



# Regolamento del Sussidio “Ente Bilaterale A”

Il Presente Sussidio è da considerarsi parte integrante del Regolamento attuativo dello Statuto della Mutua Basis Assistance e soggetto a contributo aggiuntivo.

**Edizione 2018**

Indice	Pagina
<b>Sezione 1: Definizioni</b>	<b>3</b>
<b>Sezione 2: Norme generali che regolano il sussidio</b>	<b>5</b>
<b>Sezione 3: Norme relative a tutte le garanzie</b>	<b>8</b>
<b>Sezione 4.1: Garanzie ospedaliere</b>	<b>13</b>
<b>Sezione 4.2: Garanzie extra-ospedaliere</b>	<b>17</b>
<b>Sezione 4.3: Garanzie Prevenzione</b>	<b>22</b>
<b>Sezione 5: Sostegno Economico</b>	<b>23</b>
<b>Sezione 6: Servizi Aggiuntivi della Centrale Salute</b>	<b>29</b>

## Sezione 1: Definizioni

**Assistenza diretta:** le prestazioni previste dal presente sussidio effettuate presso strutture sanitarie utilizzando personale medico (e/o sanitario) ambedue convenzionati con MBA, per il tramite di CoopSalute, 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'Assistiti ove previste).

**Associato:** la 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 nell'Unione Europea.

**Cartella Clinica:** documento ufficiale ed atto pubblico redatto durante il Ricovero, diurno o con pernottamento, contenente le generalità per esteso, diagnosi anamnesi patologica prossima e remota, terapie effettuate, Interventi Chirurgici eseguiti, esami e diario clinico.

**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.

**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:** Istituti di Cura e Centri diagnostici convenzionati con Mutua MBA, che forniscono le loro prestazioni agli Associati.

**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.

**Day Hospital:** la degenza in Istituto di cura in regime esclusivamente diurno, documentata da Cartella Clinica e finalizzata all'erogazione di trattamenti terapeutici e/o chirurgici.

**Evento:** il verificarsi di un Evento improvviso e imprevedibile che necessiti di una decisione e un Intervento urgente.

**Health Point:** costituiti da moduli trasportabili, componibili ed attrezzati con device di ultima generazione e dispositivi innovativi che, collegati tramite Wi-Fi, mettono in azione processi di refertazione e consulenze online che possono avvenire in loco. Posizionati nei centri urbani e in luoghi pubblici altamente popolati come scuole, centri commerciali e piazze.

**Indennità integrativa:** importo giornaliero erogato dalla MBA per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della Malattia e/o dell'Infortunio (del parto e 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 della Malattia e/o dell'Infortunio (del parto e dell'aborto terapeutico ove previsti nel presente sussidio). L'indennità viene riconosciuta qualora non venga richiesto il Rimborso delle spese per le prestazioni effettuate durante il Ricovero o ad esso comunque connesse.

**Infortunio:** l'Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili.

**Intervento chirurgico:** l'atto medico, con diretta finalità terapeutica, cruento, realizzato mediante l'uso di strumenti chirurgici e/o idonee apparecchiature ed eseguito a fini terapeutici. Si considera Intervento chirurgico anche la riduzione incruenta di fratture.

**Istituto di cura:** ospedale, clinica, casa di cura o Istituto universitario, 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 riabilitazione e di soggiorno, le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche e le cliniche aventi finalità di custodia o educative.

**Malattia:** ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

**Malattia oncologica:** neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale, di cui si fornisce la prova. Sono altresì considerate Malattie oncologiche le leucemie e il morbo di Hodgkin.

**Massimale:** la somma complessiva annua, fino alla concorrenza della quale la Mutua sostiene i costi delle prestazioni previste dal presente sussidio sanitario.

**Mutua:** la Società Generale di Mutuo Soccorso Mutua Basis Assistance (ora innanzi anche **MBA**).

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

**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:** la degenza comportante almeno un pernottamento in Istituto di cura e documentata da Cartella Clinica, finalizzata all'erogazione di trattamenti terapeutici o chirurgici.

**Rimborso:** la somma dovuta dalla Mutua all'Associato in caso di Evento rimborsabile.

**Visita specialistica:** la visita effettuata da medico chirurgo 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, per eventi verificatisi nel corso di validità del sussidio nei termini e con le modalità indicate nel presente regolamento.

### Art. 2 – Persone Associate

Le prestazioni garantite dal presente sussidio sono prestate in favore dell'Associato – **dipendente delle aziende associate all'Ente Bilaterale che abbia sottoscritto con MBA specifica Convenzione che prevede l'applicazione del presente sussidio** - e nominativamente indicato nel modulo di adesione con il quale lo stesso ha aderito al presente Regolamento aggiuntivo.

### Art. 3 – Nucleo Familiare

Il sussidio è valido per l'Associato nominativamente indicato nel modulo di adesione e, nei casi in cui ciò sia stato espressamente previsto in fase di adesione al sussidio, per i suoi familiari identificati al momento della sottoscrizione, per le garanzie che prevedano benefici per gli stessi. Indicando i nominativi dei propri familiari, l'Associato autocertifica il rispetto dei requisiti degli stessi per beneficiare

delle garanzie. E' altresì necessario comunicare tempestivamente alla Mutua eventuali modificazioni del Nucleo Familiare in corso di validità del sussidio.

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).

È 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.

L'estensione del sussidio potrà avvenire in forma individuale, vale a dire effettuata volontariamente dal singolo Dipendente titolare del sussidio.

L'estensione a titolo individuale del sussidio al Nucleo Familiare deve essere effettuata dall'interessato entro 30 giorni dall'adesione dello stesso, salvo specifiche deroghe concordate con MBA. Fermo quanto previsto dall'Art.10 per quanto riguarda la decorrenza dell'estensione al nucleo, detta estensione avrà termine annuale uguale al sussidio del Dipendente-Titolare.

#### **Art. 4 - Limiti di età**

Non sono previsti limiti di età per l'adesione al presente sussidio (fermi in ogni caso restando gli specifici limiti previsti per i figli, così come indicati all'art. 3, nel caso di attivazione della formula nucleo).

#### **Art. 5 - Variazione del Nucleo Familiare**

In caso di variazione del Nucleo Familiare, l'Associato deve darne comunicazione alla MBA in forma scritta, entro e non oltre 30 giorni dall'avvenuta variazione (es. nascita, matrimonio).

Se non diversamente comunicato dalla MBA, e fermo restando il pagamento dell'eventuale contributo dovuto, 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. 16, delle Pregresse di cui all'art. 17 e delle Esclusioni di cui all'art. 18 verrà considerato come data di prima decorrenza il giorno della relativa inclusione.

