Regolamento del sussidio

SALUS SMALL

Edizione 2019

Il Presente Regolamento è da considerarsi parte integrante dello Statuto e del Regolamento Applicativo dello Statuto della Società Generale di Mutuo Soccorso Basis Assistance

INDICE

SEZIONE 1: Definizioni	2
SEZIONE 2: Norme generali che regolano il sussidio	9
SEZIONE 3: Norme relative a tutte le garanzie	14
AREA SANITARIA	19
SEZIONE 4 - GARANZIE OSPEDALIERE	19
AREA SOSTEGNO	24
SEZIONE 5 – LONG TERM CARE	24
AREA SERVIZI E ASSISTENZA	26
SEZIONE 6 – SERVIZI E ASSISTENZA DI CENTRALE SALUTE	26
ALLEGATO 1 – Tabella dei Punteggi per la Determinazione del Grado di Non Autosufficienza	30

SEZIONE 1
Definizioni

Aborto: interruzione prematura di una gravidanza, per cause naturali o provocata artificialmente.

Aborto spontaneo: interruzione prematura di una gravidanza avvenuta per cause naturali, non causata da un intervento esterno.

Aborto terapeutico: interruzione di una gravidanza motivata esclusivamente da ragioni di ordine medico, come la presenza di gravi malformazioni del feto.

Anno: periodo di tempo pari a trecentosessantacinque giorni, o a trecentosessantasei in caso di anno bisestile.

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), 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’Associato 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 il Network MBA/Health Assistance (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.

Assistenza infermieristica: attività relativa all’assistenza sanitaria atta a mantenere o recuperare lo stato di salute, operata da infermiere professionista.

Associato: 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 Associati anche i familiari aventi diritto ai sensi del presente Regolamento e dell’art. 22 del Regolamento Applicativo 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): periodo temporale che intercorre tra la data di decorrenza della copertura e l’effettiva 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 Associati per l’accesso alle prestazioni e ai servizi (www.healthassistance.it).

Centro Convenzionato: Ospedali, Istituti a Carattere scientifico, Case di Cura, Centri diagnostici, Centri polispecialistici, Laboratori di analisi, Centri fisioterapici, Studi medici specialistici, Studi Odontoiatrici e qualsiasi altra Struttura/Professionista che abbia stipulato un accordo con il Network MBA/Health Assistance 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.

Chemioterapia oncologica: ciclo di terapia effettuata con l’ausilio di farmaci volta a curare le patologie di carattere oncologico.

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’Associato è costretto al riposo assoluto presso il proprio domicilio.

Cure termali: trattamenti effettuati in Centri/Stabilimenti riconosciuti che possono utilizzare acque termali e loro derivati a fini terapeutici.

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 (con sintomatologia interna oppure esterna all’organismo). Per la definizione di patologia pregressa ai sensi del presente Sussidio sarà ritenuta data di prima insorgenza anche quella in cui lo stato patologico è stato diagnosticato e/o è stato sottoposto ad accertamenti e/o è stato sottoposto a cure.

Day Hospital: Ricovero con degenza e assegnazione di posto letto in esclusivo regime diurno documentato da Cartella Clinica e finalizzato all’erogazione di trattamenti diagnostici, terapeutici, riabilitativi.

Day Surgery: Ricovero con degenza e assegnazione di posto letto in esclusivo regime diurno documentato da Cartella Clinica e finalizzato all’erogazione di trattamenti chirurgici.

Decadenza: termine massimo entro il quale presentare la documentazione ai fini dell’Assistenza Indiretta (Rimborso). La mancata o incompleta presentazione della documentazione entro 120 giorni dall’evento, determina l’impossibilità di procedere all’erogazione del Rimborso.
La sospensione dell’istruttoria della pratica di Rimborso, a seguito di richiesta di integrazione documentale per incompletezza, non comporta interruzione del termine decadenziale di cui sopra.

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’Associato presente sul sito di MBA www.mbamutua.org oppure rinvenibile contattando direttamente il Back Office di MBA o il proprio promotore di riferimento.

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

Indennità integrativa: importo giornaliero erogato da 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 da 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).

Invalidità permanente: la definitiva incapacità fisica, parziale o totale, ad attendere alle proprie occupazioni.

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

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

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

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

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

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

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

MBA o Mutua o Mutua MBA: Società Generale di Mutuo Soccorso Basis Assistance.

