico.

L'Indennità sarà pari a:

1. **nei casi di cui al punto B.**
   - **150,00** per ogni giorno di ricovero comprendente il pernottamento e nel **limite massimo di 90 giorni per anno/nucleo;**

   OVER 70 elevata a **€ 200,00** fermo il **limite massimo di 90 giorni** peranno/nucleo;

2. **nei casi di cui al punto B1.**
   - **180,00** per ogni giorno di ricovero comprendente il pernottamento nel **sub-limite massimo di 60 giorni per anno/nucleo;**

Si precisa che il numero massimo di 90 giorni per l'indennità sostitutiva, è da intendersi come numero massimo di giorni complessivo per anno/nucleo per il presente punto B2. (di cui massimo 60 giorni per il punto B1.), per il precedente punto A1. e per i successivi punti C1.e D1..

Qualora l'Assistito richieda la presente Indennità sostitutiva si intenderà escluso il Rimborso di qualsiasi altra spesa, anche precedente o successiva all'Intervento Chirurgico (di cui ai punti i) e iii) dell'art. B.) eventualmente sostenuta e riferibile al medesimo Ricovero.

Per la documentazione da inoltrare si rimanda alla Guida Operativa che costituisce parte integrante del presente Sussidio

B3. INDENNITÀ INTEGRATIVA (alternativa all'Indennità sostitutiva di cui al precedente punto B2.)

Nel caso in cui l'Assistito, a seguito di **Intervento Chirurgico di cui ai punti B. e B1., (compreso Parto Cesareo e Aborto Terapeutico),** non richieda alcun Rimborso, la Mutua corrisponderà un'Indennità giornaliera per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della Malattia, dell'Infortunio, del parto o dell'aborto terapeutico.

L'Indennità sarà pari a:

1. **nei casi di cui al punto B.**
   - **75,00** per ogni giorno di ricovero comprendente il pernottamento e nel **limite massimo di 45 giorni per anno/nucleo;**

   OVER 70 elevata a **€ 100,00** fermo il **limite massimo di 45 giorni** per anno/nucleo;

2. **<u>nei casi di cui al punto B1.</u>**
   - **90,00** per ogni giorno di ricovero comprendente il pernottamento nel **sub-limite massimo di 30 giorni per anno/nucleo;**

Si precisa che il numero massimo di 45 giorni per l'indennità integrativa, è da intendersi come numero massimo di giorni complessivo per anno/nucleo per il presente punto B3. (di cui massimo 30 giorni per il punto B1.), per il precedente punto A2. e per i successivi punti C2, e D2..

<u>Qualora l'Assistito richieda la presente Indennità integrativa, potrà richiedere il Rimborso anche delle spese eventualmente sostenute di cui ai punti i) e iii) dell'art. B. e riferibili al medesimo Ricovero, fermi gli eventuali sub-Sostegni indicati nel medesimo articolo.</u>

SPESE PRE E POST INDENNITA' INTEGRATIVA

Il rimborso delle citate prestazioni di cui ai punti **i) e iii) (spese pre e post),** avverrà dietro applicazione delle seguenti quote di spesa a carico:

1. **10%** se effettuate presso un Centro Convenzionato con la Centrale Salute **(Assistenza Diretta o Assistenza Indiretta in Network);**
2. **20%** se effettuate presso un Centro non Convenzionato con la Centrale Salute **(Assistenza indiretta fuori Network);**
3. **senza alcuna quota di spesa** a suo carico per **i ticket sanitari** se prestazioni effettuate ricorrendo al Servizio Sanitario Nazionale o a Struttura Sanitaria convenzionata con il SSN.

Per la documentazione da inoltrare si rimanda alla Guida Operativa che costituisce parte integrante del presente Sussidio.

C. RICOVERI SENZA INTERVENTO CHIRUGICO

Si intendono validi i seguenti sub Sostegni anno/nucleo:

- Ricoveri per Riabilitazione Motoria: € 7.500,00;
- Parto Naturale: € 1.750,00;
  In caso di Parto Naturale, rimborsabile ai sensi del presente Sussidio, entro il sub-limite sopra indicato, Mba provvederà a rimborsare anche le spese per la cura ed il controllo del neonato nel suo primo anno di vita, anche nel caso di adesione in forma single.

In caso di **Ricovero ordinario senza Intervento Chirurgico,** reso necessario da Malattia, Infortunio o Parto Naturale, Mba provvede a rimborsare le seguenti spese inerenti il Ricovero:

i) nei 90 giorni precedenti al Ricovero

- visite specialistiche ed accertamenti diagnostici effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura;

ii) durante il Ricovero

- assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami;
- rette di degenza:
  - al 100% in caso di struttura sanitaria convenzionata (Assistenza Diretta e Indiretta in Network);
  - fino ad un sub Sostegno di € 250,00 al giorno in caso di struttura non convenzionata (Assistenza Indiretta fuori Network). Tale sub-Sostegno si intende raddoppiato per i giorni di degenza effettuati nei reparti di terapia intensiva;
- vitto e pernottamento in Istituto di cura dell'accompagnatore e fino ad un sub Sostegno di € 75,00 al giorno per un massimo di 30 giorni anno/nucleo (i 30 giorni sono da intendersi come numero massimo di giorni complessivi previsti per questa prestazione per il presente punto C., per i precedenti punti A. e B. e il successivo punto D.)

iii) nei 90 giorni successivi al Ricovero

- esami diagnostici e visite specialistiche;
- prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- acquisto di medicinali (previa prescrizione medica);
- cure termali (escluse le spese alberghiere);

MBA provvederà al rimborso delle spese sostenute dall'Assistito a fronte delle prestazioni di cui al **punto ii) del presente art. C**. come di seguito:

1. Nel caso di prestazioni erogate presso un **Centro Convenzionato con la Centrale Salute (Assistenza Diretta o Assistenza Indiretta in Network),** applicazione di una **quota di spesa a suo carico pari ad € 500,00 per evento;**
2. Nel caso di prestazioni erogate presso un **Centro Non Convenzionato con la Centrale Salute (Assistenza indiretta fuori Network),** applicazione di una **quota di spesa a suo carico del 15% con minimo non rimborsabile di € 1.500,00 per evento;**

   OVER 70 Nel caso di prestazioni erogate presso un **Centro Non Convenzionato con la Centrale Salute (Assistenza indiretta fuori Network)**, applicazione di una **quota di spesa a suo carico del 20% con minimo non rimborsabile di € 1.500,00 per evento;**

3. Nel caso di prestazioni erogate presso **strutture del S.S.N. o presso strutture con questo convenzionate, i ticket sanitari** verranno rimborsati **senza applicazione di alcuna Quota di spesa** a carico dell'Assistito.