#### **Art. 6 - Durata del sussidio e tacito rinnovo**

Il presente sussidio ha durata di un anno decorrente 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 annuale, 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 email all'Associato le condizioni di rinnovo per la successiva annualità.

Le cessazioni in corso d'anno (ad es. per dimissioni, pensionamento) avranno decorrenza dalla fine del mese nel corso del quale si è verificato l'evento.

In caso di estensione al Nucleo Familiare, la cessazione della posizione del dipendente-titolare del Sussidio comporterà l'automatica cessazione anche per il Nucleo Familiare.

Il dipendente, ove interessato, potrà a titolo individuale, mantenere attiva la copertura a titolo individuale. A tal fine dovrà provvedere all'adesione a MBA, entro 15 gg dalla data di cessazione del sussidio collettivo, provvedendo a versare il rateo di contributo previsto per il periodo sino al 31.12, data alla quale in ogni caso terminerà l'assistenza sanitaria.

#### **Art. 7 - Obblighi contributivi dell'Associato**

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. 14 del presente Regolamento.

#### **Art. 8 - Dichiarazioni e comunicazione 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, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto al pagamento della somma dovuta dalla Mutua in caso di Evento rimborsabile in base al presente sussidio.

#### **Art.9 – Prestazioni per conto altrui**

Se il presente sussidio è stipulato per conto altrui, gli obblighi che derivano dal regolamento devono essere adempiuti dal titolare, salvo quelli che per loro natura possono essere adempiuti da parte delle persone garantite.

#### **Art. 10 – Pagamento del contributo e decorrenza del sussidio**

Il sussidio ha effetto dalle ore 24:00 del giorno dalla ratifica indicato ovvero 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; altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 del giorno dell'avvenuto pagamento, se successivo a tale data.

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 e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno di pagamento, ferme le successive scadenze.

#### **Art. 11 – 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. 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 di validità del sussidio, 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.

#### **Art. 13 – Applicazione delle Quote di spesa a carico dell'Associato**

Le spese relative alle prestazioni garantite nel presente sussidio sanitario, sono sostenute da MBA (in forma diretta e/o indiretta) con l'applicazione di una quota di spesa che resta a carico dell'Associato, così come previste nelle specifiche garanzie.

La Quota di spesa a carico (fissa o in percentuale) è applicata secondo i seguenti criteri:

- a) in caso di singole prestazioni, si applicherà un'unica Quota di spesa a carico per la spesa relativa alla prestazione effettuata;
- b) in caso di ciclo di cura, la Quota di spesa a carico è da intendersi applicata per l'insieme delle prestazioni relative al ciclo di cura;
- c) in caso di prestazioni legate al medesimo Evento, si applicherà un'unica Quota di spesa a carico per l'insieme delle prestazioni effettuate entro e non oltre 60 giorni dall'Evento; successivamente, verrà calcolata una seconda Quota di spesa a carico per ogni

prestazione (vedi lett. a) o per un ulteriore Ciclo di Cura ove ne ricorrano i presupposti (vedi lett. b);

- d) in entrambi i casi di cui alle lettere b) e c), qualora le prestazioni rientrino in differenti Massimali (es. Massimale per alta diagnostica e Massimale per visite specialistiche), verrà applicata una Quota di spesa a carico per tutte le prestazioni e, ai fini dell'imputazione al Massimale la quota di spesa verrà detratta pro quota dalle singole prestazioni;
- e) in ogni caso, per l'applicazione di una sola Quota di spesa a carico, è necessario che l'Associato presenti, in un'unica richiesta, la documentazione; ove ciò non sia possibile, dovrà fornire evidenza scritta della riconducibilità delle prestazioni ad uno dei casi indicati alle lett. b) e c). Se le richieste di Rimborso o di autorizzazione in forma diretta vengono invece presentate singolarmente ed in momenti diversi, verrà applicata in ogni caso una Quota di spesa a carico per ogni singola prestazione.

#### **Art. 14 - Risoluzione delle Controversie**

A fronte di ogni eventuale controversia che dovesse insorgere tra l'Associato e la Mutua Soccorso, 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.15 - Rinvio alle norme**

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme legislative italiane, lo Statuto della Mutua MBA ed il Regolamento applicativo dello Statuto in vigore.

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

#### **Art. 16 - Termini di Aspettativa (Carenze)**

Fermo quanto previsto all'Art. 10 delle Norme Generali, disciplinante il giorno di effetto del sussidio, le prestazioni messe a disposizione sono garantite dalla MBA senza applicazione dei periodi di carenza.

#### **Art. 17 - Pregresse**

Per i **Dipendenti delle aziende associate all'Ente Bilaterale**, associati in forma collettiva totalitaria, sono da intendersi incluse, nel presente Sussidio, le prestazioni conseguenti a stati patologici manifestati, diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati prima della data di adesione al presente Sussidio, nonché le prestazioni conseguenti a infortuni anch'essi occorsi anteriormente alla data di adesione.

Nel caso di estensione del Sussidio a titolo volontario da parte del dipendente al proprio Nucleo Familiare, per detti familiari sono escluse dal presente Sussidio Sanitario le prestazioni conseguenti a stati Patologici manifestati, diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati prima della data di adesione al presente Sussidio, così come gli infortuni occorsi prima di suddetta data estensione. Sono inoltre escluse dalla copertura del presente



sussidio tutte le spese relative allo stato di gravidanza ed al parto qualora la gestazione abbia avuto inizio precedentemente alla data di adesione al presente Sussidio.

L'esclusione di cui al secondo comma del presente articolo, limitatamente ai soli stati Patologici manifestati, diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati prima della data di adesione al presente Sussidio, non opera una volta trascorsi tre anni di adesione ininterrotta al presente Regolamento del Sussidio.

