



Regolamento del Sussidio “Ente Bilaterale - A”

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

Edizione 2024



Società di mutuo soccorso regolarmente iscritta all'Anagrafe dei Fondi Sanitari di cui al Decreto del Ministero della Salute del 31 marzo 2008 e del 27 ottobre 2009 - Dir. Generale della programmazione sanitaria Ufficio II - Piano sanitario nazionale e Piani di settore. Certificata ISO 9001 / UNI EN ISO 9001:2015 - Erogazione di servizi di gestione fondi e sussidi mutualistici, per gli associati, in ambito sanitario. Iscritta nei registri per la Trasparenza del MISE e della Comunità Europea. Associata ad ANSI - Associazione Nazionale Sanità Integrativa e Welfare.



INDICE	PAGINA
SEZIONE 1.: DEFINIZIONI	4
SEZIONE 2: NORME GENERALI CHE REGOLANO IL SUSSIDIO	11
SEZIONE 3: NORME RELATIVE A TUTTE LE PRESTAZIONI (SALVO NON ESPRESSAMENTE DEROGATO)	15
AREA OSPEDALIERA	21
SEZIONE 4 - PRESTAZIONI OSPEDALIERE	21
Premessa - LIMITE ANNUO PRESTAZIONI OSPEDALIERE	21
A. RICOVERO ORDINARIO CON GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO E TRAPIANTI	21
B. RICOVERO ORDINARIO CON INTERVENTI CHIRURGICI PER LA CORREZIONE DI MALFORMAZIONI E DIFETTI FISICI CONGENITI NEL PRIMO ANNO DI VITA DEI NEONATI	23
C. INTERVENTI CHIRURGICI PLAFONATI	25
D. INDENNITA' SOSTITUTIVA IN CASO DI RICOVERO ORDINARIO CON GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO – alternativa all'Indennità Integrativa di cui al successivo art. E.	26
E. INDENNITA' INTEGRATIVA IN CASO DI RICOVERO ORDINARIO CON GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO – alternativa all'Indennità Sostitutiva di cui al precedente art. D.	27
F. DIARIA GIORNALIERA PER RICOVERO ORDINARIO CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO	28
AREA EXTRA-OSPEDALIERA	30
SEZIONE 5 - PRESTAZIONI EXTRA-OSPEDALIERE	30
G. ALTA DIAGNOSTICA	30
H. VISITE SPECIALISTICHE ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	32
I. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI E RIEDUCATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO	34
J. CONSULENZA PSICOLOGICA PER GRAVI MALATTIE	35
K. CURE ONCOLOGICHE	36
SEZIONE 6 - AUSILI MEDICI	37
L. PRESIDI E AUSILI MEDICI ORTOPEDICI	37
SEZIONE 7 – MATERNITA'	38
M. PACCHETTO MATERNITA'	38
SEZIONE 8 – PREVENZIONE	39
N. PREVENZIONE IN TELEMEDICINA	39
SEZIONE 9 – CURE DENTARIE	39
O. PREVENZIONE ODONTOIATRICA	39



P. CURE DENTARIE DA INFORTUNIO	39	
Q. CURE ODONTOIATRICHE (diverse da Cure Dentarie da Infortunio)	41	3
R. IMPLANTOLOGIA DENTARIA	42	
S. ESTRAZIONE DENTI	42	
SEZIONE 10 - LENTI E OCCHIALI	43	
T. LENTI E OCCHIALI	43	
AREA SOSTEGNO	44	
U. CONTRIBUTO ECONOMICO IN CASO DI DECESSO A SEGUITO DI MALATTIA – Garanzia valida solo in caso di morte del Titolare del Sussidio	44	
V. RIMBORSO SPESE A SOSTEGNO DELLA FAMIGLIA IN CASO DI DECESSO DEL TITOLARE A SEGUITO DI MALATTIA – Garanzia valida solo in caso di morte del Titolare del Sussidio	44	
W. TRATTAMENTI E PRESTAZIONI PER INVALIDITA' DA INFORTUNIO/MALATTIA – Garanzia valida solo per il Titolare del Sussidio	45	
AREA SERVIZI E ASSISTENZA DI CENTRALE SALUTE	47	
X. CONSERVAZIONE CELLULE STAMINALI	47	
Y. ASSISTENZA H24	48	
ALLEGATO 1 – ELENCO DEI “GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	51	
ALLEGATO 2 – TABELLA RIASSUNTIVA Q&D	53	



SEZIONE 1.: DEFINIZIONI

4

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.

Accertamento diagnostico: Prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo.

Animale domestico: animale di affezione (cane e gatto) di proprietà di uno dei componenti il Nucleo Familiare detenuto conformemente alle vigenti leggi e che non venga utilizzato a scopo di lucro. È richiesto che l'animale di affezione sia regolarmente iscritto all'Anagrafe canina e/o felina precedentemente alla data di adesione al sussidio sanitario.

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

Assistenza Diretta: modalità di erogazione delle prestazioni del presente Sussidio presso strutture sanitarie utilizzando personale medico (e/o sanitario) ambedue convenzionati con MBA e/o con società da quest'ultima autorizzata, per il tramite di Health Assistance S.C.p.A. (di seguito anche Health Assistance o Centrale Salute; 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 al Socio 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 S.C.p.A. (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.

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

Carenza: periodo temporale che intercorre tra la data di decorrenza della copertura e l'effettiva operatività delle prestazioni. Qualora l'evento avvenga in tale periodo, MBA non corrisponde il Rimborso della prestazione prevista dal Sussidio.

Cartella Clinica: documento ufficiale, coperto da pubblica fede nei casi di legge, redatto durante il Ricovero, diurno o con pernottamento, contenente le generalità del paziente 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.

Ai fini dell'erogazione delle prestazioni ricomprese nel Sussidio Sanitario, la Cartella Clinica, da qualunque tipologia di struttura sanitaria essa provenga, è considerata atto immodificabile e, pertanto, con la richiesta di attivazione del Sussidio Sanitario oggetto del presente Regolamento, il Socio accetta, espressamente e senza riserva alcuna, che non è ammessa qualsivoglia alterazione o modifica o aggiunta o cancellazione successiva alla formazione dell'atto medesimo, anche se protesa al ripristino della verità dei fatti in esso contenuti.

Mutua MBA si riserva di valutare eventuali variazioni postume alla Cartella Clinica, solo ove le stesse siano datate, predisposte e firmate dallo stesso pubblico ufficiale che l'ha formata e siano controfirmate dal Direttore Sanitario, specificando le esatte ragioni dell'annotazione postuma.

Centrale Salute: gli uffici del service provider Health Assistance SCpA 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 (www.healthassistance.it).