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’Associato, un appartenente al suo nucleo familiare ovvero il genitore, figlio, fratello, sorella dell’Associato o di un appartenente al nucleo familiare del medesimo.

Patologia pregressa: ogni situazione patologica che si manifesti prima della data di stipula del Sussidio verrà classificata come Malattia preesistente.

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’Associato 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’Associato 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’Associato: importi di spesa che rimangono a carico dell’Associato espressi in percentuale e/o in quota fissa.

Ricovero improprio: il Ricovero durante il quale 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’Associato.

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’Associato in caso di evento e prestazione rimborsabile.

Statuto e Regolamento Applicativo 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’Associato e sempre consultabili nell’Area Riservata dell’Associato presente sul sito di MBA www.mbamutua.org oppure rinvenibili contattando direttamente il Back Office di MBA o il proprio promotore di riferimento.

Visita specialistica: la visita ambulatoriale o domiciliare o consulto eseguita da Medico specialista in possesso del titolo di specializzazione che risulti chiaramente dal documento di spesa, per diagnosi e 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 Associati 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 l’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 Applicativo dello Statuto MBA.

Indicando i nominativi dei propri familiari, l’Associato autocertifica con riferimento agli stessi il rispetto dei requisiti di cui al presente Sussidio e al Regolamento Applicativo (art. 22 cit.), per beneficiare delle garanzie. E’ altresì necessario comunicare tempestivamente alla Mutua eventuali modificazioni del Nucleo Familiare in corso di validità del Sussidio (vedi Art.4).

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, quest’ultimi anche se non residenti.

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).

E’ equiparato al convivente more uxorio anche il convivente dello stesso sesso dell’Associato 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 Associati che alla data di attivazione non abbiano compiuto i 66 anni di età.

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 Associati senza alcun limite di età in uscita.

Art. 4 – Variazione del Nucleo Familiare

Qualora sia prevista l’inclusione del Nucleo Familiare, l’Associato deve comunicare immediatamente a MBA, in forma scritta, le variazioni del proprio stato familiare, entro e non oltre 60 giorni dall’avvenuta variazione, ossia:

- nascita/adozione/affidamento di un figlio;
- matrimonio;
- insorgere di convivenza per il convivente more uxorio e/o per il familiare del dipendente;
- venir meno – per un familiare – di altra copertura collettiva delle spese sanitarie predisposta dal datore di lavoro.

In difetto di comunicazione entro il suddetto termine, e fermo restando il pagamento del contributo dovuto per l’estensione al Nucleo, per i nuovi Associati, 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 **3 (tre) anni** decorrenti dal giorno di cui all’art. 9. In mancanza di comunicazione di non rinnovo, inviata mediante lettera raccomandata A/R o posta elettronica certificata (PEC) spedita almeno 60 giorni prima della scadenza triennale, il Sussidio sanitario s’intenderà rinnovato con obbligo di pagamento del contributo aggiuntivo e delle quote associative previste così come previsto da Statuto di MBA.

In ogni caso MBA, entro 60 giorni dalla scadenza triennale, si riserva la facoltà di comunicare a mezzo email all’Associato le condizioni di rinnovo per le successive annualità.

La revoca dal Sussidio prima del suddetto termine potrà avvenire al verificarsi dei seguenti eventi:

a) cessazione dal servizio;
b) decesso dell’Associato o di un suo familiare Associato;
c) divorzio;
d) venir meno di convivenza per il convivente more uxorio e/o per il familiare del dipendente;
e) adesione di un familiare ad una copertura sanitaria collettiva predisposta dal datore di lavoro;
f) variazione delle condizioni assistenziali/contributive.

Nel caso di revoche a seguito degli eventi di cui alle precedenti lett. c), d), e) ed f) il relativo recesso dovrà essere effettuato dall’Associato Titolare. Fermo restando il versamento dei relativi contributi, la copertura sanitaria resterà in vigore sino alla prima scadenza triennale.

Art. 6 – Obblighi contributivi dell’Associato

In caso di mancato versamento dei relativi contributi e fermo quanto previsto all’art. 9, MBA si riserva il diritto di adire le vie legali, previo tentativo di conciliazione ai sensi dell’Art. 11 del presente Regolamento.

Art. 7 – Dichiarazioni e comunicazioni dell’Associato

Le dichiarazioni non veritiere rese dall’Associato 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, 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’Associato 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 Applicativo dello Statuto di MBA (cfr. art. 23).

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 Applicativo dello Statuto.