Nel caso di Assistenza indiretta in Network: qualora la richiesta di rimborso spese non sia accompagnata dal Modulo di Accesso al Network compilato e sottoscritto dalla Struttura Sanitaria e quest'ultima non abbia applicato le tariffe agevolate in favore dell'Assistito, quest'ultimo avrà diritto a richiedere a MBA il rimborso delle spese sostenute entro il limite delle Tariffe concordate fra MBA e la Struttura Sanitaria. Le maggiori spese sostenute in ragione della mancata applicazione del Tariffario – determinata dalla mancata attivazione della convenzione da parte dell'Assistito - saranno quindi da intendersi a carico dell'Assistito stesso. Inoltre, la Mutua provvederà al rimborso delle spese previa applicazione delle quote di spesa a carico dell'Assistito previste in caso di Assistenza Indiretta fuori Network.

QUOTE A CARICO PER SPESE PRE E POST.

Con riferimento alle sole **spese pre e post di cui ai punti i) e iii) del presente art. C.** il rimborso avverrà dietro applicazione delle seguenti quote di spesa a carico dell'Assistito:

1. **10%**, se effettuate presso un Centro Convenzionato con la Centrale Salute **(Assistenza Diretta o Assistenza Indiretta in Network);**
2. **15%** se effettuate presso un Centro non Convenzionato con la Centrale Salute **(Assistenza indiretta fuori Network);**

   OVER 70 **20%** se effettuate presso un Centro non Convenzionato con la Centrale Salute **(Assistenza indiretta fuori Network);**
3. **senza alcuna quota di spesa** a suo carico per **i ticket sanitari** se prestazioni effettuate ricorrendo al Servizio Sanitario Nazionale o a Struttura Sanitaria convenzionata con il SSN.

Per la documentazione da inoltrare si rimanda alla Guida Operativa che costituisce parte integrante del presente Sussidio.

C1. INDENNITÀ SOSTITUTIVA (alternativa all'Indennità integrativa di cui al successivo punto C2.)

Nel caso in cui l'Assistito, a seguito di **Ricovero ordinario senza Intervento Chirurgico (compreso Parto Naturale)** non richieda alcun Rimborso di cui al precedente punto C., la Mutua corrisponderà un'Indennità giornaliera per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della Malattia, dell'Infortunio o del Parto.

L'indennità sarà pari a:

- **€ 120,00** per ogni giorno di ricovero comprendente il pernottamento e nel limite **massimo di 90 giorni per anno/nucleo;**

Si precisa che il numero massimo di 90 giorni per l'indennità sostitutiva, è da intendersi come numero massimo di giorni complessivo per anno/nucleo per il presente punto C1.,per i precedenti punti A2., B2. e successivo punto D1..

Qualora l'Assistito richieda la presente Indennità sostitutiva si intenderà escluso il Rimborso di qualsiasi altra spesa, anche precedente o successiva al Ricovero (di cui ai punti i) e iii) dell'art. C,. eventualmente sostenuta e riferibile al medesimo Ricovero.

Per la documentazione da inoltrare si rimanda alla Guida Operativa che costituisce parte integrante del presente Sussidio

C2. INDENNITÀ INTEGRATIVA (alternativa all'Indennità sostitutiva di cui al precedente punto C1.)

Nel caso in cui l'Assistito, a seguito di **Ricovero ordinario senza Intervento Chirurgico (compreso Parto Naturale)** non richieda alcun Rimborso di cui ai precedenti punti C. e C1, Mba corrisponderà un'indennità per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della Malattia, dell'Infortunio o del Parto.

L'indennità sarà pari a:

- **€ 60,00** per ogni giorno di ricovero comprendente il pernottamento e nel **sub-limite massimo di 30 giorni per anno/nucleo;**

Si precisa che il numero massimo di 30 giorni per l'indennità integrativa, è da intendersi compreso nel numero massimo di giorni complessivo pari a 45 giorni per anno/nucleo previsto per i precedenti punti A2. e B3. e successivo punto D2..

Qualora l'Assistito richieda la presente Indennità integrativa, potrà richiedere il Rimborso anche delle spese eventualmente sostenute di cui ai punti i) e iii) del Punto C. e riferibili al medesimo Ricovero, fermi gli eventuali sub-Sostegni indicati nel medesimo articolo.

SPESE PRE E POST INDENNITA' INTEGRATIVA

Il rimborso delle citate prestazioni di cui ai punti **i) e iii) (spese pre e post),** avverrà dietro applicazione delle seguenti quote di spesa a carico:

1. **10%** se effettuate presso un Centro Convenzionato con la Centrale Salute **(Assistenza Diretta o Assistenza Indiretta in Network);**

2. **20%** se effettuate presso un Centro non Convenzionato con la Centrale Salute **(Assistenza indiretta fuori Network);**
3. **senza alcuna quota di spesa** a suo carico per **i ticket sanitari** se prestazioni effettuate ricorrendo al Servizio Sanitario Nazionale o a Struttura Sanitaria convenzionata con il SSN.

Per la documentazione da inoltrare si rimanda alla Guida Operativa che costituisce parte integrante del presente Sussidio

D. DAY HOSPITAL – DAY SURGERY – INTERVENTI AMBULATORIALI

Si intendono validi i seguenti sub Sostegni anno/nucleo:

- Day Surgery: € 2.000,00.
- Day Hospital: € 1.500,00;
- Interventi Ambulatoriali: € 1.000,00.

In caso di **Day Hospital, Day Surgery e Intervento Ambulatoriale,** reso necessario da Malattia o Infortunio, Mba provvederà a rimborsare le seguenti spese inerenti il Ricovero:

i) nei 90 giorni precedenti al Day Hospital/Day Surgery/Intervento Ambulatoriale

- visite specialistiche ed accertamenti diagnostici effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura;

ii) durante il Day Hospital/Day Surgery/Intervento Ambulatoriale

- onorari del chirurgo, dell'aiuto operatore chirurgico, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'Intervento, diritti di sala operatoria e materiale di Intervento;
- assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami;
- rette di degenza:
  - al 100% in caso di struttura sanitaria convenzionata (Assistenza Diretta e Indiretta in Network);
  - fino ad un sub Sostegno di € 250,00 al giorno in caso di struttura non convenzionata (Assistenza Indiretta fuori Network). Tale sub-Sostegno si intende raddoppiato per i giorni di degenza effettuati nei reparti di terapia intensiva;
- vitto e pernottamento in Istituto di cura dell'accompagnatore e fino ad un sub Sostegno di € 75,00 al giorno per un massimo di 30 giorni anno/nucleo (i 30 giorni sono da intendersi come numero massimo di giorni complessivi previsti per questa prestazione per il presente punto D. e per i precedenti punti A., B. e C.)