**Art. 18 - 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 patologia certa o presunta ovvero l'Infortuni;
- b. le prestazioni conseguenti agli Infortuni non documentati da referto di Pronto Soccorso ovvero da specifico accertamento diagnostico (a titolo esemplificativo, TAC, RMN, radiografie) da cui sia chiaramente possibile evincere la data di accadimento dell'infortunio e le conseguenze traumatiche dello stesso.
- c. le prestazioni relative a cure odontoiatriche e ortodontiche, salvo specifiche deroghe previste dal sussidio;
- d. le prestazioni di routine, controllo nonché i vaccini;
- e. le prestazioni conseguenti a suicidio e tentato suicidio;
- f. le prestazioni finalizzate all'eliminazione o correzione di difetti fisici e malformazioni preesistenti alla data di adesione del sussidio, ad eccezione degli Interventi per i bambini che non abbiano superato i 5 anni;
- 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, 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'Associato;
- j. le prestazioni, le terapie e le cure 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;
- m. le cure e gli Interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale;
- n. l'aborto volontario non terapeutico;
- o. i Ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in regime ambulatoriale, purché consentito dallo stato di salute dell'Assistito;

- p. 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;
- q. gli Infortuni conseguenti ad assunzione di sostanze psicoattive (stupefacenti, farmaci, sostanze psicotrope), a scopo non terapeutico;
- r. gli infortuni causati dallo stato di ebbrezza o di ubriachezza;
- s. le Malattie correlate all'abuso di alcool o al consumo di stupefacenti e sostanze psicotrope, assunte non a scopo terapeutico;
- t. gli Infortuni conseguenti alla pratica di sport aerei e gare motoristiche in genere o di sport costituenti per l'assistito attività professionale;
- u. le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e delle accelerazioni di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.), nonché da campi elettromagnetici;
- v. le conseguenze di inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche, movimenti tellurici;
- w. 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.

#### **Art. 19 - Sottoscrizione di più Sussidi**

Qualora l'Associato abbia sottoscritto con la MBA più di un sussidio, avrà diritto ad ottenere la migliore prestazione (Rimborso delle spese, erogazione di indennità o indennizzo) dovuta per il sussidio più favorevole.

#### **Art. 20 - 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 dell'Ufficio Italiano Cambi.

#### **Art. 21 - Responsabilità di terzi**

Nel caso in cui la prestazione riguardi eventi per i quali sia configurabile la responsabilità di terzi, il rimborso delle spese e l'erogazione delle prestazioni è subordinato al rilascio da parte dell'associato di una idonea dichiarazione con la quale si impegni a perseguire il responsabile e restituire alla Mutua, sino alla concorrenza della prestazione ricevuta, gli importi versati dal responsabile e/o dall'assicuratore di questi, qualsiasi sia il titolo del versamento ricevuto.

#### **Art. 22 - Oneri dell'Assistito.**

La richiesta di rimborso deve essere corredata da:

- 1) copia della prescrizione medica, indicante la diagnosi o il quesito

diagnostico, relativa alla prestazione di cui si richiede il rimborso, ovvero da copia del referto medico attestante la natura della malattia o dell'infortunio. In caso di ricovero ospedaliero e Day-Hospital dovrà essere presentata copia della cartella clinica completa (anche su supporto elettronico);

- 2) copia della documentazione di spesa (distinte e ricevute) debitamente quietanzate.

MBA potrà richiedere in ogni momento (sia prima del rimborso sia a rimborso effettuato) la produzione degli originali (sia della documentazione sanitaria sia della documentazione di spesa) qualora le copie trasmesse risultino in tutto o in parte illeggibili, incompleti o presentino grafie diverse, oppure per effettuare controlli statistici.

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

### **Art. 23 - Modalità di erogazione delle prestazioni.**

#### **a. Prestazioni effettuate in assistenza diretta presso strutture sanitarie e medici/professionisti convenzionati con MBA.**

Le spese relative alla prestazione erogata in assistenza diretta presso strutture sanitarie e medici/professionisti convenzionati con MBA vengono corrisposte direttamente da MBA alle strutture sanitarie convenzionate ed ai medici/professionisti convenzionati.

Per aver diritto a tale assistenza diretta l'Assistito deve ottenere la preventiva autorizzazione da parte della Centrale Operativa secondo le procedure specificamente previste e consultabili nell'area riservata del portale MBA.

MBA provvederà a corrispondere direttamente alla struttura e ai medici/professionisti convenzionati le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate, senza applicazione di alcuna quota a carico dell'Assistito tranne quelle specificamente previste dal presente sussidio sanitario (anche in caso di utilizzo di strutture sanitarie e personale medico convenzionati) che dovranno essere versate alla struttura sanitaria e ai medici/professionisti direttamente dall'Assistito.

#### **b. Prestazioni effettuate presso strutture sanitarie e/o medici/professionisti non convenzionati con MBA.**

Le spese relative alle prestazioni effettuate presso strutture sanitarie e/o medici/professionisti non convenzionati con MBA vengono rimborsate agli Assistiti nei limiti dei massimali previsti dal sussidio sanitario con l'applicazione delle quote a carico indicate per le singole prestazioni.

MBA provvede al rimborso di quanto dovuto, all'esito della prestazione ed entro 30 giorni lavorativi dalla presentazione della richiesta di rimborso, completa di tutta la documentazione necessaria.

#### **c. Prestazioni effettuate in assistenza indiretta presso strutture sanitarie e medici/professionisti convenzionati con MBA.**

Fermo quanto previsto alla lettera a), nel caso in cui un Associato si avvalga di una delle strutture sanitarie e di medici/professionisti convenzionati con MBA e, pur non avvalendosi dell'assistenza diretta, deve richiedere, seguendo le istruzioni indicate nella Guida Operativa della Mutua e della Centrale Salute, l'applicazione delle specifiche agevolazioni tariffarie concordate da MBA con le strutture/medici/professionisti; in tal caso la Mutua provvede al rimborso all'Assistito delle spese sostenute, applicando le specifiche condizioni previste dal sussidio in caso di utilizzo delle prestazioni assistenza diretta (di cui alla lettera a).

Nel caso in cui, invece, l'assistito non richieda l'applicazione delle specifiche agevolazioni tariffarie concordate da MBA, la Mutua provvederà al rimborso delle spese come se si trattasse di prestazioni effettuate presso strutture sanitarie/medici/professionisti non

convenzionati (vedi lettera b) nei limiti, in ogni caso, delle singole tariffe agevolate concordate da MBA con le strutture/medici/professionisti convenzionati, che sarebbero state applicate ove l'Assistito ne avesse fatto richiesta così come indicato al primo capoverso della presente lettera c).

**In ogni caso, 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 della Mutua MBA e della Centrale Salute consultabili nell'Area Riservata del portale della Mutua MBA.**

## SEZIONE 4.1. GARANZIE OSPEDALIERE

### 4.1.1 DIARIA DA RICOVERO CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO

La Mutua MBA, in caso di Ricovero, con o senza Intervento chirurgico, reso necessario da Malattia, Infortunio, Parto Cesareo o Aborto Terapeutico che risultino compresi nei termini del presente Regolamento, corrisponderà all'Associato, quale Rimborso di tutte le spese sostenute durante il Ricovero, una diaria **pari ad € 70,00 al giorno fino ad un massimo di 30 giorni annui e per Nucleo Familiare.**

La diaria sarà corrisposta solo a decorrere dal terzo giorno di Ricovero, fatta eccezione per il giorno delle dimissioni, escluso dal conteggio.