Art. 11 – Risoluzione delle Controversie

A fronte di ogni eventuale controversia che dovesse insorgere tra l’Associato ed 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. 40 dello Statuto di MBA. In caso di esito negativo del tentativo di conciliazione, il foro competente per ogni eventuale controversia, è quello di Tivoli.

Art. 12 – Massimali

Tutti i Massimali menzionati nel presente Sussidio, nonché gli eventuali sub-massimali relativi a specifiche prestazioni o garanzie, sono da intendersi per anno assistenziale, salvo casi specifici dove viene espresso diversamente nelle singole garanzie.

Inoltre ogni Massimale o sub-Massimale 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 Massimali e sub-massimali previsti dal presente Sussidio saranno pertanto da intendersi anno/nucleo.

Art. 13 – Sottoscrizione di più Sussidi

Qualora l’Associato abbia sottoscritto con 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.

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, ferma la generale esclusione di cui al successivo art.19, eccezionalmente potrà essere riconosciuto il rimborso delle spese e l’erogazione delle prestazioni connesse all’evento subordinatamente alla presentazione da parte dell’Associato di comunicazione della compagnia assicurativa del terzo danneggiante che rigetta la richiesta di indennità ovvero riconosce tale indennità in una misura inferiore a quella prevista applicando i Massimali di cui al presente Sussidio.

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 applicativo dello Statuto in vigore e la Guida Operativa che sono consultabili nell’Area Riservata dell’Associato 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. 9 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 malattie non conosciute dall’Associato ma insorte 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 stipula dello stesso si intenderanno espressamente escluse.

Altresì si intenderanno escluse tutte le garanzie oggetto del presente Sussidio richieste in conseguenza di Malattie manifestate, diagnosticate, sottoposte ad accertamenti o curate prima della data di attivazione del presente Sussidio. Tale esclusione non opera una volta trascorsi tre anni di adesione ininterrotta al 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 alla stipula del presente Sussidio.

Nel solo caso in cui il Sussidio di provenienza preveda l’inclusione delle pregresse oppure preveda il riconoscimento delle pregresse decorsi tre anni ininterrotti di attivazione del Sussidio, l’esclusione delle prestazioni conseguenti a Malattie manifestate, diagnosticate, sottoposte ad accertamenti o curate prima della data di

adesione al presente Sussidio si intenderà valida solo per le maggiori e più ampie prestazioni previste dal presente sussidio rispetto a quello di provenienza. In tal caso, per tali nuove prestazioni, verrà considerata come data di prima adesione quella relativa al 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, ovvero da specifico accertamento diagnostico completo di referti ed immagini (a titolo esemplificativo, TAC, RMN, radiografie) da cui sia chiaramente ed obiettivamente 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 limitatamente agli aspetti ricostruttivi di natura oncologica riferiti alla sede della neoformazione maligna se resi necessari da Malattia, e in caso di Infortunio rimborsabile, limitatamente alla sede dell’apparato oggetto del trauma, purché effettuati nei 360 giorni successivi all’Intervento e comunque durante la validità del Sussidio;

i. Infortuni o Malattie derivanti da dolo dell’Associato;

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’Associato;

q. le prestazioni relative a cure odontoiatriche, ortodontiche e protesi dentarie, salvo espressamente derogato;

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

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

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

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

v. 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 <u>sport in genere costituenti per l’Associato attività professionale (gare, prove e allenamenti) anche non prevalente per impegno temporale a qualsiasi altra occupazione;</u>

w. 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;

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

y. i ricoveri causati dalla necessità dell’Associato 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’Associato 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;

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

aa. spese per il trasporto del plasma.

Art. 20 – Modalità di erogazione del servizio e tempi di presentazione delle richieste.

La mancata o incompleta presentazione della documentazione entro 120 giorni dall’evento, determina l’impossibilità di procedere all’erogazione del Rimborso. La sospensione dell’istruttoria della pratica di Rimborso non interrompe la decadenza indicata. Pertanto, nel caso di sospensione, l’Associato ha 60 gg di tempo dalla data di comunicazione di richiesta di ulteriore documentazione per integrare la stessa e sempre entro 120 gg dall’evento. Decorsi 60 gg, la richiesta verrà respinta e l’Associato dovrà presentare nuova e completa richiesta comprensiva anche della documentazione integrativa, comunque entro i 120 gg dall’evento oltre i quali il suo diritto decade.