Centro Convenzionato: Ospedali, Istituti a Carattere scientifico, Case di Cura, Centri diagnostici, Centri polispecialistici, Laboratori di analisi, Centri fisioterapici, Studi medici specialistici, Studi Odontoiatrici e qualsiasi altra Struttura/Professionista che abbia stipulato un accordo con la Centrale Salute per l'applicazione di tariffe agevolate applicabili alle prestazioni 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 oncologia: 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 il Socio 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 (ordinari o diurni) o Interventi chirurgici ambulatoriali si intende la data in cui avviene il Ricovero/Intervento; per le altre prestazioni previste dal presente Sussidio e presentate in un'unica richiesta, farà fede la data della prima prestazione eseguita per patologia/quesito diagnostico.

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 Service (DSA): attività specialistica ambulatoriale resa da Medico Specialista presso un Istituto di Cura e svolta per la gestione clinico – diagnostica di prestazioni ambulatoriali complesse (PAC) che non prevedono intervento chirurgico e che, attraverso la programmazione medica di un numero di accessi limitato presso la Struttura, non necessitano di degenza.

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 a corredo della domanda di erogazione delle prestazioni (incluse le richieste di rimborso in forma diretta), anche se di data antecedente alla domanda di adesione. La mancata presentazione della documentazione completa e conforme alle richieste di MBA, entro 120 giorni dal termine della prestazione sanitaria erogata ovvero, in caso di ricovero ordinario o diurno, dalla data delle dimissioni, comporta la decadenza dal diritto al rimborso e al pagamento delle prestazioni, incluse quelle eseguite in forma diretta. L'eventuale sospensione dell'istruttoria della pratica non interrompe il decorrere del termine di 120 giorni sopra indicato. Dunque, nel caso di sospensione, il Socio ha 60 giorni di tempo dalla data di comunicazione della richiesta di ulteriore documentazione per integrare la stessa, purché ciò avvenga sempre entro 120 giorni dall'evento ovvero, in caso di ricovero ordinario o



diurno, dalla data delle dimissioni. Decorsi 60 giorni, la richiesta verrà respinta e il Socio dovrà presentare nuova e completa domanda comprensiva anche della documentazione integrativa, comunque entro i 120 giorni per non incorrere nella suddetta decadenza.

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

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

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 del Socio presente sul sito di MBA <https://www.mbamutua.org/> oppure rinvenibile contattando direttamente il Back Office di MBA o il proprio promotore di riferimento.

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

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

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

Indennità sostitutiva: importo giornaliero erogato dalla MBA per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito di Malattia/Infortunio (del parto e/o dell'aborto terapeutico ove previsti nel presente Sussidio). L'indennità viene riconosciuta in sostituzione sia del rimborso delle spese per le prestazioni effettuate durante il ricovero che delle spese pre e post ad esso connesse.



Infortunio: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili che siano documentate da specifico referto di Pronto Soccorso di Struttura Sanitaria Pubblica o di Struttura di Primo Soccorso convenzionata con il SSN (attestante le circostanze dell'evento, le cause, le modalità di accadimento e le conseguenze dell'evento) da cui sia chiaramente possibile evincere la data di accadimento dell'infortunio e le conseguenze traumatiche dello stesso, e che abbiano per conseguenza la morte, una fragilità permanente oppure una inabilità temporanea o una delle altre prestazioni garantite dal presente Sussidio.

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 biotici ecc. non attraverso le cavità naturali bensì attraverso una cruentazione di tessuti.

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

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

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

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

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

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

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



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

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

Patologia progressa: qualsiasi patologia che sia progressa in quanto manifestata, diagnosticata, sottoposta ad accertamenti o curata prima della data di attivazione del presente Sussidio o che risulti correlata ad uno stato patologico noto antecedente alla decorrenza dello stesso.

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 del Socio 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; il Socio 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.

Prestazione: servizi o altra forma di tutela previste dal Sussidio e per i 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 prestazioni è la sussistenza di uno stato patologico (accertato o presunto) conseguente a Malattia o Infortunio.

Quote di spesa a carico del Socio: importi di spesa che rimangono a carico del Socio 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 del Socio.



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/Contributo di assistenza: la somma dovuta dalla Mutua al Socio in caso di evento e prestazione rimborsabile.

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

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

Socio: 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 Soci anche i familiari aventi diritto ai sensi del presente Regolamento e dell'art. 9 del Regolamento Attuativo dello Statuto di Mutua MBA (di seguito anche "Assistito" e/o "Assistito Titolare").

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

Telemetria biomedica: Insieme di metodi di osservazione, applicati a fini diagnostici, effettuati a distanza rispetto al paziente da monitorare in modo da incidere al minimo con le sue attività normali. I costi della prestazione sono da intendersi inclusi nella retta di degenza prevista per il ricovero ordinario. Non sono previsti costi aggiuntivi nel caso in cui la prestazione sia erogata in terapia intensiva o sub-intensiva.

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 Assistiti in conseguenza di **Infortunio, Malattia e Parto** certificati, per eventi verificatisi nel corso di validità del presente Sussidio.

Art. 2 – Persone Assistite

Le prestazioni garantite dal presente Sussidio sono prestate in favore dell'Assistito Titolare del Sussidio – Dipendente dell'Azienda/Società (più in generale persona giuridica) associata all'Ente Bilaterale che abbia sottoscritto con MBA specifica Convenzione che prevede l'applicazione del presente Sussidio -, nominativamente indicato nel modulo di adesione con il quale ha aderito al presente Regolamento aggiuntivo.

Per Nucleo Familiare 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 effettuata apposita autocertificazione in merito) oppure versino in uno stato di invalidità superiore al 66% (a tal fine, al momento dell'adesione, dovrà essere presentata idonea certificazione in merito).

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

L'assistenza prevista dal presente Sussidio è attivabile in forma collettiva a favore dei:

- Dipendenti

È data, altresì, facoltà al Dipendente dell'Azienda/Società associata all'Ente Bilaterale di estendere volontariamente la presente copertura al Nucleo familiare, a fronte del pagamento del relativo contributo, entro 30 giorni dalla data di decorrenza della copertura fornita all'Azienda/Società.

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

Art. 3 – Limiti di età

Non sono previsti limiti di età.



Art. 4 – Variazione del Nucleo Familiare

12

Qualora sia prevista l'inclusione del Nucleo Familiare, l'Assistito 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 prolungato (risultante dallo stato di famiglia) 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, l'inclusione dei nuovi Assistiti nel Sussidio si intenderà operante solo a decorrere dalla nuova annualità del Sussidio stesso.

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

Art. 5 – Durata del Sussidio e tacito rinnovo

Il presente Sussidio ha durata di **1 (uno) anno** decorrente 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 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 disciplinato dallo Statuto di MBA.

In ogni caso MBA, entro 90 giorni dalla scadenza annuale, si riserva la facoltà di comunicare a mezzo e-mail all'Assistito 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'Assistito o di un suo familiare;
- 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 alla precedente lett. c), d) e) ed f), il relativo recesso dovrà essere effettuato dall'Assistito Titolare. Fermo restando il versamento dei relativi contributi, la copertura sanitaria resterà in vigore sino alla prima scadenza annuale.