iii) **nei 90 giorni successivi al Day Hospital/Day Surgery/Intervento Ambulatoriale**
- esami diagnostici e visite specialistiche;
- prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- acquisto di medicinali (previa prescrizione medica);
- cure termali (escluse le spese alberghiere);

MBA provvederà al rimborso delle spese sostenute dall'Assistito a fronte delle prestazioni di cui al **punto ii) del presente art. D**. come di seguito:

1. Nel caso di prestazioni erogate presso un Centro Convenzionato con la Centrale Salute **(Assistenza Diretta o Assistenza Indiretta in Network),** applicazione di una **quota di spesa a suo carico pari ad € 250,00 per evento;**
2. Nel caso di prestazioni erogate presso un Centro Non Convenzionato con la Centrale Salute **(Assistenza indiretta fuori Network),** applicazione di una **quota di spesa a suo carico del 15% con minimo non rimborsabile di € 1.000,00 per evento;**

   OVER 70 Nel caso di prestazioni erogate presso un Centro Non Convenzionato con la Centrale Salute **(Assistenza indiretta fuori Network)**, applicazione di una **quota di spesa a suo carico del 20% con minimo non rimborsabile di € 1.000,00 per evento;**

3. Nel caso di prestazioni erogate presso **strutture del S.S.N. o presso strutture con questo convenzionate, i ticket sanitari** verranno rimborsati **senza applicazione di alcuna Quota di spesa** a carico dell'Assistito.

Nel caso di Assistenza indiretta in Network: qualora la richiesta di rimborso spese non sia accompagnata dal Modulo di Accesso al Network compilato e sottoscritto dalla Struttura Sanitaria e quest'ultima non abbia applicato le tariffe agevolate in favore dell'Assistito, quest'ultimo avrà diritto a richiedere a MBA il rimborso delle spese sostenute entro il limite delle Tariffe concordate fra MBA e la Struttura Sanitaria. Le maggiori spese sostenute in ragione della mancata applicazione del Tariffario – determinata dalla mancata attivazione della convenzione da parte dell'Assistito - saranno quindi da intendersi a carico dell'Assistito stesso. Inoltre, la Mutua provvederà al rimborso delle spese previa applicazione delle quote di spesa a carico dell'Assistito previste in caso di Assistenza Indiretta fuori Network.

QUOTE A CARICO PER SPESE PRE E POST.

Con riferimento alle sole **spese pre e post di cui ai punti i) e iii) del presente art. C.** il rimborso avverrà dietro applicazione delle seguenti quote di spesa a carico dell'Assistito:

1. **10%** se effettuate presso un Centro Convenzionato con la Centrale Salute **(Assistenza Diretta o Assistenza Indiretta in Network);**
2. **15%** se effettuate presso un Centro non Convenzionato con la Centrale Salute **(Assistenza indiretta fuori Network);**
   OVER 70 **20%** se effettuate presso un Centro non Convenzionato con la Centrale Salute **(Assistenza indiretta fuori Network);**
3. **senza alcuna quota di spesa a suo carico per i ticket sanitari se prestazioni effettuate ricorrendo al Servizio Sanitario Nazionale o a Struttura Sanitaria convenzionata con il SSN.**

Per la documentazione da inoltrare si rimanda alla Guida Operativa che costituisce parte integrante del presente Sussidio.

Si precisa che i sub Sostegni di cui al presente paragrafo saranno applicati in tutti i casi in cui le prestazioni risultino effettuate in regime di day surgery o di intervento ambulatoriale (ivi compresi quelli indicati al precedente punto B1.).

D1. INDENNITÀ SOSTITUTIVA (alternativa all'Indennità integrativa di cui al successivo punto D2.)

Nel caso in cui l'Assistito, a seguito di **Day Hospital o Day Surgery** non richieda alcun Rimborso di cui al precedente punto D., la Mutua corrisponderà un'Indennità giornaliera per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della Malattia o dell'Infortunio.

L'indennità sarà pari a:

1. **in caso di Day Surgery**
   - **€ 150,00** per ogni giorno nel **limite massimo di 90 giorni per anno/nucleo;**

OVER 70 elevata a **€ 200,00** fermo il **limite massimo di 90 giorni** per anno/nucleo

2. **in caso di Day Hospital**
   - **120,00** per ogni giorno nel **limite massimo di 90 giorni per anno/nucleo;**

Si precisa che il numero massimo di 90 giorni per l'indennità sostitutiva, è da intendersi come numero massimo di giorni complessivo per anno/nucleo per il presente punto D1. e per i precedenti punti A1., B2. e C1..

Qualora l'Assistito richieda la presente Indennità sostitutiva si intenderà escluso il Rimborso di qualsiasi altra spesa, anche precedente o successiva al Day

Hospital/Day Surgery (di cui ai punti i) e iii) dell'art. D,. eventualmente sostenuta e riferibile al medesimo Day Hospital/Day Surgery.

Per la documentazione da inoltrare si rimanda alla Guida Operativa che costituisce parte integrante del presente Sussidio.

D2. INDENNITÀ INTEGRATIVA (alternativa all'Indennità sostitutiva di cui al precedente punto D1.)

Nel caso in cui l'Assistito, a seguito di **Day Hospital o Day Surgery** non richieda alcun Rimborso di cui ai precedenti punti D. e D1., la Mutua corrisponderà un'Indennità giornaliera per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della Malattia o dell'Infortunio.

L'indennità sarà pari a:

1. **in caso di Day Surgery**
   - **€ 75,00** per ogni giorno e nel **limite massimo di 45 giorni anno/nucleo;** **OVER 70** elevata a **€ 100,00** fermo il **limite massimo di 45 giorni per anno/nucleo;**

2. **in caso di Day Hospital**
   - **60,00** per ogni giorno nel **limite massimo di 30 giorni per anno/nucleo;**

Si precisa che il numero massimo di 45 giorni per l'indennità integrativa, è da intendersi come numero massimo di giorni complessivo per anno/nucleo per il presente punto D2.((di cui massimo 30 giorni per il punto2.) e per i precedenti punti A2., B3. e C2..

Qualora l'Assistito richieda la presente Indennità integrativa, potrà richiedere il Rimborso anche delle spese eventualmente sostenute di cui ai punti i) e iii) dell'art. D. e riferibili al medesimo Day Hospital/Day Surgery, fermi gli eventuali sub-Sostegni indicati nel medesimo articolo.