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 che forma parte integrante del presente Sussidio ed è consultabile nell’Area Riservata dell’Associato presente sul sito di MBA www.mbamutua.org oppure rinvenibile contattando direttamente il Back Office di MBA o il proprio promotore di riferimento.

In ordine alla documentazione da presentare 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, incompleti o presentino grafie diverse oppure per effettuare controlli di Audit a campione.

L’Associato 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 necessari, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i Medici che lo hanno visitato e curato.

Art. 21 – Tempi di rimborso

a. Prestazioni effettuate in Assistenza Diretta presso Strutture/professionisti Convenzionati con il Network MBA/Health Assistance.

Le spese relative alla prestazione erogata in Assistenza Diretta presso Strutture/professionisti Convenzionati con il Network MBA/Health Assistance verranno corrisposte da 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).

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’Associato.

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’Associato. Ogni richiesta dovrà essere presentata in modo completo in sé stesso.

area
SANITARIA

SEZIONE 4
Garanzie ospedaliere

A. LIMITE ANNUO GARANZIE OSPEDALIERE
Il **Massimale annuo** erogabile per il complesso degli eventi e prestazioni indicati dai successivi punti A.1, B., C., D., è pari a **€ 50.000,00 per Anno/Nucleo.**

A.1. RICOVERI CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO
In caso di **Ricovero ordinario con o senza Intervento Chirurgico,** reso necessario da Malattia o Infortunio, Mba provvede a rimborsare le seguenti spese inerenti il Ricovero:

i) prima del Ricovero (nei 90 giorni precedenti al Ricovero) – *entro il sub-massimale complessivo per le spese pre e post Ricovero di* ***€ 1.000,00 per Ricovero***

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

ii) durante il Ricovero
- retta di degenza:
  - al **100%** in caso di prestazioni effettuate presso un Centro Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance (**Assistenza Diretta e Indiretta in Network**);
  - entro il **sub-massimale di € 250 al giorno** in caso di prestazioni effettuate presso un Centro non Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance **(Assistenza Indiretta fuori Network)**; Tale sub-massimale si intende raddoppiato per i giorni di degenza effettuati nei reparti di terapia intensiva;
- onorari del chirurgo, dell'aiuto operatore chirurgo, 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 applicate durante l’intervento chirurgico);
- medicinali ed esami;
- cure ed assistenza medica;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- vitto e pernottamento in Istituto di cura dell'accompagnatore e fino ad un **sub-massimale di € 50,00 al giorno** per un massimo di **20 giorni anno/nucleo**

iii) **dopo il Ricovero (nei 90 giorni successivi al Ricovero)** *entro il sub-massimale complessivo per le spese pre e post Ricovero di* ***€ 1.000,00 per Ricovero***

- esami diagnostici e visite specialistiche (inerenti alla patologia causa del Ricovero);
- prestazioni mediche;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi – *entro il sub-massimale di* ***€ 150,00 per Ricovero***;
- acquisto di medicinali (previa prescrizione medica completa di motivazione clinica correlata al Ricovero) – *entro il sub-massimale di* ***€ 100,00 per Ricovero***;
- cure termali correlate alla patologia causa del Ricovero (escluse le spese alberghiere);
- assistenza infermieristica a domicilio a seguito di Intervento – *entro* ***il sub-massimale di € 26,00 al giorno*** *per un massimo di* ***40 giorni annui.***

MBA provvederà al rimborso delle spese sostenute dall'Associato a fronte delle prestazioni di cui al **punto ii)** del presente art. A.1. come di seguito:

1. **senza** applicazione di **alcuna quota di spesa a carico** in caso di prestazioni effettuate presso un Centro Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance **(Assistenza Diretta e Indiretta in Network);**
2. con applicazione di una **quota di spesa** a carico pari al **10%** e con un **minimo non indennizzabile** pari ad **€ 1.000,00** in caso di prestazioni effettuate presso un Centro non Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance **(Assistenza Indiretta fuori Network**);
3. nel caso di prestazioni sostenute a **totale carico del Servizio Sanitario Nazionale** ed erogate sotto forma di **ticket sanitari** MBA rimborserà integralmente le spese sostenute dall'Associato.