### 4.1.2. DIARIA DA RICOVERO PER PARTO NATURALE

In caso di Ricovero per Parto naturale, compreso nei termini del presente Regolamento, la Mutua MBA riconosce, in favore dell'Associato, l'erogazione di una **diaria giornaliera pari ad € 80,00 per un massimo di 30 giorni annui e per Nucleo Familiare.**

### 4.1.3. GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

In caso di Ricovero dell'Associato per "Grande Intervento Chirurgico" (secondo il solo elenco riportato nel successivo punto 4.1.4.: "*Elenco dei Grandi Interventi Chirurgici*") reso necessario a seguito di Malattia o Infortunio, la MBA rimborserà, nel **limite del massimale annuo di cui all'art. 4.1.7.**, le seguenti spese sostenute dall'Associato:

**A) nei 100 giorni precedenti il ricovero con un sub-massimale annuo pari ad € 1.500,00;**

- visite specialistiche ed accertamenti diagnostici;
- trasporto dell' Associato con ambulanza o altro mezzo attrezzato al trasporto sanitario fino al luogo di degenza.

**B) durante il ricovero:**

- rette di degenza, al 100% in caso di Struttura Sanitaria Convenzionata e nei limiti di €300,00 al giorno in caso di Struttura Non Convenzionata;
- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, 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);
- medicinali ed esami;
- assistenza medica e cure;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- trasporto in ambulanza o altro mezzo attrezzato al trasporto sanitario dell'Associato ad altro luogo di cura (nei limiti del sub-Massimale annuo di € 2.000,00);



- vitto e pernottamento in Istituto di cura dell'accompagnatore (nei limiti del sub-massimale di € 1.500,00 per ricovero).

**C) nei 100 giorni successivi al ricovero con un sub-massimale annuo pari ad €4.000,00:**

- esami di laboratorio accertamenti diagnostici e visite specialistiche;
- prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi;
- medicinali (con prescrizione medica);
- cure termali (fatta eccezione per le spese alberghiere che sono espressamente escluse);
- assistenza infermieristica a domicilio nei limiti di € 50,00 al giorno per un massimo annuo di 30 giorni;
- assistenza domiciliare non sanitaria nei limiti di € 25,00 al giorno;
- trasporto dell'Associato con ambulanza o altro mezzo attrezzato al trasporto sanitario per il rientro al proprio domicilio nei limiti del sub-Massimale annuo di € 2.000,00.

Nel caso in cui il Grande Intervento Chirurgico venga effettuato, in assistenza diretta, presso una Struttura Sanitaria Convenzionata con la Centrale Salute, la MBA rimborserà le spese sopra elencate senza applicazione di alcuna Quota di spesa a carico, fermo restando il massimale annuo di cui all'art. 4.1.7..

Nel caso in cui, invece, il Grande Intervento Chirurgico venga effettuato presso Struttura Sanitaria Non Convenzionata con la Centrale Salute, MBA provvederà al rimborso delle spese con applicazione di una **Quota di spesa a carico dell'Associato del 25% con un minimo non rimborsabile di € 2.500,00 per ogni Evento e per un massimo non rimborsabile di € 5.000,00 per Evento, fermo restando il massimale annuo di cui al punto 4.1.7..**

#### 4.1.4. - 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
- Tromboendarteriectomia 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 simili

## 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 linfadenectomia
- Esofagectomia totale
- Gastrectomia totale con linfadenectomia
- Esofago-gastrectomia per via toraco-laparotomica
- Amputazione del retto per via addomino-perineale o addomino-sacrale

## Chirurgia Ginecologica

- Eviscerazione pelvica
- Vulvectomy allargata con linfadenectomia
- Isterectomia totale con annessiectomia e linfadenectomia per tumori maligni

## Chirurgia Ortopedica

- Artroprotesi totale di anca
- Artroprotesi totale di ginocchio
- 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

#### **4.1.5. Indennità sostitutiva GIC - alternativa all'Indennità Integrativa di cui al successivo punto 4.1.6**

Nel caso in cui l'Associato, a seguito di Ricovero per Grande Intervento Chirurgico di cui ai precedenti artt. 4.1.3. e 4.1.4., garantito dal presente Regolamento, non richieda alcun Rimborso in virtù del presente sussidio, la Mutua corrisponderà un'Indennità per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della Malattia o dell'Infortunio.

L'indennità sarà pari ad **€ 120,00** e verrà erogata per ogni giorno di Ricovero, fermo restando il limite di **200 giorni** per ciascuna annualità.

Qualora l'Associato richieda la presente Indennità sostitutiva si intenderà escluso il Rimborso di qualsiasi altra spesa, anche precedente o successiva al Ricovero (e di cui alle lettere A) e B) dell'art. 4.1.3.) eventualmente sostenuta e riferibile al medesimo Ricovero.

#### **4.1.6. Indennità integrativa GIC - alternativa all'Indennità sostitutiva di cui al precedente punto 4.1.5**

Nel caso in cui l'Associato, a seguito di Ricovero per Grande Intervento Chirurgico di cui ai precedenti artt. 4.1.3. e 4.1.4., garantito nei termini del presente Regolamento, non richieda alcun Rimborso a carico del presente sussidio, la Mutua corrisponderà un'Indennità per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della Malattia o dell'Infortunio.

L'indennità sarà pari ad **€ 60,00** e verrà erogata per ogni giorno di Ricovero, fermo restando il limite massimo di **100 giorni** per ciascuna annualità.

Qualora l'Associato richieda la presente Indennità integrativa, potrà richiedere il Rimborso delle sole spese di cui alle lettere A) e C) dell'art. 4.1.3. (pre e post Ricovero) eventualmente sostenute e riferibili al medesimo Ricovero, nei limiti del sub-massimale annuo di € 5.000,00, e fermo gli eventuali sub limiti indicati nel medesimo articolo 4.1.3. alle lettere A) e C).

#### 4.1.7. Massimale annuo di rimborsi erogabili

**Il garantito massimale annuo erogabile di sussidi per il complesso degli eventi indicati ai punti 4.1.3., 4.1.4., 4.1.5. e 4.1.6. è pari alla somma complessiva annua di € 100.000,00 per Nucleo Familiare.**

#### 4.1.8. NEONATI

In caso di malformazioni congenite di cui il neonato, rientrando nel Nucleo Familiare, risulti affetto, la Mutua MBA riconoscerà **le spese sostenute per la correzione delle suddette malformazioni nei limiti del massimale annuo di € 10.000,00.**

Le spese fronteggiate e rimborsabili ai sensi della presente garanzia sono quelle sostenute in favore del neonato e nel primo anno di vita.