SPESE PRE E POST INDENNITA' INTEGRATIVA

Il rimborso delle citate prestazioni di cui ai punti **i) e iii) (spese pre e post),** avverrà dietro applicazione delle seguenti quote di spesa a carico:

1. **10%** se effettuate presso un Centro Convenzionato con la Centrale Salute **(Assistenza Diretta o Assistenza Indiretta in Network);**
2. **20%** se effettuate presso un Centro non Convenzionato con la Centrale Salute **(Assistenza indiretta fuori Network);**
3. **senza alcuna quota di spesa** a suo carico per **i ticket sanitari** se prestazioni effettuate ricorrendo al Servizio Sanitario Nazionale o a Struttura Sanitaria convenzionata con il SSN.

Per la documentazione da inoltrare si rimanda alla Guida Operativa che costituisce parte integrante del presente Sussidio.

E. INTERVENTI CHIRURGICI PER MALFORMAZIONI – nei primi 5 anni di vita

In caso di malformazioni congenite di cui il neonato, rientrante nel Nucleo Familiare, risulti affetto al momento della nascita (fermo quanto previsto all'art. 18 "Pregresse"), la Mutua MBA riconoscerà le spese sostenute per gli INTERVENTI CHIRUGICI finalizzati alla correzione delle suddette malformazioni.

Le spese fronteggiate e rimborsabili ai sensi della presente garanzia sono quelle sostenute per Interventi chirurgici effettuati in Ricovero Ordinario o Interventi Chirurgici in Day Surgery o Ambulatoriali e seguono le condizioni di rimborso in base alla tipologia di Intervento effettuato.

F. TRASPORTO SANITARIO

La Mutua MBA, in caso di necessità medica debitamente documentata, rimborsa le spese sostenute dall'Assistito per il trasporto sanitario effettuato con autoambulanza dal proprio domicilio all'Istituto di Cura e viceversa oppure, da un Istituto di cura ad un altro, a seguito di rilascio di quietanza di pagamento valida fiscalmente e sino ad un **Sostegno anno/nucleo di € 1.100,00 per il trasporto in Italia, elevato a € 2.000,00 per il trasporto all'estero.**

Si precisa che:

- ✓ la presenta garanzia si intende valida per tutte le prestazioni sopra descritte, dal punto A. al punto E.;
- ✓ le prestazioni della presente garanzia non saranno garantite in caso di dimissioni volontarie dell'Assistito, contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale sia stato ricoverato.

G. ALTA DIAGNOSTICA e TERAPIE

La Mutua, **entro il Sostegno di € 3.000,00 per anno/nucleo,** provvederà al rimborso delle spese per le seguenti prestazioni extra-ospedaliere di alta diagnostica strumentale e terapie:

1) **Alta Diagnostica strumentale**
   - Angiografia
   - Broncoscopia
   - Cistografia o Cistoscopia
   - Coronarografia
   - Ecocolordoppler cardiaco
   - Ecocolordoppler vascolare
   - Elettroencefalogramma
   - Esofagogastroduodenoscopia
   - Isterosalpingografia
   - Mammografia
   - Mammotome (agobiopsia mammaria stereotassica)
   - Mielografia
   - Pancolonscopia
   - Risonanza magnetica Nucleare (RMN)
   - Scintigrafia di qualsiasi apparato o organo
   - Tomografia assiale computerizzata (TAC)
   - Tomografia ad emissione di Positroni (PET)
   - Urografia
2) **Terapie**
   - Dialisi
   - Chemioterapia
   - Radioterapia
   - Laserterapia

L'elenco delle prestazioni di cui sopra è da considerarsi esaustivo con ciò intendendosi escluse le prestazioni non espressamente indicate.

Restano inoltre escluse le prestazioni elencate ma finalizzate alla diagnosi o all'erogazione di prestazioni odontoiatriche.

Il rimborso avverrà dietro applicazione delle seguenti quote di spesa a carico dell'Assistito:

a) **In caso di Alta Diagnostica Strumentale**
   - **10% con minimo non rimborsabile di € 30,00 per prestazione,** se effettuate presso un Centro Convenzionato con la Centrale Salute **(Assistenza Diretta o Assistenza Indiretta in Network);**

- **20% con un minimo non rimborsabile di € 60,00 per prestazione** se effettuate presso un Centro non Convenzionato con la Centrale Salute **(Assistenza indiretta fuori Network).**

b) **<u>In caso di Terapie</u>**
- **10% con minimo non rimborsabile di € 30,00 per ciclo di terapia,** se effettuate presso un Centro Convenzionato con la Centrale Salute **(Assistenza Diretta o Assistenza Indiretta in Network);**
- **20% con un minimo non rimborsabile di € 75,00 per ciclo di terapia** se effettuate presso un Centro non Convenzionato con la Centrale Salute **(Assistenza indiretta fuori Network).**

Nel caso di Assistenza indiretta in Network: qualora la richiesta di rimborso spese non sia accompagnata dal Modulo di Accesso al Network compilato e sottoscritto dalla Struttura Sanitaria e quest'ultima non abbia applicato le tariffe agevolate in favore dell'Assistito, quest'ultimo avrà diritto a richiedere a MBA il rimborso delle spese sostenute entro il limite delle Tariffe concordate fra MBA e la Struttura Sanitaria. Le maggiori spese sostenute in ragione della mancata applicazione del Tariffario – determinata dalla mancata attivazione della convenzione da parte dell'Assistito - saranno quindi da intendersi a carico dell'Assistito stesso. Inoltre, la Mutua provvederà al rimborso delle spese previa applicazione delle quote di spesa a carico dell'Assistito previste in caso di Assistenza Indiretta fuori Network.

G1. TICKET SANITARI PER ALTA DIAGNOSTICA STRUMENTALE E TERAPIE

Qualora l'Assistito effettui le prestazioni extra-ospedaliere di alta diagnostica strumentale e terapie di cui al punto G. ricorrendo al Servizio Sanitario Nazionale o a Struttura Sanitaria convenzionata con il SSN, MBA provvederà **all'integrale rimborso** delle spese per i **ticket sanitari** fino a concorrenza del medesimo Sostegno anno/nucleo di cui allo stesso punto G..
Restano escluse le prestazioni non in elenco ovvero elencate ma finalizzate alla diagnosi o all'erogazione di prestazioni odontoiatriche.