13

Art. 6- Obblighi contributivi

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'Assistito

Le dichiarazioni non veritiere rese dall'Assistito al momento della domanda di ammissione o, successivamente, al fine 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.

Nel caso in cui sia previsto il versamento dei contributi a carico del Dipendente per l'inserimento in copertura dei familiari, se l'Assistito non paga la prima rata di contributo o le rate successive, la garanzia resta sospesa dalle ore 24:00 dello stesso giorno e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno di pagamento, sempre che sia avvenuto entro 180 gg e ferme le successive scadenze.

Art. 10 - Comunicazioni e modifiche

Le comunicazioni inerenti al 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

14

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

Art. 12 – Sostegni

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

Inoltre, ogni Sostegno o sub-Sostegno indicato è da intendersi unico e complessivo per tutti gli eventuali componenti del Nucleo Familiare, salvo casi specifici dove viene espresso diversamente nelle singole garanzie.

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

Art. 13 – Sottoscrizione di più Sussidi

Qualora l'Assistito abbia sottoscritto con 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, MBA, in piena attuazione del proprio scopo mutualistico e solidaristico, si riserva di:

- liquidare, nei limiti stabiliti dal presente Regolamento, le spese sanitarie sostenute dal socio in conseguenza dell'evento pregiudizievole, solo qualora il socio produca a MBA documentazione attestante il rifiuto di rimborso da parte del terzo responsabile ovvero dalla compagnia assicurativa di quest'ultimo;



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

15

Resta ferma, in tutti gli altri casi, la generale esclusione di cui all'art. 19 del presente Regolamento.

Art. 16 - Rinvio alle norme

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

SEZIONE 3: NORME RELATIVE A TUTTE LE PRESTAZIONI (SALVO NON ESPRESSAMENTE DEROGATO)

Art. 17 - Carenze

Fermo quanto previsto all'art. 9 delle Norme Generali, disciplinante il giorno di effetto del Sussidio, le prestazioni messe a disposizione sono garantite da MBA senza applicazione di periodi di carenza, anche nel caso di estensione volontaria al Nucleo familiare.

Art. 18 - Patologie Progressive

Per i **Dipendenti, Assistiti in forma collettiva**, tutte le garanzie oggetto del presente Sussidio, attivate in conseguenza di Infortuni avvenuti anteriormente alla data di stipula dello stesso sono da ritenersi incluse.

Altresì, si intenderanno incluse nella copertura assistenziale le prestazioni conseguenti a qualsiasi patologia che sia pregressa in quanto manifestata, diagnosticata, sottoposta ad accertamenti o curata prima della data di attivazione del presente Sussidio o che risulti correlata ad uno stato patologico antecedente alla decorrenza dello stesso.

In caso di estensione volontaria al Nucleo familiare, sono da intendersi escluse per i familiari del Dipendente tutte le garanzie attivate in conseguenza di Infortuni avvenuti anteriormente alla data di stipula dello stesso, nonché tutte le prestazioni conseguenti a qualsiasi patologia che sia pregressa in quanto manifestata, diagnosticata, sottoposta ad accertamenti o curata prima della data di attivazione del presente Sussidio o che risulti correlata ad uno stato patologico antecedente alla decorrenza dello stesso Sono inoltre escluse tutte le spese relative allo stato di gravidanza ed al



Parto qualora la gestazione abbia avuto inizio precedentemente alla data di adesione del presente Sussidio.

16

La presente esclusione non opera una volta trascorsi 3 (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 dei pregressi 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 attivazione del 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'Isritto.
- c. le prestazioni di routine, controllo, prevenzione, nonché i vaccini (sia l'acquisto del farmaco che l'infusione/somministrazione);
- d. le prestazioni conseguenti a suicidio e tentato suicidio;
- e. 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 compiuto il 1° anno di età;



- f. le prestazioni relative a Malattie mentali ed i disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche;
- g. 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;
- h. Infortuni o Malattie derivanti da dolo dell'Assistito;
- i. 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;
- j. i farmaci non riconosciuti dalla Farmacopea Ufficiale;
- k. la cura delle Malattie professionali e sindromi correlate, così come definite dal D.lgs. n. 38 del 2000 e successive modifiche e/ o integrazioni;
- l. le prestazioni prescritte e/ o erogate da medici o paramedici abilitati che non siano in possesso di specializzazione medica pertinente con la prestazione rilasciata e rispetto alla diagnosi/ quesito diagnostico per il quale la prestazione è prescritta/ erogata;
- m. le prestazioni prescritte e/ o erogate da professionisti non in possesso di regolare iscrizione all'Albo o abilitazione laddove prevista dalla normativa italiana.
- n. le cure e gli Interventi chirurgici finalizzati al trattamento dell'infertilità (ad ovviare allo stato di infertilità) e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale;
- o. l'Aborto volontario non terapeutico;
- p. i Ricoveri durante i quali vengono compiuti Interventi e/o solamente accertamenti e/o terapie fisiche che, per loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in regime ambulatoriale, purché consentito dallo stato di salute dell'Assistito;
- q. le prestazioni relative o finalizzate a cure odontoiatriche, ortodontiche e protesi dentarie, salvo specifiche deroghe previste dal Sussidio;
- r. le prestazioni conseguenti a reati o ad azioni dolose compiute o tentate dall'Assistito. Sono compresi nella garanzia quelle sofferte in conseguenza di imprudenza o negligenza anche gravi dell'Assistito stesso;
- 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 o fuori pista, alpinismo con scalata di rocce o ghiaccio di grado superiore al terzo della scala U.I.A.A., discesa con slittino da gara, rugby, football americano, hockey, immersioni con autorespiratore, ecc....) o gare motoristiche e/o motonautiche o sport in genere costituenti per l'Assistito attività professionale (gare, prove e allenamenti) anche non prevalente per impegno temporale a qualsiasi altra occupazione;
- w. gli Infortuni subiti in qualità di passeggero durante i viaggi aerei diversi dai regolari voli di linea;
- x. gli Infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizi resi in corpi militari;
- y. gli Infortuni subiti sul lavoro in miniera, in cava (anche a cielo aperto), in lavori subacquei o in mare aperto;
- z. 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;
- aa. le conseguenze di inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche, movimenti tellurici;
- bb. i Ricoveri causati dalla necessità dell'Assistito di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché Ricoveri di lunga degenza. In tal senso si intendono Ricoveri di lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assistito che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituti di cura per Interventi di carattere assistenziale e fisioterapico di mantenimento;
- cc. eventi per i quali sia configurabile la responsabilità di terzi; fatto salvo quanto previsto nel precedente art. 15;
- dd. spese per il trasporto del plasma.
- ee. le pandemie, se definite come tali dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).