### SEZIONE 4.2: GARANZIE EXTRAOSPEDALIERE

#### 4.2.1 ALTA DIAGNOSTICA

La Mutua, in caso di Malattia o di Infortunio rimborsabile ai sensi del presente sussidio, anche in assenza di Ricovero od Intervento chirurgico, su prescrizione medica indicante la motivazione clinica, provvede al Rimborso delle spese per le seguenti prestazioni extra-ospedaliere di alta diagnostica strumentale e terapie:

- Angiografia
- Angiografia digitale
- Arteriografia digitale
- Artrografia
- Broncografia
- Broncoscopia
- Chemioterapia
- Cistografia
- Cobaltoterapia
- Colonscopia
- Coronarografia
- Dialisi
- Diagnostica radiologica
- Ecocardiografia
- Ecocardiogramma
- Ecocolordoppler (doppler, ecodoppler e colordoppler)
- Ecografia
- EGDS (esofago scopia + gastroscopia + duodenoscopia)
- Elettrocardiografia
- Elettroencefalografia
- Esofagogastroduodenoscopia
- Flebografia

- Gastroscofia
- Mammografia
- Mielografia
- Radionefrogramma
- Rettoscopia
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN)
- Scintigrafia
- Telecuore
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC)
- Urografia

Le prestazioni non espressamente indicate nel sussidio non sono coperte dalla presente garanzia.

**Le spese sostenute per prestazioni effettuate, in assistenza diretta, in una Struttura Sanitaria Convenzionata con la Centrale Salute, saranno rimborsate con applicazione di una Quota di Spesa a Carico dell'Associato di € 40,00 per ogni Evento, nei limiti del massimale annuo di cui al punto 4.2.3..**

**Al contrario, per le prestazioni effettuate in Struttura Sanitaria Non Convenzionata con la Centrale Salute, la MBA rimborserà le-spese con applicazione di una Quota di spesa a carico dell'Associato del 20% con un minimo non rimborsabile di € 60,00 per ogni Evento, fermo restando il limite annuo di cui al punto 4.2.3..**

#### **4.2.2. - TICKET SANITARI DI ALTA DIAGNOSTICA**

La Mutua MBA rimborsa integralmente il costo sostenuto per i ticket sanitari per esami di alta diagnostica rimborsabili nei termini del presente sussidio, fermo restando il massimale annuo di cui al punto 4.2.3..

Sono sempre esclusi i ticket per l'acquisto di farmaci.

#### **4.2.3 Massimale annuo di rimborsi erogabili**

Il limite annuo garantito per il complesso delle prestazioni di cui ai precedenti punti 4.2.1. e 4.2.2. è pari ad **€ 6.500,00 per Anno e per Nucleo Familiare.**

#### **4.2.4. VISITE SPECIALISTICHE ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI**

MBA, **entro il limite annuo** di seguito indicato, in caso di malattia o di infortunio rimborsabile ai sensi del presente Sussidio, anche in assenza di ricovero od intervento chirurgico, su prescrizione medica indicante la motivazione clinica, provvede al rimborso delle spese per visite mediche specialistiche ed accertamenti diagnostici.

Le spese sostenute per prestazioni effettuate, in assistenza diretta, presso Strutture Sanitarie Convenzionate con la Centrale Salute, saranno rimborsate dalla Mutua con applicazione di una **Quota di spesa a suo carico pari ad € 30,00 per Evento, nei limiti del massimale annuo di cui al successivo punto 4.2.5..**



In caso di prestazioni effettuate presso Strutture Sanitarie Non Convenzionate con la Centrale Salute la MBA rimborserà le spese **sostenute dall'Associato con l'applicazione di una Quota di spesa a suo carico del 20% per Evento.**

**Sono escluse dalle spese rimborsabili previste nel presente articolo, le visite, gli esami e gli accertamenti diagnostici odontoiatrici e ortodontici, nonché le visite con finalità dietologiche.**

Qualora l'Associato effettui visite specialistiche ed accertamenti diagnostici ricorrendo al S.S.N., la Mutua MBA provvede, dietro presentazione dell'originale delle fatture di spesa, **al rimborso al 100% delle spese per i ticket sanitari**, entro il massimale annuo di cui al punto 4.2.5.

#### **4.2.5. Massimale annuo di rimborsi erogabili**

Il limite annuo garantito per le prestazioni di cui al punto 4.2.4. **è pari ad € 700,00 per Nucleo Familiare.**

#### **4.2.6. FISIOTERAPIA A SEGUITO INFORTUNIO**

MBA provvede al Rimborso delle spese per prestazioni di Fisioterapia e Riabilitazione a seguito di Infortunio, comprese nei termini del presente Regolamento, effettuate dall'Associato, in assistenza diretta, presso Strutture Convenzionate con la Centrale Salute.

Il rimborso delle spese di cui sopra sarà erogato dalla MBA con applicazione di una **Quota di spesa a carico dell'Associato del 20% nei limiti del massimale annuo pari ad € 1.000,00 per Nucleo Familiare.**

Inoltre, qualora l'Associato sostenga le prestazioni di cui al presente art. 4.2.6. ricorrendo al S.S.N., la Mutua provvederà, dietro presentazione dell'originale delle fatture di spesa, al rimborso del 100% delle spese per i **ticket sanitari**, fermo restando il massimale annuo di cui sopra (€ 1.000,00).

#### **4.2.7. CURE DENTARIE**

La MBA provvede al rimborso integrale delle spese sostenute dall'Associato per gli **Interventi di Implantologia Dentaria** effettuate, in assistenza diretta, presso Strutture Sanitarie Convenzionate con la Centrale Salute nei limiti del **massimale annuo di € 3.500,00** ed entro il **sub massimale di € 700,00 per Impianto Dentario.**

Altresì la MBA rimborsa integralmente l'Associato delle spese sostenute per gli **Interventi di Estrazione dei denti**, effettuate in assistenza diretta, presso Strutture Sanitarie Convenzionate con la Centrale Salute e nei limiti di un **massimo di quattro (4) estrazioni per annualità.**

#### 4.2.8. CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

La MBA rimborsa le spese sostenute a fronte di cure odontoiatriche a seguito di Infortunio (documentato da referto di Pronto Soccorso), **nei limiti del massimale annuo pari ad €3.500,00 per Nucleo Familiare.**

La MBA rimborserà le spese di cui sopra nel caso in cui le prestazioni vengano effettuate, in assistenza diretta, presso una Struttura Sanitaria Convenzionata con la Centrale Salute e con l'applicazione di una Quota di spesa a carico dell'Associato del 15%.