G2. DIAGNOSTICA PER ANIMALE DOMESTICO

Mutua MBA rimborserà senza alcuna quota a carico e nel Sostegno **di € 150,00** anno/nucleo le spese sostenute per le seguenti prestazioni diagnostiche in favore dell'Animale domestico facente parte del Nucleo Familiare: radiografie, ecografie, endoscopia, tomografia computerizzata, risonanza magnetica, elettrocardiografia.
<u>Sono in ogni caso escluse dal Rimborso le visite specialistiche di qualsiasi natura.</u>

H. VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ed ESAMI DI LABORATORIO

La mutua MBA, **entro il Sostegno di € 1.750,00 per anno**/nucleo, rimborserà le spese sostenute per visite mediche specialistiche, accertamenti diagnostici (diversi da quelli previsti al Punto G.) ed esami di laboratorio con l'applicazione delle seguenti quote a carico dell'Assistito:

- **10% con minimo non rimborsabile € 30,00 per prestazione,** se effettuate presso un **Centro Convenzionato con la Centrale Salute** (Assistenza Diretta o Assistenza Indiretta in Network)**;**
- **20% con minimo non rimborsabile di € 60,00 per prestazione**, se effettuate presso un **Centro non Convenzionato con la Centrale Salute** (Assistenza indiretta fuori Network)**.**

Nel caso di Assistenza indiretta in Network: qualora la richiesta di rimborso spese non sia accompagnata dal Modulo di Accesso al Network compilato e sottoscritto dalla Struttura Sanitaria e quest'ultima non abbia applicato le tariffe agevolate in favore dell'Assistito, quest'ultimo avrà diritto a richiedere a MBA il rimborso delle spese sostenute entro il limite delle Tariffe concordate fra MBA e la Struttura Sanitaria. Le maggiori spese sostenute in ragione della mancata applicazione del Tariffario **–** determinata dalla mancata attivazione della convenzione da parte dell'Assistito - saranno quindi da intendersi a carico dell'Assistito stesso. Inoltre, la Mutua provvederà al rimborso delle spese previa applicazione delle quote di spesa a carico dell'Assistito previste in caso di Assistenza Indiretta fuori Network.

Sono escluse dalle spese rimborsabili previste nel presente articolo, le visite, gli esami e gli accertamenti diagnostici odontoiatrici (o aventi finalità di cura odontoiatrica) nonché le visite ed accertamenti con finalità dietologica.

H1. TICKET SANITARI PER VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ED ANALISI DI LABORATORIO

Qualora l'Assistito effettui le prestazioni di visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed analisi di laboratorio di cui al precedente punto G. ricorrendo al Servizio Sanitario Nazionale o a Struttura Sanitaria convenzionata con il SSN, MBA provvederà all'integrale Rimborso delle spese per i **ticket sanitari** nei limiti di un Sostegno anno/nucleo di cui allo stesso punto H.**.**

Sono escluse dalle spese rimborsabili previste nel presente articolo, le visite, gli esami e gli accertamenti diagnostici odontoiatrici (o aventi finalità di cura odontoiatrica) nonché le visite ed accertamenti con finalità dietologica.

I. CURE ODONTOIATRICHE

La Mutua provvederà, entro **il Sostegno di € 200,00 per anno/nucleo**, al rimborso delle spese per cure odontoiatriche con l'applicazione delle seguenti **quote di spesa a carico:**

- ✓ **10%** se effettuate presso un Centro Convenzionato con la Centrale Salute **(Assistenza Diretta o Assistenza Indiretta in Network);**
- ✓ **20%** se effettuate presso un Centro non Convenzionato con la Centrale Salute **(Assistenza Indiretta fuori Network);**
- ✓ **Senza nessuna quota di spesa a carico** se effettuate ricorrendo al Servizio Sanitario Nazionale o a Struttura Sanitaria Convenzionata con il SSN (**ticket SSN).**

Unitamente alla richiesta di Rimborso, l'Assistito dovrà presentare il piano di cure predisposto dallo studio odontoiatrico che ha eseguito le stesse, dal quale risultino i denti trattati e le motivazioni cliniche del trattamento, con indicazione del dente trattato per arcata e numero. Altresì dovrà indicarsi, qualora previsto, il periodo massimo di trattamento che il medico ritenga opportuno per la conclusione della cura sullo stesso dente.

Nel caso di Assistenza indiretta in Network: qualora la richiesta di rimborso spese non sia accompagnata dal Modulo di Accesso al Network compilato e sottoscritto dalla Struttura Sanitaria e quest'ultima non abbia applicato le tariffe agevolate in favore dell'Assistito, quest'ultimo avrà diritto a richiedere a MBA il rimborso delle spese sostenute entro il limite delle Tariffe concordate fra MBA e la Struttura Sanitaria. Le maggiori spese sostenute in ragione della mancata applicazione del Tariffario – determinata dalla mancata attivazione della convenzione da parte dell'Assistito - saranno quindi da intendersi a carico dell'Assistito stesso. Inoltre, la Mutua provvederà al rimborso delle spese previa applicazione delle quote di spesa a carico dell'Assistito previste in caso di Assistenza Indiretta fuori Network.

AREA ONCOLOGICA

J. CURE ONCOLOGICHE

MBA, entro il **Sostegno di € 1.500,00 per anno/nucleo**, provvederà a rimborsare le spese sostenute, in seguito a malattie oncologiche conclamate, per:

a) <u>Prestazioni ospedaliere ed extra-ospedaliere</u>

- assistenza infermieristica domiciliare;
- visite specialistiche;
- terapie (es. chemioterapia, cobaltoterapia, terapie radianti, alcolizzazione, etc.);
- esami diagnostici

b) Percorso Psicoterapeutico: max € 35,00/seduta per max 10 sedute anno/nucleo;
c) Acquisto Parrucca qualora l'Assistito sia sottoposto a trattamenti oncologici che implichino la caduta dei capelli.

Le spese relative alle suddette prestazioni saranno rimborsate **senza alcuna quota di spesa** a carico dell'Assistito**,** sia se effettuate presso strutture convenzionate **(Assistenza Diretta o Assistenza Indiretta in Network)** che non convenzionate (**Assistenza Indiretta fuori Network)** e sia se effettuate presso **il SSN.**

Il rimborso delle prestazioni, qualora già previste nella precedente AREA SANITARIA di cui alle precedenti sezioni 5) GARANZIE EXTRA-OSPEDALIERE e sezione 4 "GARANZIE OSPEDALIERE", avverrà utilizzando in primo luogo il Sostegno annuo indicato al presente punto J. ovvero, in caso di esaurimento dello stesso, utilizzando quello indicato agli eventuali punti precedenti.

Fanno eccezione le spese pre e post di cui ai punti i) e iii) delle prestazioni della sezione 4), per le quali verrà utilizzato prima il relativo Sostegno, e poi il Sostegno della presente garanzia.

AREA MATERNITA'

K. VISITE OSTETRICO-GINECOLOGICHE

MBA riconosce il rimborso delle spese sanitarie sostenute dall'Assistito nel periodo di gravidanza, garantito dal presente sussidio, per visite ostetrico-ginecologiche nel limite massimo di:

- 1 (UNA) visita per Gravidanza;
- Raddoppiate a 2 (DUE) visite per Gravidanza, in caso di gravidanza a rischio.