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

19

La mancata o incompleta presentazione della documentazione entro **180 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'Assistito ha 60 gg di tempo dalla data di comunicazione della richiesta di ulteriore documentazione per integrare la stessa e sempre entro 180 gg dall'evento. Decorso 60 gg, la richiesta verrà respinta e l'Assistito dovrà presentare nuova e completa domanda comprensiva anche della documentazione integrativa, comunque entro i 180gg dall'evento oltre i quali il suo diritto decade.

In caso di ricovero ordinario con/senza intervento chirurgico, il termine di 180 giorni decorre dalla data di dimissione dalla Struttura.

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'Assistito 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, incomplete o presentino grafie diverse oppure per effettuare controlli di Audit a campione.

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

Si precisa che, fermo restando il limite massimo rimborsabile previsto da ciascuna singola prestazione ai sensi del presente Sussidio, in caso di prestazione erogata da professionisti operanti in regime di libera professione Intramoenia anche allargata, il rimborso della prestazione è subordinato alla presentazione, nei termini previsti dalla Guida Operativa, del preventivo fornito dall'Azienda Ospedaliera all'Assistito e da questi preventivamente e formalmente accettato. Rimarrà a carico del socio la parte eccedente la tariffa prevista e pubblicizzata dall'Azienda Ospedaliera e, solo nel caso di mancata pubblicazione della medesima così come previsto dalle norme di legge e nei termini di cui alla Guida Operativa, allora la prestazione non verrà riconosciuta. Per le prestazioni Intramoenia anche allargata non è in ogni caso prevista la modalità di Assistenza diretta e verranno applicate le condizioni di rimborso previste per quella prestazione, in assistenza indiretta in o out network, a seconda del caso specifico.



Art. 21 – Tempi di Rimborso

20

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

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 60 giorni lavorativi dalla data di presentazione della richiesta completa di tutta la documentazione necessaria. La sospensione per documentazione mancante da parte della Centrale Salute interrompe tali tempi che decorreranno nuovamente e per intero dalla data di presentazione della documentazione in modo completo da parte dell'Assistito (come da *Allegato 2 "TABELLA RIASSUNTIVA Q&D"*).

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



AREA OSPEDALIERA

SEZIONE 4 - PRESTAZIONI OSPEDALIERE

Premessa - LIMITE ANNUO PRESTAZIONI OSPEDALIERE

Il Sostegno annuo erogabile per il complesso degli eventi e prestazioni indicati ai successivi punti A., D. e E. è pari a € 100.000,00 per Anno/Nucleo.

Il Sostegno annuo erogabile per il complesso degli eventi e prestazioni indicati al successivo punto B. è pari a € 10.000,00 per Anno.

Il Sostegno annuo erogabile per il complesso degli eventi e prestazioni indicati al successivo punto C. è pari a € 4.000,00 per Anno e per tipologia di Intervento.

A. RICOVERO ORDINARIO CON GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO E TRAPIANTI

MBA, in caso di **Ricovero ordinario con Grande Intervento Chirurgico**, (secondo l'Elenco esaustivo riportato nell'*Allegato 1* al presente Sussidio "*Elenco dei Grandi Interventi Chirurgici*"), ivi compresi i Trapianti, reso necessario da Malattia o Infortunio che risultino compresi nei termini del presente Sussidio, garantisce, entro il **Sostegno annuo erogabile di € 100.000,00 per Anno/Nucleo** di cui in *premessa*, il Rimborso delle spese inerenti al Ricovero e all'Intervento come di seguito riportato:

- i) **Prima del Ricovero (nei 100 giorni precedenti al Ricovero) - nei limiti di un sub-Sostegno anno/nucleo pari ad € 1.500,00**
 - visite specialistiche ed accertamenti diagnostici (inerenti alla patologia causa del Ricovero) effettuati anche al di fuori dell'Istituto di cura;
 - trasporto dell'Assistito con ambulanza o altro mezzo attrezzato al trasporto sanitario fino al luogo di degenza;
- ii) **Durante il Ricovero**
 - retta di degenza, ad eccezione delle spese voluttuarie;
 - ❖ 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**);
 - ❖ senza applicazione di **alcuna quota di spesa a carico** ed entro un **sub-Sostegno** pari ad € 300,00 al giorno in caso di prestazioni effettuate presso un Centro non Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance (**Assistenza Indiretta fuori Network**);



- 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 applicati durante l'Intervento;
- medicinali ed esami;
- cure ed assistenza medica;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- trasporto dell'Assistito con ambulanza o altro mezzo attrezzato al trasporto sanitario ad altro luogo di cura - entro un sub-Sostegno annuo pari ad € 2.000,00;
- vitto e pernottamento in Istituto di cura dell'accompagnatore - entro un sub-Sostegno pari ad € 1.500,00 per Ricovero;

iii) **Dopo il Ricovero (nei 100 giorni successivi al Ricovero) - nei limiti di un sub-Sostegno anno/nucleo pari ad € 4.000,00**

- visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio (inerenti alla patologia causa del Ricovero);
- prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche;
- trattamenti fisioterapici o rieducativi previa prescrizione di Medico specialista in materia;
- acquisto di medicinali (previa prescrizione medica completa di motivazione clinica correlata al Ricovero prescritta dal Medico curante all'atto delle dimissioni);
- cure termali correlate alla patologia causa del Ricovero (escluse le spese alberghiere e previa prescrizione di medico specialista);
- assistenza infermieristica a domicilio - entro un sub- Sostegno pari ad € 50,00 al giorno e sino al limite massimo di 30 giorni annui;
- assistenza domiciliare non sanitaria - entro un sub- Sostegno pari ad € 25,00 al giorno;
- trasporto dell'Assistito con ambulanza o altro mezzo attrezzato al trasporto sanitario per il rientro al proprio domicilio - entro un sub- Sostegno annuo pari ad € 2.000,00.

MBA provvederà al Rimborso delle spese sostenute dall'Assistito a fronte delle prestazioni di cui ai punti i), ii) e iii), come di seguito riportato:

1. senza applicazione di **alcuna quota di spesa a carico** in caso di Ricovero effettuato 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 **20%** con **minimo non rimborsabile** pari ad **€ 2.500,00** e con **massimo non rimborsabile** pari ad **€ 5.000,00** per evento, in caso di Ricovero effettuato presso un Centro non Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance (**Assistenza Indiretta fuori Network**);



3. in caso di Ricovero sostenuto a **totale carico del Servizio Sanitario Nazionale**-si rimanda ai successivi artt. D. ed E.

23

In caso di Trapianto di organo, MBA rimborserà le spese relative al donatore sostenute durante il Ricovero, sia per accertamenti diagnostici, Intervento di espianto, assistenza medica ed infermieristica, che per cure e medicinali, nonché le spese di trasporto dell'organo. Inoltre, sono compresi nella presente garanzia, in aggiunta al Ricovero principale, i Ricoveri e le prestazioni sanitarie extra-Ricovero necessarie a predisporre l'organismo ricevente all'Intervento di Trapianto.