Inoltre, qualora l'Associato sostenga le prestazioni presso strutture del S.S.N., la Mutua provvederà, dietro presentazione dell'originale delle fatture di spesa, al rimborso al 100% delle spese per i **ticket sanitari**, fermo restando il massimale annuo di cui sopra (€ 3.500,00).

#### 4.2.9. LENTI ED OCCHIALI

La MBA provvederà al rimborso delle spese relative a lenti oculistiche, anche a contatto (ad esclusione delle "usa e getta"), entro il **limite massimo annuale di € 90,00 per Nucleo Familiare.**

La prestazione sarà ammessa al rimborso solo a seguito della modifica del visus di almeno 0,50 diottrie per entrambi gli occhi e per ogni tipo di difetto refrattivo.

La modifica del visus dovrà essere certificata da medico oculista o da ottico optometrista.

#### 4.2.10. PACCHETTO MATERNITA'

MBA riconosce all'Associato, che sia in uno stato di gravidanza garantito dal presente sussidio, il rimborso delle spese sanitarie sostenute per le seguenti prestazioni:

- visite di controllo;
- ecografie;
- monitoraggio dello sviluppo del feto;
- analisi di laboratorio;
- translucenza nucale.

L'insieme delle suddette spese, saranno rimborsate integralmente dalla MBA sia se effettuate presso Strutture Sanitarie Convenzionate che Non Convenzionate con la Centrale Salute e sia se effettuate presso Strutture del Servizio Sanitario, fino ad un **massimo annuo e per Nucleo Familiare pari ad € 1.000,00.**

#### 4.2.11. PRESIDI E AUSILI MEDICI ORTOPEDICI

La MBA provvede al rimborso delle spese per l'acquisto di presidi e ausili medici ortopedici entro il massimale annuo di € 3.000,00 per nucleo familiare.

Le spese sostenute saranno rimborsabili con applicazione di una **Quota di spesa a carico dell'Assistito del 20%**.

#### 4.2.12. CONSULENZA PSICOLOGICA SEGUITO GRAVI MALATTIE

MBA provvede, al rimborso delle spese per consulenze psicologiche sostenute dall'Associato, con un **limite di massimo di 15 sedute e nel limite di € 40,00 per ciascuna seduta**, prettamente legate al seguito delle seguenti malattie:

**1. Infarto miocardico acuto:** coronaropatia qualora dia origini a necrosi ischemiche acute del miocardio da brusca riduzione del flusso coronarico che provochi ricovero in unità coronarica di almeno 5 giorni.

La diagnosi viene formulata per la presenza contemporanea dei seguenti caratteri:

- a. dolore precordiale
- b. alterazione tipiche all'ECG
- c. aumento dell'attività sierica degli enzimi liberati dalle cellule miocardiche.

**2. Ictus cerebrale (accidente cerebrovascolare acuto):** emorragia od infarto cerebrale (trombosi od embolia) ad esordio brusco immediatamente riscontrato in ambito di ricovero ospedaliero che produca danno neurologico sensitivo o motorio.

**3. Tumore:** neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale, la cui diagnosi venga basata e dimostrata da esame istopatologico o da altra certificazione ospedaliera. Limitatamente alla sola copertura in oggetto, vengono esclusi: i carcinomi in situ, la degenerazione neoplastica dei polipi intestinali, i carcinomi della mammella che non hanno interessamento linfonodale metastatico, i carcinomi della vescica urinaria limitati al I stadio ed i tumori cutanei ad eccezione del melanoma maligno del III e IV stadio di Clarke.

**4. Insufficienza Renale:** malattia renale irreversibile in dialisi cronica.

#### 5. Ustioni del 3° grado

La garanzia è operante a condizione che la data della prima diagnosi (comprovata da cartella clinica e certificazione medica) sia successiva alla data di decorrenza del Sussidio o comunque successiva alla data di inserimento in copertura dell'Associato.

## SEZIONE 4.3: PREVENZIONE

### 4.3.1 - PREVENZIONE ODONTOIATRICA

La MBA garantisce all'Associato la possibilità di usufruire di un pacchetto di prevenzione odontoiatrica all'anno, comprendente una visita odontoiatrica e una seduta di detartrasi (ablazione del tartaro), previo appuntamento concordato con la Centrale Salute.

Le prestazioni potranno essere rimborsate solo qualora effettuate presso Strutture Sanitarie Convenzionate con la Centrale Salute, in forma diretta **ed una sola volta l'anno**.

### 4.3.2 - PACCHETTO DI PREVENZIONE presso HEALTH POINT

Gli "Health Point" rappresentano una soluzione efficace ad una crescente domanda di prestazioni di "sanità leggera" quali diagnostica non invasiva, tele-refertazione, teleconsulto, assistenza infermieristica e assistenza domiciliare, per la promozione e l'applicazione di un corretto stile di vita e benessere generale.

Ogni Health Point è attrezzato con device di ultima generazione e dispositivi innovativi che mettono in azione processi di refertazione e consulenze online che possono avvenire in loco, come la stampa della documentazione o l'invio della stessa ai medici professionisti collegati alla rete degli Health Point.

Queste nuove tecnologie consentono il monitoraggio di parametri che finora potevano essere controllati soltanto con test invasivi, condotti esclusivamente presso laboratori specializzati e in ospedale. I dati elaborati dagli Health Point confluiranno nella cartella sanitaria dei pazienti e dialogheranno con il fascicolo sanitario elettronico (FSE) reso disponibile dalle regioni italiane.

MBA offre al Titolare del sussidio un pacchetto di prevenzione creato appositamente per la tutela dell'Assistito - come di seguito riportato- da effettuarsi direttamente presso l'Health Point preferito e più comodo da raggiungere:

- a. Pulsossimetria (saturimetria)
- b. Peso, Altezza, BMI
- c. Composizione corporea (Massa grassa, massa magra, acqua)
- d. Dispositivo CNOGA TUTTO ASSIEME
  - ✓ PRESSIONE SANGUIGNA Max e Min
  - ✓ PRESSIONE ARTERIOSA MEDIA
  - ✓ FREQUENZA CARDIACA
  - ✓ GITTATA CARDIACA
  - ✓ VOLUME SISTOLICO
  - ✓ VISCOSITA' EMATICA
  - ✓ PH DEL SANGUE
  - ✓ PCO2
  - ✓ PO2
  - ✓ O2

- ✓ CO2
- ✓ EMOGLOBINA
- ✓ EMATOCRITO
- ✓ GLOBULI ROSSI

e. Spirometria

L'assistito titolare potrà effettuare il proprio check up in qualsiasi momento di validità del sussidio previa prenotazione presso il punto Health Point prescelto o previa autorizzazione per il tramite della Centrale Salute.