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.1. **il rimborso avverrà dietro applicazione delle seguenti quote di spesa a carico dell'Associato:**

1. **senza** alcuna **quota di spesa** a suo carico, se effettuate presso un Centro Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance **(Assistenza Diretta e Indiretta in Network);**
2. **con applicazione** di una percentuale di **spesa a carico del 10%** se effettuate presso un Centro non Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance **(Assistenza Indiretta fuori Network);**
3. nel caso di prestazioni sostenute a **totale carico del Servizio Sanitario Nazionale** ed erogate sotto forma di **ticket sanitari** MBA rimborserà integralmente le spese sostenute dall'Associato.

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'Associato, 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’Associato - saranno quindi da intendersi a carico dell’Associato stesso. Inoltre, la Mutua provvederà al rimborso delle spese previa applicazione delle quote di spesa a carico dell’Associato previste in caso di Assistenza Indiretta fuori Network.

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

B. SOTTOLIMITI PER ALCUNI INTERVENTI CHIRURGICI – OUT NETWORK

MBA, in caso di Ricovero ordinario per l’esecuzione degli Interventi Chirurgici sotto elencati, rimborserà l’Associato fermo il **Massimale annuo di € 50.000,00** di cui al precedente art. A., con applicazione di una percentuale di spesa a carico pari al **10%** ed entro il **sub-massimale annuo di € 4.000,00 per Intervento**. Il Rimborso comprenderà anche le spese pre e post Intervento sostenute dall’Associato.

- Appendicectomia
- Interventi al naso (fatti salvi eventuali Infortuni debitamente documentati)
- Ernie (escluse ernie discali della colonna vertebrale)
- Colecistectomia
- Meniscectomia
- Legamenti crociati

C. ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI COMPRESI

Per le fattispecie sotto elencate si intenderanno validi i relativi **sub-massimali anno/nucleo**:

- Day Hospital/Day Surgery: **€ 2.000,00 – importo comprensivo del rimborso spese pre e post**
- Parto Naturale: **€ 1.500,00**
- Parto Cesareo/Aborto Terapeutico: **€ 2.000,00**
- Chirurgia Refrattiva: **€ 1.000,00 per occhio** (in caso di anisometria superiore a tre diottrie o deficit visivo pari o superiore a quattro diottrie per ciascun occhio) – **importo comprensivo del rimborso spese pre e post**
- Interventi Ambulatoriali: **€ 750,00 – importo comprensivo del rimborso spese pre e post**
- Conservazione Cellule staminali: **€ 1.500,00 ed** entro il **Massimale annuo di € 2.000,00**

MBA in caso di **Day Hospital**, **Day Surgery, Parto Naturale, Parto Cesareo, Aborto Terapeutico, Chirurgia Refrattiva, Interventi Ambulatoriali e Conservazione Cellule Staminali**, garantiti ai sensi del presente Sussidio, provvederà a rimborsare, entro il **Massimale annuo di € 50.000,00** di cui al precedente art. A. e fermi i **sub-massimali sopra indicati**, le spese previste al presente art. C.

Il rimborso delle spese pre e post ove previsto sarà garantito dei limiti di cui al precedente art. A.1., **punti i) e iii).**

In particolare, le spese saranno rimborsate nel seguente modo:

1. **senza** applicazione di **alcuna quota di spesa a carico** dell'Associato, sia in caso di prestazioni effettuate presso un Centro Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance **(Assistenza Diretta e Indiretta in Network**), sia in caso di prestazioni effettuate presso un Centro non Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance (**Assistenza Indiretta fuori Network)**, che in caso di prestazioni sostenute a **totale carico del Servizio Sanitario Nazionale** ed erogate sotto forma di **ticket sanitari.**

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'Associato, 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'Associato - saranno quindi da intendersi a carico dell'Associato stesso. Inoltre, la Mutua provvederà al rimborso delle spese previa applicazione delle quote di spesa a carico dell'Associato previste in caso di Assistenza Indiretta fuori Network.

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

D. DIARIA SOSTITUTIVA – alternativa alla Diaria Integrativa di cui al successivo art. E.

MBA, in caso di Ricovero ordinario con o senza Intervento chirurgico, Day Hospital e Day Surgery**,** rimborsabili ai sensi del presente Sussidio, corrisponderà all'Associato, quale rimborso delle spese sostenute **durante** il Ricovero, **fermo il massimale annuo di € 50.000,00 di cui al precedente art. A.**, una diaria giornaliera pari ad **€ 100,00 per ogni giorno di Ricovero comprendente il pernottamento e sino ad un massimo di 90 giorni per annualità.**

Il rimborso dovuto nei termini di quanto sopra, spetta a partire dal giorno stesso del Ricovero fino al giorno antecedente a quello della dimissione.