Le spese saranno rimborsate **integralmente d**alla MBA e solo se effettuate presso Strutture Sanitarie Convenzionate con la Centrale Salute (**Assistenza Diretta o Assistenza Indiretta in Network).**

L. CONSERVAZIONE DELLE CELLULE STAMINALI

A seguito dell'Evento Parto, garantito ai sensi del presente Sussidio, MBA mette a disposizione dell'Assistito la possibilità di destinare **€ 350,00** a prestazioni inerenti la Conservazione delle Cellule Staminali.

Il limite indicato è da intendersi come sub Sostegno annuo della garanzia "Parto Naturale" o "Parto Cesareo", secondo la tipologia di Parto effettuata**.**

La suddetta spesa sarà rimborsata **senza alcuna quota di spesa a carico** dell'Assistito e solo se effettuata presso Strutture Sanitarie Convenzionate con la Centrale Salute (**Assistenza Diretta o Assistenza Indiretta in Network).**

AREA SOSTEGNO e WELLNESS

SEZIONE 7) WELLNESS - SOSTEGNO POST RICOVERO CON INTERVENTO

M. VIDEO CONSULTO PRESSO HEALTH POINT

In caso di Ricovero ordinario con intervento chirurgico o per Grande Intervento Chirurgico (escluso Day Surgery ed Intervento Ambulatoriale), rimborsabile ai sensi del presente sussidio, la Mutua MBA provvede al rimborso delle spese relative ad un (1) consulto post-intervento, per anno e nucleo familiare, a scelta tra:

- Specialista in scienza della Nutrizione;
- Personal Trainer;
- Medicina Estetica.

La spesa si intende rimborsabile se effettuata presso un **Health Point** (**Assistenza Diretta o Assistenza Indiretta in Network) e** senza applicazione di **alcuna Quota di spesa a carico** dell'Assistito**.**

SEZIONE 8) – NON AUTOSUFFICIENZA

N. NON AUTOSUFFICIENZA

La presente garanzia non è cumulabile con le altre previste dal presente Sussidio.
Si attiva all'insorgenza, nel corso di validità del presente sussidio, di eventi imprevisti ed invalidanti dell'Assistito (Titolare e/o componente del Nucleo familiare), derivanti sia da Infortunio che da Malattia anch'essi insorti durante la vigenza del presente Sussidio e tali da comportare uno stato di non autosufficienza per il quale l'Assistito non può svolgere autonomamente le attività elementari della vita quotidiana.

L'esclusione non opera una volta trascorsi tre anni di adesione ininterrotta al presente Sussidio, ricomprendendo dal quarto anno anche gli stati di non autosufficienza conseguenti a stati patologici diagnosticati, manifestati, sottoposti ad accertamenti o curati precedentemente al triennio di riferimento.

Lo stato di non autosufficienza verrà valutato secondo il criterio del punteggio (N1. e Allegato 3 Tabella dei Punteggi) ossia, ad ognuna delle attività elementari della vita quotidiana verrà assegnato un punteggio da 0 a 10 da parte di un comitato medico nominato da MBA.

Il comitato medico-legale, eventualmente avvalendosi della consulenza tecnico-specialistica ritenuta necessaria, esaminerà e valuterà tempestivamente la documentazione ricevuta (si veda a tal proposito la Guida Operativa) entro e non oltre un mese dalla data di ricevimento della documentazione completa ed eventualmente predisporrà una visita.

La MBA avrà diritto di richiedere accertamenti medici che attestino la permanenza dello stato di non autosufficienza e qualora l'accertamento evidenzi il recupero della autosufficienza, comunicherà all'Assistito la sospensione ovvero la revoca definitiva delle prestazioni.

Il venir meno dello stato di non autosufficienza o il decesso dell'Assistito dovrà essere immediatamente comunicato a MBA (dai familiari conviventi dell'Assistito). Tutti gli importi eventualmente percepiti dopo il decesso o a seguito del venir meno dello stato di non autosufficienza dovranno essere restituiti a MBA.

In caso di rifiuto da parte dell'Assistito a sottoporsi ad un controllo o all'invio dei documenti richiesti, l'erogazione delle prestazioni è revocata dalla data della richiesta del controllo o della documentazione da parte della MBA.

N1. Definizione dello stato di non autosufficienza

È definita persona non autosufficiente la persona che risulti incapace, tendenzialmente in modo permanente e comunque per un periodo superiore a 90 giorni, di svolgere in tutto o in parte alcune attività elementari della vita quotidiana:

- **lavarsi (farsi il bagno o la doccia);**
- **vestirsi e svestirsi;**
- **igiene personale (utilizzare la toeletta, lavarsi);**
- **mobilità;**
- **continenza;**
- **alimentazione (bere e mangiare).**

Per ognuna di queste attività la MBA, sulla base di una valutazione del proprio Comitato Medico-Legale, accerta il grado di autonomia della persona e assegna un punteggio secondo la tabella di valutazione Punteggi (Allegato 3).
Lo stato di non autosufficienza è riconosciuto qualora la somma dei punteggi sia uguale o superiore a 40 punti.
L'accertamento con esito positivo dello stato di non autosufficienza dà diritto, a decorrere dalla data della richiesta derivante dallo stato di non autosufficienza, al rimborso di tutte le spese sanitarie e assistenziali sostenute sia nella Forma Diretta

che Indiretta o presso SSN e strettamente collegate allo stato di non autosufficienza, quali:

- Assistenza domiciliare (Badante, Operatore Socio-Sanitario, Infermiere)
- Contributo RSA (in sostituzione dell'Assistenza domiciliare)
- Fisioterapie (anche domiciliari)
- Spese per Farmaci
- Spese per adeguamento dell'immobile

Le prestazioni di cui sopra saranno garantite dalla MBA, permanendo lo stato di non autosufficienza, entro un **limite massimo di € 200,00 per singolo mese di riferimento e per nucleo e per un periodo massimo di 12 mesi** o per il minor tempo intercorso qualora dovesse venir meno per qualsivoglia motivo lo stato di non autosufficienza ovvero la qualifica di socio.

N2. Modalità di attivazione garanzia in forma diretta

L'Assistito, una volta accertato lo stato di non autosufficienza sulla base del punteggio raggiunto, potrà richiedere l'erogazione in forma diretta delle prestazioni sanitarie e di assistenza domiciliare (quali ad esempio, infermiere, fisioterapista, badante) riconducibili e strettamente collegati allo stato di non autosufficienza, nei limiti del Sostegno di cui al punto N1. dietro espressa Autorizzazione alla Presa in Carico da parte della Centrale Salute (a tal proposito si rimanda alle procedure previste e consultabili nell'area riservata del portale MBA).