Infine, vengono rimborsate tutte le prestazioni sanitarie successive al Trapianto, entro 100 giorni, purché inerenti all'Intervento effettuato.

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

Per la documentazione da inoltrare si rinvia alla tabella riassuntiva Q&D di cui all'*Allegato 2*.

B. RICOVERO ORDINARIO CON INTERVENTI CHIRURGICI PER LA CORREZIONE DI MALFORMAZIONI E DIFETTI FISICI CONGENITI NEL PRIMO ANNO DI VITA DEI NEONATI

MBA, in caso di **Ricovero ordinario con Intervento Chirurgico per la Correzione di Malformazioni e Difetti fisici congeniti nei primi 12 mesi di vita**, garantisce, entro il **Sostegno annuo/nucleo pari ad € 10.000,00** di cui in *premessa*, il Rimborso delle spese inerenti al Ricovero e all'Intervento così come segue:

- i) **Prima del Ricovero (nei 100 giorni precedenti al Ricovero) - *nei limiti di un sub-Sostegno annuo pari ad € 1.500,00***
- visite specialistiche ed accertamenti diagnostici, (inerenti alla patologia causa del Ricovero) effettuati anche al di fuori dell'Istituto di cura;
 - trasporto dell'Assistito con ambulanza o altro mezzo attrezzato al trasporto sanitario fino al luogo di degenza.
- ii) **Durante il Ricovero**
- retta di degenza, ad eccezione delle spese voluttuarie:
 - ❖ 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**);



❖ senza applicazione di **alcuna quota di spesa a carico** ed entro un **sub-Sostegno** pari ad **€ 300,00** al giorno in caso di prestazioni effettuate presso un Centro non Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance (**Assistenza Indiretta fuori Network**);

- 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 applicati durante l'Intervento;
- medicinali ed esami;
- cure ed assistenza medica;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- trasporto dell'Assistito con ambulanza o altro mezzo attrezzato al trasporto sanitario ad altro luogo di cura - entro un sub-Sostegno annuo pari ad € 2.000,00;
- vitto e pernottamento in Istituto di cura dell'accompagnatore - entro un sub-Sostegno pari ad € 1.500,00 per Ricovero.

iii) **Dopo il Ricovero (nei 100 giorni successivi al Ricovero) - nei limiti di un sub-Sostegno anno/nucleo pari ad € 4.000,00**

- visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio (inerenti alla patologia causa del Ricovero);
- prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche;
- trattamenti fisioterapici o rieducativi previa prescrizione di Medico specialista in materia;
- acquisto di medicinali (previa prescrizione medica completa di motivazione clinica correlata al Ricovero prescritta dal Medico curante all'atto delle dimissioni);
- cure termali correlate alla patologia causa del Ricovero (escluse le spese alberghiere e previa prescrizione di medico specialista);
- assistenza infermieristica a domicilio - entro un sub-Sostegno pari ad € 50,00 al giorno e sino al limite massimo di 30 giorni annui;
- assistenza domiciliare non sanitaria - entro un sub-Sostegno pari ad € 25,00 al giorno;
- trasporto dell'Assistito con ambulanza o altro mezzo attrezzato al trasporto sanitario, per il rientro al proprio domicilio - entro un sub-Sostegno annuo pari ad € 2.000,00.

MBA provvederà al Rimborso delle spese sostenute dall'Assistito a fronte delle prestazioni di cui ai punti i), ii) e iii), come di seguito riportato:



1. senza applicazione di **alcuna quota di spesa a carico** in caso di Ricovero effettuato 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 25%** con **minimo non rimborsabile** pari ad € 2.500,00 e con **massimo non rimborsabile** pari ad € 5.000,00 per evento, in caso di Ricovero effettuato presso un Centro non Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance (**Assistenza Indiretta fuori Network**);
3. in caso di Ricovero sostenuto a **totale carico del Servizio Sanitario Nazionale**, l'Assistito potrà richiedere le Indennità regolamentate ai punti D. e E.

25

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

Per la documentazione da inoltrare si rinvia alla tabella riassuntiva Q&D di cui all'*Allegato 2*.

C. INTERVENTI CHIRURGICI PLAFONATI

MBA, in caso di uno o più dei seguenti **Interventi Chirurgici**:

- *Appendicectomia*
- *Ernie (escluse ernie discali della colonna vertebrale)*
- *Colecistectomia*
- *Meniscectomia*
- *Legamenti crociati*

resi necessari da Malattia o Infortunio che risultino compresi nei termini del presente Sussidio, garantisce, entro il **massimo Sostegno annuo e per tipologia di Intervento pari a € 4.000,00** di cui in *premessa*, il Rimborso delle spese inerenti all'Intervento così come segue:

i) **Prima dell'Intervento Chirurgico (nei 100 giorni precedenti)**

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

ii) **Durante il Ricovero**

- retta di degenza, ad eccezione delle spese voluttuarie;



- prestazioni del chirurgo, degli assistenti, dell'anestesista, nonché diritti di sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durante l'intervento;
- medicinali ed esami;
- cure ed assistenza medica;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi.

26

iii) Dopo l'Intervento Chirurgico (nei 100 giorni successivi)

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

MBA provvederà al Rimborso delle spese sostenute dall'Assistito a fronte delle prestazioni di cui ai punti i), ii) e iii), come di seguito riportato:

1. con applicazione di una percentuale di **spesa a carico** dell'Assistito **pari al 10%** in caso di Intervento Chirurgico effettuato presso un Centro Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance (**Assistenza Diretta e Indiretta in Network**);
2. senza applicazione di alcuna quota di spesa a carico dell'Assistito per prestazioni sostenute a **totale carico del Servizio Sanitario Nazionale** ed erogate sotto forma di **ticket sanitari**.

Per la documentazione da inoltrare si rinvia alla tabella riassuntiva Q&D di cui all'*Allegato 2*.

D. INDENNITA' SOSTITUTIVA IN CASO DI RICOVERO ORDINARIO CON GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO - alternativa all'Indennità Integrativa di cui al successivo art. E.

Nel caso in cui, a seguito di **Ricovero ordinario con Grande Intervento Chirurgico**, reso necessario da Malattia o Infortunio garantiti ai sensi del presente Sussidio, l'Assistito non richieda alcun Rimborso di cui al precedente **art. A.**, MBA corrisponderà un'**Indennità Sostitutiva** per fare fronte al recupero della salute a seguito del Ricovero e dell'Intervento.

L'Indennità sarà pari ad **€ 120,00 al giorno per ogni giornata di Ricovero comprendente il pernottamento** e sino ad un **massimo di 200 giorni** complessivi per annualità.