E. DIARIA INTEGRATIVA – alternativa alla Diaria Sostitutiva di cui al precedente art. D.

Nel caso in cui l'Associato, a seguito di Ricovero ordinario con o senza intervento chirurgico, Day Hospital e Day Surgery non richieda alcun Rimborso di cui ai precedenti punti A1., B e C, Mba corrisponderà una diaria per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della Malattia, o dell'Infortunio.

L'indennità sarà pari a:

- **€ 50,00** per ogni giorno di ricovero comprendente il pernottamento e nel limite massimo di **45 giorni anno/nucleo**

Qualora l'Associato richieda la presente Indennità integrativa, potrà richiedere il Rimborso anche delle spese pre e post Ricovero eventualmente sostenute di cui agli artt. A.1. B. e C. e riferibili al medesimo Ricovero, fermi gli eventuali sub-massimali indicati nei medesimi articoli.

SPESE PRE E POST INDENNITA' INTEGRATIVA

Il rimborso delle citate prestazioni di cui ai punti i) e iii) (spese pre e post), **avverrà, nei limiti temporali (90 giorni prima e 90 giorni dopo il Ricovero) e nei limiti dei sub-massimali di cui al precedente art. A.1., dietro applicazione delle seguenti quote di spesa a carico:**

- al 100% **se effettuate presso un Centro Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance** (Assistenza Diretta o Assistenza Indiretta in Network) o ricorrendo al Servizio Sanitario Nazionale;
- 10% **se effettuate presso un Centro non Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance** (Assistenza Indiretta fuori Network);

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

F. TRASPORTO SANITARIO

La Mutua MBA, in caso di necessità medica debitamente documentata e in caso di Ricovero con o senza Intervento chirurgico, rimborsabile ai sensi del presente Sussidio, rimborsa le spese sostenute dall'Associato per il trasporto sanitario anche all'estero, effettuato in ambulanza o altro mezzo attrezzato al trasporto sanitario 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. Il Rimborso opererà entro il **Massimale annuo** di **€ 1.100,00 per il trasporto in Italia e di € 2.000,00 per il trasporto all'estero.**

Si precisa che:

- ✓ è compreso il trasporto dell'Associato in treno o con aereo di linea;
- ✓ la presente garanzia si intende valida per le prestazioni sopra descritte di cui al precedente art. **A.1.**;
- ✓ la garanzia comprende il trasporto anche di un eventuale accompagnatore all'estero in treno o aereo di linea.

Le prestazioni della presente garanzia non saranno assicurate in caso di dimissioni volontarie dell'Associato, contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale sia stato ricoverato.

area
SOSTEGNO

SEZIONE 5
Long Term Care

G. LONG TERM CARE – *VALIDA SOLO PER IL TITOLARE DEL SUSSIDIO*

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’Associato (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’Associato 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 (G1. e Allegato 1 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, 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.

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’Associato la sospensione ovvero la revoca definitiva delle prestazioni.

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

In caso di rifiuto da parte dell’Associato 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 di MBA.

G.1. 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 MBA, sulla base di una valutazione del proprio Comitato Medico, accerta il grado di autonomia della persona e assegna un punteggio secondo la tabella di valutazione Punteggi (Allegato 1).
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 da MBA, permanendo lo stato di non autosufficienza, entro un **limite massimo di € 100,00 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.

G.2. Modalità di attivazione garanzia in forma diretta

L’Associato, 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 Massimale di cui al punto G.1. 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
SERVIZI E ASSISTENZA

SEZIONE 6
Servizi e assistenza di Centrale Salute

H. Accesso al Network di Strutture Sanitarie Convenzionate
L’Associato, in seguito alla sottoscrizione del presente Sussidio, da diritto ad usufruire dell’intero Network di Centri Sanitari Convenzionati con MBA/Health Assistance per il tramite della Centrale Salute di Health Assistance S.C.p.A.
L’accesso al Network delle strutture sanitarie Convenzionate permette di beneficiare di una scontistica per le prestazioni erogate dalle strutture medesime con l’applicazione di uno sconto che ammonta dal 10% al 35% del normale prezzo praticato dalla struttura stessa. L’Associato potrà beneficiare delle prestazioni erogate dal Centro sanitario al prezzo agevolato.

I. ASSISTENZA H24

I.1. PRESTAZIONI EROGATE PER L’ASSISTENZA H24
Ciascuna delle successive prestazioni di Assistenza è fornita non più di tre volte per annualità, salvo eventuale diversa indicazione per le singole prestazioni.