AREA PREVENZIONE

SEZIONE 9) - PREVENZIONE HEALTH POINT e SSN

O. - PREVENZIONE IN TELEMEDICINA

Mutua MBA, tramite Health Point S.p.A., rivoluziona il modo di pensare al benessere con le televisite, una soluzione pratica, veloce e sicura per confrontarsi con specialisti sanitari di alto livello per la prevenzione, la diagnosi e la cura. Particolarmente adatte per tutte quelle visite che non necessitano di un contatto fisico tra medico e paziente, le televisite sono la soluzione ideale per avere sempre sotto controllo la propria salute eliminando gli spostamenti e i tempi di attesa.

Attraverso MyDigitalHealth, la piattaforma di proprietà di Health Point appositamente progettata per i servizi di Telemedicina, basterà avere un computer o un qualsiasi dispositivo mobile per interagire a distanza e in tempo reale con uno specialista sanitario nel pieno rispetto della privacy.

Mutua MBA garantisce all'Iscritto Titolare o a un componente del Nucleo (in caso di adesione in formula Nucleo), durante la validità del presente Sussidio, di effettuare gratuitamente e per il tramite dell'Health Point, 1 (uno) Televista preventiva all'anno.

La prestazione sarà prenotabile contattando direttamente l'Health Point al Numero Telefonico 06.56556371 e senza sostenere alcun costo a proprio carico a scelta tra: Consulente Nutrizionista o Psicologo.

Per tutte le ulteriori informazioni si rinvia al sito http://www.healthpointitalia.com.

P. PRESTAZIONI DI PREVENZIONE presso SSN

MBA offre all'Assistito Titolare e/o componente del Nucleo Familiare (in caso di adesione in forma Nucleo) la possibilità di effettuare prestazioni a **solo scopo preventivo e di controllo** ricorrendo al Servizio Sanitario Nazionale o a Struttura Sanitaria convenzionata con il SSN.

MBA provvederà **all'integrale rimborso** delle spese per i **ticket sanitari** fino a concorrenza del **Sostegno anno/nucleo di € 100,00**.

Dalla presente garanzia sono espressamente escluse le ecografie effettuate durante lo stato di gravidanza e ad esso collegato

Tutte le informazioni necessarie per accedere correttamente alle prestazioni sanitarie erogate in forma Diretta e Indiretta, nonché la gestione dei relativi rimborsi sono indicate nella Guida Operativa facente parte integrante del presente Sussidio consultabile nell'Area Riservata del portale della Mutua MBA.

ALLEGATO 1 – Elenco dei "Grandi Interventi Chirurgici"

Cardiochirurgia

- Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione
- Sostituzione valvolare multipla
- Interventi per malformazioni del cuore o dei grossi vasi
- Resezione cardiaca (per aneurisma, infarto, tumore)
- Bypass aorto-coronarico singolo o multiplo con prelievo di vasi
- Asportazione corpi estranei o tumori del cuore

Chirurgia Vascolare

- Interventi sull'aorta toracica e addominale compreso bypass aorto-bisiliaco o bifemorale
- Interventi per stenosi o aneurismi sui seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrali, succlavie, renali, iliache
- Tromboendoarteriectomia aorto-iliaca

Neurochirurgia

- Anastomosi dei vasi intra-extra cranici
- Asportazione di tumori o aneurismi endocranici
- Asportazione di tumori orbitali per via endocranica
- Interventi endorachidei per asportazione di tumori, cordotomie, rizotomie e affezioni meningomidollari
- Interventi per tumori della base cranica per via transorale
- Interventi sulla cerniera atlo-occipitale
- Interventi sull'ipofisi per via transfenoidale
- Neurotomia retrogasseriana o sezione intracranica di altri nervi
- Rizotomia chirurgica intracranica
- Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi similari

Chirurgia Toracica

- Lobectomia polmonare o resezione segmentaria
- Resezione bronchiale con reimpianto
- Interventi sul mediastino per tumori
- Asportazione totale del timo
- Pneumonectomia, pleuropneumonectomia
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi lobare o polmonare

Chirurgia Generale

- Tiroidectomia per tumori maligni con svuotamento funzionale del collo
- Anastomosi porta-cava o spleno-renale o mesenterica-cava
- Pancreaticoduodenectomia radicale
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari
- Colectomia totale con linfoadenectomia
- Esofagectomia totale
- Gastrectomia totale con linfoadenectomia
- Esofago-gastrectomia per via toraco-laparotomica

- Amputazione del retto per via addomino-perineale o addomino-sacrale

Chirurgia Ginecologica

- Eviscerazione pelvica
- Vulvectomia allargata con linfoadenectomia

Chirurgia Ortopedica

- Artrodesi vertebrali per via anteriore
- Interventi per rimozione e reimpianto di protesi d'anca o di ginocchio

Chirurgia Otorinolaringoiatrica e Maxillo-Facciale

- Interventi demolitivi del massiccio facciale per tumori maligni
- Interventi demolitivi del cavo oro-faringeo per tumori maligni
- Laringectomia totale, laringofaringectomia
- Intervento per neurinoma dell'ottavo paio

Chirurgia Urologica

- Nefrectomia allargata per tumore
- Nefro-ureterectomia totale
- Cistectomia radicale con ureterosigmoidostomia
- Uretero-ileo anastomosi mono o bilaterale
- Surrenalectomia

Trapianti d'organo

- Tutti

ALLEGATO 2 – ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI PLAFONATI

TIPOLOGIA DI INTERVENTO	PLAFOND	Percentuale del Plafond da destinare esclusivamente alle spese pre e post
ADENOTONSILECTOMIA	€ 3.000,00	5,00%
ALLUCE VALGO CON o SENZA RIALLINEMANTO METATARSOFALANGEO, DITO A MARTELLO, ALLUCE RIGIDO	€ 4.000,00	10,00%
APPENDICECTOMIA	€ 4.000,00	5,00%
ARTRODESI VERTEBRALE POSTERIORE COMPRESA DISCECTOMIA	€ 15.000,00	10,00%
ARTROPROTESI ANCA PARZIALE	€ 19.000,00	20,00%
ARTROPROTESI ANCA TOTALE	€ 25.000,00	20,00%
ARTROPROTESI GINOCCHIO PARZIALE	€ 18.000,00	20,00%
TIPOLOGIA DI INTERVENTO	PLAFOND	Percentuale del Plafond da destinare esclusivamente alle spese pre e post
ARTROPROTESI GINOCCHIO TOTALE	€ 23.000,00	20,00%
ARTROPROTESI SPALLA	€ 13.000,00	10,00%
ASPORTAZIONE DI ERNIE DEL DISCO COMPRESA LAMINECTOMIE CON DECOMPRESSIONE RADICI DEI NERVI E STABILIZZAZIONI	€ 9.000,00	5,00%
CATARATTA (compreso eventuale impianto di cristallino)	€ 2.500,00	10,00%
CISTI E NODULI BENIGN MAMMARI	€ 3.500,00	10,00%
COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA E/O OPEN	€ 8.000,00	5,00%
COLPOPERINEOPLASTICA - RIPARAZIONE DI CISTOCELE E RETTOCELE CON PLASTICA VAGINALE (COLPOPLASTICA) ANTERIORE E POSTERIORE E COLPOPESSIA	€ 5.000,00	5,00%
EMORROIDECTOMIA E/O PROLASSO RETTALE	€ 4.500,00	5,00%