L'Indennità sarà riconosciuta esclusivamente in caso di Ricovero ordinario con Grande Intervento Chirurgico effettuato presso il Servizio Sanitario Nazionale o ricorrendo a Strutture Convenzionate con il SSN.

Qualora l'Assistito richieda la presente Indennità Sostitutiva si intenderà escluso il Rimborso di qualsiasi altra spesa, anche precedente o successiva al eventualmente sostenuta e riferibile al medesimo Ricovero fermi gli eventuali sub-Sostegni indicati nel medesimo articolo.

Per la documentazione da inoltrare si rinvia alla tabella riassuntiva Q&D di cui all'*Allegato 2*.



Esempio di calcolo dell'INDENNITA' SOSTITUTIVA PER RICOVERO ORDINARIO CON GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (per GIC):

- se l'Associato viene ricoverato per GIC presso il SSN per 7 notti, avrà diritto ad una Indennità Sostitutiva pari a complessivi € 840,00 (€ 120 x 7) – nessun rimborso per le spese pre e post Ricovero.

E. INDENNITA' INTEGRATIVA IN CASO DI RICOVERO ORDINARIO CON GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO – alternativa all'Indennità Sostitutiva di cui al precedente art. D.

Nel caso in cui l'Assistito, a seguito di **Ricovero ordinario con Grande Intervento Chirurgico**, di cui al precedente **art. A.**, reso necessario da Malattia o Infortunio garantiti ai sensi del presente Sussidio, non richieda alcun Rimborso di cui ai precedenti **artt. A. e D.**, MBA corrisponderà una Indennità Integrativa per far fronte alle necessità legate al recupero della salute a seguito della Malattia o dell'Infortunio.

L'Indennità sarà pari ad **€ 60,00 al giorno per ogni giornata di Ricovero comprendente il pernottamento** e sino ad un **massimo di 100 giorni complessivi** per ciascuna annualità.

L'Indennità sarà riconosciuta esclusivamente in caso di Ricovero ordinario con Grande Intervento Chirurgico effettuato ricorrendo a Strutture Convenzionate con il SSN.

Qualora l'Assistito richieda la presente Indennità Integrativa, potrà richiedere il Rimborso anche delle spese eventualmente sostenute e riferibili al medesimo Ricovero, fermi gli eventuali sub-Sostegni indicati nel medesimo articolo.

Il Rimborso delle citate prestazioni di cui ai punti i) e iii) (spese pre e post Ricovero) di cui al precedente art. A., avverrà, entro il Massimo Sostegno anno/nucleo pari ad **€ 5.000,00**, nei limiti temporali (100 giorni prima e 100 giorni dopo il Ricovero) e nei limiti degli eventuali sub-Sostegni di cui al medesimo art. A.

Il Rimborso sarà garantito come segue:

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 percentuale di **spesa a carico del 25%** con **minimo non rimborsabile** pari ad **€ 2.500,00** e con **massimo non rimborsabile** pari ad **€ 5.000,00** in caso di prestazioni effettuate presso un Centro non Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance (**Assistenza Indiretta fuori Network**);



3. in 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'Assistito.

28

Per la documentazione da inoltrare si rinvia alla tabella riassuntiva Q&D di cui all'*Allegato 2*.

Esempio di calcolo dell'INDENNITA' INTEGRATIVA PER RICOVERO ORDINARIO CON GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (per GIC):

- se l'Associato viene ricoverato per GIC presso il SSN per 7 notti, avrà diritto ad una Indennità Integrativa pari a € 420,00 (€ 60 x 7) e il rimborso delle spese pre e post Ricovero per GIC fino al massimo di € 5.000 all'anno.

F. DIARIA GIORNALIERA PER RICOVERO ORDINARIO CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO

MBA, in caso di **Ricovero ordinario con o senza Intervento Chirurgico**, reso necessario da Malattia o Infortunio garantiti ai sensi del presente Sussidio, corrisponderà all'Assistito una Diaria giornaliera per far fronte alle necessità legate al recupero della salute a seguito della Malattia, dell'Infortunio e Parto Cesareo/Aborto Terapeutico.

La Diaria sarà riconosciuta a patire dalla 3° (terza) notte di Ricovero e sarà pari ad **€ 100,00 per ogni giorno di Ricovero comprendente il pernottamento** e sino ad un **massimo di 30 giorni** complessivi per annualità.

La Diaria è garantita sia in caso di prestazioni effettuate presso un Centro Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance (**Assistenza Diretta e Indiretta in Network**), sia presso un Centro non Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance (**Assistenza Indiretta fuori Network**) e sia in caso di prestazioni sostenute a **totale carico del Servizio Sanitario Nazionale** ed erogate sotto forma di **ticket sanitari**.

Qualora l'Assistito richieda la presente Diaria Giornaliera, si intenderà escluso il Rimborso di qualsiasi altra spesa, anche precedente o successiva al Ricovero e, eventualmente, sostenuta e riferibile al medesimo Ricovero.

Per la documentazione da inoltrare si rinvia alla tabella riassuntiva Q&D di cui all'*Allegato 2*.



Esempio di calcolo della DIARIA GIORNALIERA PER RICOVERO ORDINARIO CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO:

- se l'Associato viene ricoverato in Ricovero ordinario (con o senza Intervento Chirurgico per Malattia, Infortunio o Parto Cesareo/Aborto Terapeutico) per 7 notti, avrà diritto ad una Diaria Giornaliera pari a complessivi € 500,00 (€ 100 x 5);
- se l'Associato viene ricoverato in Ricovero ordinario (con o senza Intervento Chirurgico per Malattia, Infortunio o Parto Cesareo/Aborto Terapeutico) per 2 notti, non avrà diritto ad alcuna Diaria giornaliera da Ricovero;
- se l'Associato viene ricoverato in Ricovero ordinario (con o senza Intervento Chirurgico per Malattia, Infortunio o Parto Cesareo/Aborto Terapeutico) per 35 notti, avrà diritto ad una Diaria Giornaliera pari a complessivi € 3.000,00 (€100 x 30).



SEZIONE 5 - PRESTAZIONI EXTRA-OSPEDALIERE

G. ALTA DIAGNOSTICA

MBA, in caso di Malattia o di Infortunio rimborsabili ai sensi del presente Sussidio, anche in assenza di Ricovero o di Intervento chirurgico, su prescrizione medica indicante la motivazione clinica, garantisce, nei limiti del **Sostegno anno** pari ad **€ 7.000,00**, il Rimborso delle spese sostenute dall'Assistito per le seguenti prestazioni extra-ospedaliere di Alta Diagnostica.

Alta Diagnostica

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



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

L'elenco delle prestazioni di cui sopra è da considerarsi esaustivo.

Sono **escluse**:

- le prestazioni non espressamente indicate nell'elenco;
- i controlli di routine e le prestazioni elencate ma finalizzate alla diagnosi o all'erogazione di prestazioni odontoiatriche.