#### 4.3.3. PREVENZIONE con 360 Well

360Well è il primo Network del benessere nato dal concetto di salute globale e dalla concezione che la persona è un'unità psicofisica, che interagisce con l'ambiente circostante. La Mission del network è quella di promuovere "l'educazione alla salute".

L'assistito, attraverso 360Well ([www.360well.it](http://www.360well.it)), potrà accedere a un team di professionisti in grado di utilizzare tecniche all'avanguardia e alternative, volte alla soluzione del problema alla sua origine, professionisti nell'ambito delle scienze motorie e nel movimento nazionale (ELAV).

MBA offre all'Assistito, titolare o componente del nucleo in caso di adesione in forma nucleo, la possibilità di effettuare durante la validità del sussidio, senza alcun costo a proprio carico

- **1 (una)** visita con un Osteopata.

L'assistito, tramite la propria area riservata di 360Well potrà scegliere e mettersi autonomamente in contatto e con il professionista desiderato con cui fisserà l'appuntamento ed il luogo per l'effettuazione della prestazione prevista.

Per tutte le altre prestazioni, il network 360Well offre la possibilità di usufruire della professionalità degli specialisti a tariffe agevolate.

## SEZIONE 5: SOSTEGNO ECONOMICO

### 5.1. CONTRIBUTO ECONOMICO IN CASO DI PREMORIENZA SEGUITO INFORTUNIO

La presente garanzia si intende valida esclusivamente per l'Assistito Titolare del presente sussidio.

In caso di premorienza, a causa di Infortunio che l'Associato Titolare abbia subito nell'esercizio della propria attività professionale e/o in ogni altra attività che non abbia carattere di professionalità, fatta eccezione per quelle indicate all'art. 18, Sez. 3. (Esclusioni), la Mutua riconosce agli eredi di questi un contributo economico pari ad **€ 25.000**.



Il contributo previsto in caso di premorienza a seguito di infortunio non è cumulabile con quello previsto al successivo art. 5.2. (Invalidità Permanente a seguito di Infortunio); in particolare, nel caso in cui la causa del decesso dell'Assistito - Titolare del sussidio sia la medesima che ha dato origine all'Invalidità Permanente, MBA riconoscerà il contributo previsto in caso di premorienza diminuito dell'eventuale contributo precedentemente riconosciuto in conseguenza della predetta Invalidità a seguito di Infortunio (art.5.2),

Nel caso in cui il contributo riconosciuto all'Assistito per il caso di Invalidità Permanente a seguito di Infortunio (art.5.2) sia superiore a quello previsto per il caso di Premorienza, gli eredi beneficiari non saranno tenuti a restituire a MBA alcun importo.

## 5.2. INVALIDITA' PERMANENTE A SEGUITO DI INFORTUNIO

La garanzia si attiva nei casi di invalidità permanente derivante da infortunio che l'Associato Titolare e/o membro del nucleo familiare abbia subito nell'esercizio della propria attività professionale e/o in ogni altra attività che non abbia carattere di professionalità, fatta eccezione per quelle indicate all'art. 18, Sez. 3. (Esclusioni).

Si precisa che, per l'erogazione della presente garanzia, è necessario che l'infortunio sia occorso durante la vigenza del presente sussidio. A parziale deroga di quanto previsto all'art. 17 Sez. 3 (Pregresse), per i casi di invalidità permanente conseguente a infortuni occorsi prima della data di adesione al presente sussidio, è da intendersi esclusa l'attivazione della presente garanzia.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di invalidità permanente sono ridotte tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

### 5.2.1. Grado di invalidità permanente e relativa indennità

Qualora l'infortunio abbia come conseguenza una invalidità permanente dell'Associato Titolare e/o membro del nucleo familiare, totale o parziale, che si sia manifestata entro due anni dal giorno dell'evento (anche in caso di mancato rinnovo del sussidio), MBA, in base alla tabella di seguito riportata, eroga un contributo economico pari al valore in euro corrispondente al grado di percentuale accertata, **fino ad un importo massimo annuo per nucleo familiare pari a € 30.000 con una quota a carico dell'Associato per i primi 5 punti percentuali.**

Grado % IP	Valore Contributo Economico €	Grado % IP	Valore Contributo Economico €	Grado % IP	Valore Contributo Economico €
1 - 5	nessuna	35 - 39	4.800,00	70 - 74	16.800,00
6 - 9	360,00	40 - 44	5.400,00	75 - 79	19.200,00
10 - 14	600,00	45 - 49	6.000,00	80 - 84	23.100,00
15 - 19	1.200,00	50 - 54	7.200,00	85 - 89	24.000,00
20 - 24	2.400,00	55 - 59	9.600,00	90 - 94	26.400,00

<b>25 - 29</b>	3.000,00	<b>60 - 64</b>	12.000,00	<b>95 - 99</b>	30.000,00
<b>30 - 34</b>	4.200,00	<b>65 - 69</b>	14.400,00	<b>100</b>	30.000,00

Il grado di invalidità permanente viene accertato facendo riferimento ai valori, da intendersi quali massimi, delle seguenti menomazioni:

Perdita totale, anatomica o funzionale di:	Valori Destro	Valori Sinistro
un arto superiore	70%	60%
una mano o un avambraccio	60%	50%
un pollice	18%	16%
un indice	14%	12%
un medio	8%	6%
un anulare	8%	6%
un mignolo	12%	10%
una falange del pollice	9%	8%
una falange dell'altro dito della mano	1/3 del valore del dito	

Anchilosi:	Valori Destro	Valori Sinistro
Dalla scapola omerale con arto in posizione favorevole, con immobilità scapola	25%	20%
Del gomito in angolazione tra fra 120° e 70° con prono-supinazione libera	20%	15%
Del polso in estensione rettilinea con prono-supinazione libera	10%	8%

Paralisi completa:	Valori Destro	Valori Sinistro
del nervo radiale	35%	30%
del nervo ulnare	20%	17%

Perdita anatomica o funzionale di un arto inferiore:	Valori
al di sopra della metà coscia	70%
al di sotto della metà coscia ma al di sopra del ginocchio	60%
al di sotto del ginocchio ma al di sopra del terzo medio di gamba	50%