I.2. CONSULENZA MEDICA TELEFONICA
La Centrale Operativa mette a disposizione, 24 ore su 24, il proprio servizio di guardia medica per qualsiasi informazione o suggerimento di carattere medico sanitario di carattere generale. I Medici di guardi non possono in alcun caso fornire diagnosi o prescrizioni.

I.3. INVIO DI UN MEDICO AL DOMICILIO
Qualora l’Associato necessiti di un Medico presso la propria abitazione, durante le ore notturne (dalle ore 20:00 alle ore 8:00) o nei giorni festivi (tutto il giorno), e non riesca a reperire il suo Medico curante, la Centrale Operativa provvede, dopo l’accertamento tramite un primo contatto telefonico del suo Medico di guardia, ad inviare gratuitamente uno dei propri Medici Convenzionati.

In caso di irreperibilità immediata del Medico e qualora le circostanze lo rendano necessario, la Centrale Operativa organizza, tenendo a proprio carico i relativi costi, il trasferimento dell’Associato con ambulanza ad un pronto soccorso. Validità territoriale: Italia.

I.4. INVIO AMBULANZA (VALIDITA’ TERRITORIALE ITALIA)

Qualora l’Associato, in seguito ad Infortunio o Malattia, necessiti, successivamente al Ricovero di primo soccorso di:

- essere trasportato da un ospedale in cui è ricoverato presso un altro centro ospedaliero;
- rientrare al proprio domicilio a seguito di dimissione da un centro ospedaliero e, qualora a giudizio del Medico curante, l’Associato non possa utilizzare un mezzo diverso dall’autoambulanza, la Centrale Operativa invia direttamente l’autoambulanza tenendo a proprio carico il costo sino ad un **massimo di 100 km** di percorso complessivo (andata e ritorno).

Non danno luogo alla prestazione i trasporti per terapie continuative.

I.5. In caso di necessità

Al fine di attivare le necessarie procedure di presa in carico della richiesta, l’Associato o chi per esso, si impegna a prendere contatto appena possibile con la Centrale Operativa dedicata ai Servizi H24, per comunicare il tipo di assistenza richiesto.

I.6. La Centrale per l’assistenza H24

IL NUMERO DA CONTATTARE PER ATTIVARE I SERVIZI DELL’ASSISTENZA H24 IN CASO DI NECESSITA’ E’ IL NUMERO VERDE: 800.598.635, **ATTIVO** 24 ore su 24, 365 gg. all’anno, in lingua italiana.

I.6. Rischi esclusi per la garanzia assistenza H24

Per tutte le garanzie esposte nel precedente punto I. (Assistenza H24) e successivi sotto-articoli, è escluso ogni Rimborso, prestazione, conseguenza e/o evento derivante direttamente od indirettamente da:

a) *Cause ed eventi non adeguatamente documentati.*
b) *Comportamenti illeciti o dolosi, sia compiuti che tentati dall’Associato; suicidio o tentato suicidio.*
c) *Malattie mentali, stati d’ansia, stress e depressione, disturbi psichici in genere e nevrosi, nonché sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS); reazione psicologica derivante dalla paura (ad es. di un atto di guerra, insurrezione popolare, atto di terrorismo, incidente aereo).*
d) *Intossicazioni, Malattie ed Infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcolici e di psicofarmaci, nonché dall’uso non terapeutico di allucinogeni e stupefacenti.*
e) *Malattie che siano l’espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche croniche e preesistenti alla data di inizio della copertura e note all’Associato.*
f) *Malattie dipendenti dalla gravidanza, oltre la 26ma settimana di gestazione.*