Il Rimborso sarà garantito come segue:

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 percentuale di **spesa a carico** pari al **30%** in caso di prestazioni effettuate presso un Centro non Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance (**Assistenza Indiretta fuori Network**);
3. in 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'Assistito.

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



delle spese previa applicazione delle quote di spesa a carico dell'Assistito previste in caso di Assistenza Indiretta fuori Network.

32

Per la documentazione da inoltrare si rinvia alla tabella riassuntiva Q&D di cui all'*Allegato 2*.

Esempio di calcolo del RIMBORSO DI PRESTAZIONE DI ALTA DIAGNOSTICA:

- se l'Associato effettua una prestazione di Alta Diagnostica presso un Centro Convenzionato tramite PIC (**forma diretta in network**) che, con tariffa agevolata, costerebbe € 250,00, non dovrà sostenere alcuna spesa al momento dell'effettuazione della prestazione;
- se l'Associato effettua una prestazione di Alta Diagnostica presso un Centro Convenzionato (**forma indiretta in network**) sostenendo un costo di € 250,00 (tariffa agevolata) avrà diritto ad un rimborso di € 250,00;
- se l'Associato effettua una prestazione di Alta Diagnostica presso un Centro non Convenzionato (**out network**), sostenendo un costo di € 250,00, avrà diritto ad un rimborso di € 175,00;
- se l'Associato effettua una prestazione di Alta Diagnostica presso un Centro non Convenzionato (**out network**), sostenendo un costo di € 55,00, avrà diritto ad un rimborso di € 38,50;
- se l'Associato chiede il rimborso di Ticket SSN per prestazioni di Alta Diagnostica sostenendo un costo di € 55,00, avrà diritto al rimborso di € 55,00.

H. VISITE SPECIALISTICHE ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

MBA, in caso di Malattia o Infortunio rimborsabili ai sensi del presente Sussidio, anche in assenza di Ricovero o Intervento chirurgico, su prescrizione medica indicante la motivazione clinica, garantisce all'Assistito, nei limiti del **Sostegno anno/nucleo** pari ad **€ 800,00**, il Rimborso delle spese sostenute per Visite Specialistiche ed Accertamenti Diagnostici.

Il Rimborso sarà garantito come segue:

1. senza 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. analogamente, senza alcuna **quota di spesa a carico** in caso di prestazioni effettuate in Telemedicina per il tramite di Health Point (**Assistenza Diretta e Indiretta in Network**);
3. con applicazione di una percentuale di **spesa a carico** pari al **30%** in caso di prestazioni effettuate presso un Centro non Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance (**Assistenza Indiretta fuori Network**);



4. in 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'Assistito.

33

Sono compresi in copertura tutti quegli accertamenti non indicati al punto G; Sono escluse dal Rimborso le visite e gli accertamenti diagnostici con finalità dietologiche, odontoiatriche ed ortodontiche, nonché i controlli di routine.

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

Per la documentazione da inoltrare si rinvia alla tabella riassuntiva Q&D di cui all'*Allegato 2*.

Esempio di calcolo del RIMBORSO DI VISITE MEDICHE SPECIALISTICHE ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI:

- se l'Associato effettua una Visita Specialistica o Accertamento presso un Centro Convenzionato tramite PIC (**forma diretta in network**) o Televisita Specialistica con Health Point tramite PIC (**forma diretta in network**) che, con tariffa agevolata, costerebbe € 200,00, non dovrà sostenere alcuna spesa a suo carico al momento dell'effettuazione della prestazione;
- se l'Associato effettua una Visita Medica Specialistica presso un Centro Convenzionato (**forma indiretta in network**) sostenendo un costo di € 200,00 (tariffa agevolata) avrà diritto ad un rimborso di € 200,00;
- se l'Associato effettua una Visita Specialistica o Accertamento presso un Centro Convenzionato (**forma indiretta in network**) o in Telemedicina tramite Health Point (**forma indiretta**) sostenendo un costo di € 200,00 (tariffa agevolata) avrà diritto ad un rimborso di € 200,00;
- se l'Associato effettua una Visita Specialistica presso un Centro non Convenzionato sostenendo un costo di € 200,00, avrà diritto ad un rimborso di € 140,00;
- se l'Associato chiede il rimborso di Ticket SSN una Visita Specialistica o Accertamento sostenendo un costo di € 40,00, avrà diritto al rimborso di € 40,00.



I. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI E RIEDUCATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO

34

MBA, nel limite del **Sostegno anno/nucleo** pari ad € **1.500,00**, garantisce all'Assistito il Rimborso delle spese sostenute per Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi post Infortunio (a condizione che l'Infortunio sia avvenuto durante la validità del Sussidio e sia documentato da referto di Pronto Soccorso di Struttura Sanitaria Pubblica)

Il Rimborso sarà garantito come segue:

1. con applicazione di una percentuale di **spesa a carico** pari al **20%** in caso di prestazioni effettuate presso un Centro Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance (**Assistenza Diretta e Indiretta in Network**);
2. in 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'Assistito.

Si intendono esclusi i trattamenti fisioterapici e rieducativi post-intervento effettuati presso Centri non Convenzionati con il Network MBA/Health Assistance.

I trattamenti di cui sopra devono essere effettuati esclusivamente a fini riabilitativi (si intenderà, quindi, escluso il mantenimento) e devono essere prescritti da Medico di base o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e dovranno essere effettuati da personale medico o professionista sanitario abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

Non rientrano in copertura prestazioni effettuate presso palestre, club-ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, centri benessere anche se con annesso centro medico.

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

Per la documentazione da inoltrare si rinvia alla tabella riassuntiva Q&D di cui all'*Allegato 2*.



Esempio di calcolo del RIMBORSO DI TRATTAMENTI FISIOTERAPICI E RIEDUCATIVI:

- se l'Associato effettua trattamenti fisioterapici e rieducativi post-infortunio presso un Centro Convenzionato tramite PIC (**forma diretta in network**) che, con tariffa agevolata, costerebbe € 700,00, dovrà sostenere una spesa a suo carico di € 140,00 al momento dell'effettuazione della prestazione;
- se l'Associato effettua trattamenti fisioterapici e rieducativi post-infortunio presso un Centro Convenzionato (**forma indiretta in network**) sostenendo un costo di € 700,00 (tariffa agevolata) avrà diritto ad un rimborso di € 560,00;
- se l'Associato effettua dei trattamenti fisioterapici e rieducativi per infortunio presso un Centro Convenzionato (**forma indiretta in network**) sostenendo un costo di € 2.000,00 (tariffa agevolata), avrà diritto ad un rimborso di € 1.500,00
- se l'Associato effettua trattamenti fisioterapici e rieducativi post-infortunio presso un Centro non Convenzionato, non avrà diritto ad alcun rimborso;
- se l'Associato chiede il rimborso di Ticket SSN per trattamenti fisioterapici e rieducativi post-infortunio sostenendo un costo di € 55,00, avrà diritto al rimborso di € 55,00.