ERNIE DISCALI CON TRATTAMENTO MICROCHIRURGICO E/O PER VIA ENDOSCOPICA E/O PERCUTANEA CON QUALSIASI TECNICA	€ 5.000,00	5,00%
ERNIE E/O LAPAROCELI PARETE ADDOMINALE	€ 4.000,00	5,00%
FESS CON TURBINECTOMIA	€ 3.500,00	5,00%
FESS CON TURBINECTOMIA E SETTOPLASTICA	€ 4.500,00	5,00%
FISTOLE PERIANALI	€ 3.000,00	5,00%
INSTABILITA' DI SPALLA TRATTATA PER VIA ARTROSCOPICA E/O CAPSULOPLASTICA E/O PLASTICA DELLA CUFFIA DEI ROTATORI CON TENODESI	€ 10.000,00	10,00%
INTERVENTI SU ALTRI LEGAMENTI DEL GINOCCHIO ED ARTROSCOPIE INTERVENTISTICHE PER CONDROPATIE	€ 2.500,00	10,00%
TIPOLOGIA DI INTERVENTO	PLAFOND	Percentuale del Plafond da destinare esclusivamente alle spese pre e post
ISTERECTOMIA SEMPLICE (qualsiasi via)	€ 8.000,00	5,00%
ISTEROANNESSIECTOMIA CON O SENZA LINFOADENECTOMIA	€ 13.000,00	5,00%
ISTEROSCOPIA OPERATIVA COMPRESA ASPORTAZIONE FIBROMI E/O POLIPI E/O SINECHE E/O RASCHIAMENTO	€ 3.000,00	10,00%
LEGATURA e STRIPPING delle VENE	€ 3.500,00	10,00%
MASTECTOMIA RADICALE CON LINFOADENECTOMIE ASSOCIATE BILATERALE (qualsiasi tecnica)	€ 20.000,00	5,00%
MENISCECTOMIA DEL GINOCCHIO	€ 4.000,00	10,00%
PROSTATECTOMIA RADICALE PER TUMORI MALIGNI (QUALSIASI TECNICA)	€ 20.000,00	5,00%
QUADRANTECTOMIA CON RICERCA ED ASPORTAZIONE DEL LINFONODO SENTINELLA ED EVENTUALI LINFOADENECTOMIE ASSOCIATE (qualsiasi tecnica)	€ 15.000,00	5,00%
RICOSTRUZIONE LEGAMENTI CROCIATI + COLLATERALI + MENISCECTOMIA	€ 9.000,00	10,00%
RICOSTRUZIONE LEGAMENTI CROCIATI O COLLATERALI	€ 8.000,00	10,00%

RIDUZIONE E SINTESI FRATTURE GRANDI SEGMENTI	€ 8.000,00	10,00%
RIDUZIONE E SINTESI FRATTURE MEDI SEGMENTI	€ 6.000,00	10,00%
RIDUZIONE E SINTESI FRATTURE PICCOLI SEGMENTI	€ 4.000,00	10,00%
RIMOZIONE DEI MEZZI di SINTESI PICCOLI + MEDI	€ 2.000,00	5,00%
RIMOZIONE DEI MEZZI di SINTESI GRANDI	€ 3.000,00	5,00%
SETTOPLASTICA	€ 2.500,00	5,00%
SETTORINOPLASTICA	€ 5.000,00	5,00%
SINDROMI CANALICOLARI TRATTAMENTO COMPLETO (tunnel carpale, sindrome di Guyon, compressione del nervo ulnare alla doccia epitrocleo-oleocranica, etc.)	€ 3.000,00	10,00%
VARICOCELE (QUALSIASI TECNICA)	€ 3.500,00	5,00%

NOTA BENE: Ove nello stesso ricovero vengano effettuati due o più interventi compresi in questo elenco, si applica il plafond al 100% per l'intervento principale (come definito dal chirurgo) e al 70% per quelli secondari. L'eventuale franchigia prevista viene applicata una sola volta, sull'intero ammontare di spesa.

ALLEGATO 3 – TABELLA DEI PUNTEGGI PER LA DETERMINAZIONE DEL GRADO DI NON AUTOSUFFICIENZA

Lavarsi

1° grado

l'Assistito è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo:
punteggio 0

2° grado

l'Assistito necessita di assistenza per entrare e/o uscire dalla vasca da bagno:
punteggio 5

3° grado

l'Assistito necessita di assistenza per entrare e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno:
punteggio 10

Vestirsi e svestirsi

1° grado

l'Assistito è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo:
punteggio 0

2° grado

l'Assistito necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi o per la parte superiore o per la parte inferiore del corpo:
punteggio 5

3° grado

l'Assistito necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi sia per la parte superiore che per la parte inferiore del corpo:
punteggio 10

Igiene personale

1° grado

l'Assistito è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti
gruppi di attività identificati con (1), (2) e (3):

(1) andare al bagno
(2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi
(3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno:

punteggio 0

2° grado

l'Assistito necessita di assistenza per almeno 1 o al massimo 2 dei suindicati gruppi di attività:
punteggio 5

3° grado
l'Assicurato necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività: punteggio 10

Mobilità
1° grado
l'Assistito è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza assistenza di terzi:
punteggio 0

2° grado
l'Assistito necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici, come ad esempio la sedia a rotelle o le stampelle. È però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto:
punteggio 5

3° grado
l'Assistito necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi:
punteggio 10

C*ontinenza*
1° grado
l'Assistito è completamente continente:
punteggio 0
2° grado
l'Assistito presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno:
punteggio 5

3° grado
l'Assistito è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come pannoloni, catetere o colostomia:
punteggio 10

Alimentazione
1° grado
l'Assistito è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti:
punteggio 0

2° grado
l'Assistito necessita di assistenza per 1 o più delle seguenti attività:
- sminuzzare/tagliare i cibi;
- sbucciare la frutta;

- aprire contenitore/una scatola;
- versare bevande nel bicchiere:

punteggio 5

3° grado

l'Assistito non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale:

punteggio 10.