Perdita anatomica o funzionale di:	Valori
Un piede	40%
Ambedue i piedi	100%
Un alluce	5%
Un dito del piede diverso dall'alluce	1%
Falange ungueale dell'alluce	2,5%

Anchilosi:	Valori
Dell'anca in posizione favorevole	35%

Del ginocchio in estensione	25%
Della tibio-tarsica con anchilosi ad angolo retto con anchilosi della sottoastralgica	15%
<b>Sordità completa:</b>	<b>Valori</b>
Un orecchio	10%
Ambedue le orecchie	40%

<b>Stenosi nasale assoluta:</b>	<b>Valori</b>
Monolaterale	4%
Bilaterale	10%

<b>Perdita anatomica di:</b>	<b>Valori</b>
Un rene	15%
Della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%

<b>Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:</b>	<b>Valori</b>
Una vertebra cervicale	12%
Una vertebra dorsale	5%
12° dorsale	10%
Una vertebra lombare	10%

<b>Varie:</b>	<b>Valori</b>
Esiti di frattura di un metamero sacrale	3%
Esiti di frattura di un metamero coccigeo con callo deforme	5%
Perdita totale, anatomica o funzionale di un occhio	25%
Perdita totale, anatomica o funzionale di ambedue gli occhi	100%
Esiti di frattura scomposta di una costa	1%
Paralisi completa del nervo sciatico popliteo esterno	15%
perdita totale della voce	30%
Ernia addome da sforzo ed ernie traumatiche solo in caso che non siano operabili	Max 10%

Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinismo, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro.

Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente parziale, non determinabile sulla base dei valori sopra previsti, si farà riferimento ai criteri qui di seguito indicati:

- nel caso di minorazioni, anziché di perdite di un arto o di un organo e nel caso di menomazioni diverse da quelle sopra elencate, le percentuali sono calcolate entro il limite di quelle sopra indicate ed in proporzione alla funzionalità perduta;
- nel caso di menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con somma matematica fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
- nel caso in cui l'invalidità permanente non sia determinabile sulla base dei valori sopra elencati e ai criteri sopra riportati, la stessa viene comunque determinata in riferimento ai valori e ai criteri sopra indicati tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'associato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti, comporta l'applicazione della percentuale di invalidità calcolata sulla base dei valori sopra indicati e dei criteri sopra richiamati, pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

### 5.3. CONTRIBUTO ECONOMICO IN CASO DI PREMORIENZA SEGUITO MALATTIA

La presente garanzia si intende valida esclusivamente per l'Assistito Titolare del presente sussidio.

In caso di premorienza, a causa di Malattia, garantita nei termini del presente Regolamento, dell'Assistito - Titolare del presente sussidio, la Mutua riconosce agli eredi di questi un contributo economico pari ad **€ 15.000**.

Il contributo di cui al secondo comma è riconosciuto anche in caso di suicidio, avvenuto dopo due anni dall'adesione al presente sussidio.

## SEZIONE 6: SERVIZI AGGIUNTIVI DELLA CENTRALE SALUTE

### 6.1 ASSISTENZA H24

#### 6.1.1. - PRESTAZIONI EROGATE PER L'ASSISTENZA H24

Ciascuna delle altre prestazioni di Assistenza è fornita **non più di tre volte per annualità**, salvo eventuale diversa indicazione per le singole prestazioni.

#### 6.1.2. - 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 guardia non possono in alcun caso fornire diagnosi o prescrizioni.

#### 6.1.3. - INVIO DI UN MEDICO AL DOMICILIO

Qualora l'Associato necessiti di un medico presso la propria abitazione, durante le ore notturne o nei giorni festivi, e non riesca a reperire il suo medico curante, la Centrale Operativa provvede,

dopo che il proprio medico di guardia ne ha accertata la necessità tramite un primo contatto telefonico, 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.

#### **6.1.4 - INVIO AMBULANZA (VALIDITA' TERRITORIALE ITALIA)**

Qualora l'Associato, in seguito a infortunio o malattia, necessiti, successivamente al ricovero di primo soccorso, di:

- essere trasportato dal luogo dell'infortunio o della malattia al più vicino e idoneo centro ospedaliero;
- essere trasportato dal proprio domicilio o 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, a giudizio del medico curante, non possa utilizzare un mezzo diverso dall'autoambulanza, la Centrale Operativa invia direttamente l'autoambulanza tenendo a proprio carico il costo sino a un massimo di 100 km di percorso complessivo (andata e ritorno).

Non danno luogo alla prestazione i trasporti per terapie continuative.

#### **6.1.5. - 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 di Assistenza H24, per comunicare il tipo di assistenza richiesto.

#### **6.1.6. - 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.**

#### **6.1.7 - Rischi esclusi per la garanzia assistenza in emergenza**

Per tutte le garanzie espone nel precedente Art. 6.1. (Assistenza H24) e successivi sottarticoli, 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).*

## 6.2. CONVENZIONE CONSERVAZIONE 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 la Centrale Salute e la Società StemWay Biotech Limited con sede italiana a Roma in via Flaminia 338.

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 sottoelencati a costi agevolati.

### **6.2.1. 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 catastrofici.

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.

### **6.2.2. 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.

### **6.2.3. 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 della Mutua MBA e della Centrale Salute consultabili nell'Area Riservata del portale della Mutua MBA**

**Oggetto: Integrazione al Regolamento del Sussidio Sanitario Ente Bilaterale A - Impiegati e Operai**

Con riferimento al Regolamento del Sussidio Sanitario "Ente Bilaterale A", si indicano le seguenti precisazioni inerenti la garanzia "PACCHETTO di PREVENZIONE presso HEALTH POINT" di cui all'art. 4.3.2.:

- 1) L'assistito Titolare potrà effettuare il proprio check up presso l'Health Point che preferisce e in qualsiasi momento di validità del sussidio esclusivamente previa autorizzazione per il tramite della Centrale Salute;
  
- 2) Solo nel caso in cui presso la provincia di Residenza dell'Assistito Titolare non vi sia la presenza di un Health Point, MBA mette a disposizione dello stesso € 65,00 annui da poter utilizzare per prestazioni di prevenzione presso qualsiasi Struttura Convenzionata, sia in forma diretta che in forma indiretta, e/o presso qualsiasi Struttura non Convenzionata con la Centrale salute e/o presso Struttura del SSN.  
**Il massimale di € 65,00/anno è fruibile solo per coloro che risiedono in province in cui non sia sito alcun Health point**; qualora si evinca il contrario, l'assistito non avrà diritto ad alcuna presa in carico o rimborso".