g) *Infortuni derivanti da atti di temerarietà o attività sportive pericolose (a titolo esemplificativo e non esaustivo: alpinismo, trekking oltre i 2500 metri, salti dal trampolino con sci o idro-sci, guida e uso di guidoslitte e bob, deltaplano, parapendio, immersione con autorespiratore, speleologia, pugilato, canoa e rafting, concorsi di equitazione, caccia e tiro, hockey su ghiaccio, sci fuoripista, rugby, football americano, bungee-jumping, atletica pesante e lotta nelle sue varie forme).*
h) *Infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale o dilettantistico o inerenti a partecipazioni a gare.*
i) *Missioni di lavoro che prevedano lo svolgimento di attività prevalentemente di natura manuale e/o manifatturiera e/o con l’ausilio di strumenti e macchinari meccanici o industriali.*
j) *Pratica venatoria; possesso di armi e munizioni, ancorché provvisti di apposite licenze e autorizzazioni.*
k) *Viaggi intrapresi allo scopo di sottoporsi a trattamenti medico-chirurgici, estetici o riabilitativi.*
l) *Viaggi intrapresi in zone dove vi sia lo sconsiglio a viaggiare del Ministero degli Esteri; viaggi estremi in zone remote raggiungibili solo con mezzi speciali o dove persistano situazioni di conflitto armato, ostilità, guerra, guerra civile, ribellione, rivoluzione, insurrezione e sommosse, legge marziale, usurpazione del potere.*
m) *Atti di sabotaggio, vandalismo o terrorismo in genere, compreso l’utilizzo di ogni tipo di ordigno nucleare o chimico.*
n) *Eventi derivanti da fenomeni di trasmutazione dell’atomo, radiazioni ionizzanti o contaminazione radioattiva o da contaminazione chimico- biologica o batteriologica, inquinamento dell’aria, dell’acqua, del suolo, del sottosuolo, o da qualsiasi danno ambientale.*
o) *Catastrofi naturali ed altri sconvolgimenti della natura.*
p) *Pandemia, se definita come tale dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).*

L. CONSERVAZIONE DELLE CELLULE STAMINALI

Per tutto il corso di validità del presente Sussidio, l’Associato avrà a disposizione a costi agevolati la possibilità di usufruire della convenzione stipulata tra il Network MBA/Health Assistance e la Società StemWay Biotech Limited con sede italiana a Roma in Via Luigi Chiarelli 12.

Grazie alla convenzione siglata sarà possibile per l’Associato richiedere direttamente alla StemWay Biotech, anche per il tramite della Centrale Salute, il servizio di conservazione delle cellule staminali in forma privata all’estero, secondo i criteri normativi attualmente in vigore, e pagare i pacchetti sotto elencati a costi agevolati.

a) Crio - conservazione delle cellule staminali del cordone ombelicale.

Gli standard qualitativi utilizzati dalla StemWay Biotech nel testare, processare e preparare i campioni, sono tra i più severi e moderni disponibili. La qualità del processo di separazione delle cellule dal plasma e la specifica curva di crio-conservazione

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

b) Informazione scientifica.
StemWay BIOTECH vuole costituire una fonte privilegiata per i Genitori ed i professionisti del settore sanitario, per l’accesso ad informazioni attendibili, indipendenti, aggiornate ed esaustive sulla ricerca scientifica e la sua applicazione in materia di cellule staminali, attraverso supporti informativi documentali e colloqui individuali con i nostri specialisti.
Al fine di garantire l’assoluta correttezza etica e scientifica di tutte le attività della società, StemWay Biotech è l’unico operatore del settore che prevede, tra i propri organi sociali, un Comitato Etico indipendente.
Questo perché un completo e oggettivo supporto informativo scientifico, che già costituisce il fondamento della serenità di ciascun paziente, nell’ambito di un settore così innovativo, quale quello delle cellule staminali, deve rappresentare un valore insostituibile.

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

Tutte le informazioni necessarie per accedere correttamente alle prestazioni sanitarie erogate 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 – TABELLA DEI PUNTEGGI PER LA DETERMINAZIONE DEL GRADO DI NON AUTOSUFFICIENZA

Lavarsi

1° grado

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

2° grado

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

3° grado

l’Associato 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’Associato è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo:
punteggio 0

2° grado

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

3° grado

l’Assiociato necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività:
punteggio 10

Mobilità

1° grado

l’Associato è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza assistenza di terzi:
punteggio 0

2° grado

l’Associato 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’Associato necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi:
punteggio 10

Continenza

1° grado

l’Associato è completamente continente:
punteggio 0

2° grado

l’Associato presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno:
punteggio 5

3° grado

l’Associato è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come pannoloni, catetere o colostomia:
punteggio 10

Alimentazione

1° grado

l’Associato è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti:
punteggio 0

2° grado

l’Associato 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’Associato non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l’alimentazione artificiale:
punteggio 10.

Mutua MBA

c/o Palasalute - Via di Santa Cornelia, 9
00060 Formello (RM)

Tel. +39 06.90198060
Fax. +39 06 61568364
mbamutua@legalmail.it

www.mbamutua.org