J. CONSULENZA PSICOLOGICA PER GRAVI MALATTIE

MBA, garantisce all'Assistito il Rimborso delle spese sostenute per **Consulenze Psicologiche**, rese necessarie e prettamente legate al verificarsi di una o più delle seguenti Gravi Malattie eseguite a seguito di prescrizione Medico specialista.

1. **Infarto miocardico acuto:** Coronaropatia qualora dia origini a necrosi ischemiche acuta 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:
 - o dolore precordiale;
 - o alterazione tipiche all'EKG;
 - o 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 presente garanzia assicura il Rimborso di massimo **n. 15 (quindici)** sedute di Consulenza Psicologica nel limite di **€ 40,00** ciascuna.

MBA, garantisce il Rimborso delle sedute sia se effettuate presso un Centro Convenzionato o non Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance (**Assistenza Diretta e Indiretta in Network e Assistenza Indiretta fuori Network**) che ricorrendo al **Servizio Sanitario Nazionale** o a **Strutture Convenzionate con il SSN**.

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'Assistito.

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

Per la documentazione da inoltrare si rinvia alla tabella riassuntiva Q&D di cui all'*Allegato 2*.

K. CURE ONCOLOGICHE

MBA, nel limite del **Sostegno di € 2.000,00 per anno/nucleo**, provvederà a rimborsare le spese sostenute in seguito a **malattie oncologiche conclamate**, per:

- a) Prestazioni ospedaliere ed extra-ospedaliere
terapie (es. chemioterapia, cobaltoterapia, terapie radianti, alcolizzazione, etc.);
- b) Acquisto Parrucca qualora l'Assistito sia sottoposto a trattamenti oncologici che implichino la caduta dei capelli.
- c) Dermopigmentazione paramedicale: tatuaggio estetico sanitario per la ripigmentazione delle cicatrici post-intervento oncologico, usato per la realizzazione di areole mammarie o di tutto il complesso areola-capezzolo.



Le spese relative alle suddette prestazioni - punti a) e b) - saranno rimborsate con **una quota di spesa a carico dell'Assistito pari al 20%**, sia se effettuate presso Centro Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance (Assistenza Diretta e Indiretta in Network) che Non Convenzionato (Assistenza Indiretta fuori Network) e sia se effettuate ricorrendo al Servizio Sanitario Nazionale o a Struttura Sanitaria Convenzionata con il SSN (**ticket SSN**).

Le spese relative alle suddette prestazioni - punto c) - saranno rimborsate con **una quota di spesa a carico dell'Assistito pari al 20%**, esclusivamente se effettuate da tatuatori sanitari professionisti per il tramite del Network MBA/Health Assistance.

Tutte le prestazioni suindicate - punti a), b) e c) - si intendono valide altresì per gli eventuali componenti del Nucleo Familiare - anche in caso di adesione del solo Assistito Titolare.

Il rimborso delle prestazioni, qualora già previste nei precedenti punti, avverrà utilizzando in primo luogo il sostegno annuo indicato al presente punto J. ovvero, in caso di esaurimento dello stesso, utilizzando quello indicato agli eventuali punti precedenti.

Fanno eccezione le spese pre e post della sezione 4), per le quali verrà utilizzato prima il relativo sostegno, e poi il sostegno della presente garanzia.

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

Per la documentazione da inoltrare si rinvia alla tabella riassuntiva Q&D di cui all'*Allegato 2*.

SEZIONE 6 - AUSILI MEDICI

L. PRESIDI E AUSILI MEDICI ORTOPEDICI

MBA, nel limite del **Sostegno anno/nucleo** pari ad **€ 3.000,00**, garantisce il Rimborso delle spese sostenute dall'Assistito per l'acquisto e la riparazione di Presidi ed Ausili Medici Ortopedici.

Il Rimborso sarà garantito con applicazione di una percentuale di **spesa a carico** dell'Assistito pari al **20%**.

Per la documentazione da inoltrare si rinvia alla tabella riassuntiva Q&D di cui all'*Allegato 2*.



SEZIONE 7 - MATERNITA'

38

M. PACCHETTO MATERNITA'

MBA, nel limite del **Sostegno anno/nucleo** pari ad **€ 1.000,00**, garantisce all'Assistita in stato di gravidanza oppure, in caso di adesione del solo Assistito Titolare, al coniuge/convivente more uxorio dell'Assistito stesso, il Rimborso di tutte le spese sanitarie sostenute per le seguenti prestazioni:

- 1) Visite di controllo ostetrico ginecologiche; Ecografie; Monitoraggio dello sviluppo del feto; Analisi di laboratorio; Translucenza nucale;
- 2) **Indennità Parto**: € 90,00 al giorno per max 30 giorni all'anno;
- 3) **Spese per Crioconservazione**: nei limiti di € 500,00 (solo presso Centri Convenzionati).

Nel caso in cui le prestazioni di cui sopra siano servizi erogati da Partner Convenzionati, queste saranno garantite senza alcuna quota di spesa a carico dell'Assistito, previa autorizzazione per il tramite della Centrale Salute e in forma diretta.

- Di seguito i servizi forniti attualmente dai Partner Convenzionati: Conservazione cellule staminali
- Test prenatale non invasivi (NIPT- Non invasive prenatal test)
- Test Genetici predittivi

Nel caso in cui, invece, tali prestazioni non siano previste da Partner Convenzionati, è possibile usufruire degli altri Centri Convenzionati e non del Network MBA/Health Assistance.

Anche in tali casi, il Rimborso sarà garantito senza applicazione di **alcuna quota di spesa a carico** sia in caso di prestazioni effettuate presso un Centro Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance (**Assistenza Diretta e Indiretta in Network**), sia 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** (ad eccezione del punto 3).

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

Per la documentazione da inoltrare si rinvia alla tabella riassuntiva Q&D di cui all'Allegato 2.



SEZIONE 8 - PREVENZIONE

N. PREVENZIONE IN TELEMEDICINA

MBA offre all'Associato la possibilità di effettuare gratuitamente, **2 (due)** Televisite preventive con medico di Medicina Generale, per anno e per nucleo familiare (**effettuabili da eventuali componenti del Nucleo Familiare, anche in caso di adesione del solo Associato Titolare**).

Le prestazioni potranno essere effettuate, **esclusivamente in forma diretta** tramite Health Point, previa autorizzazione per il tramite della Centrale Salute e senza applicazione di **alcuna Quota di spesa a carico** dell'Associato.

Per la documentazione da inoltrare si rinvia alla tabella riassuntiva Q&D di cui all'allegato 2.

Per tutte le ulteriori informazioni si rinvia al sito <https://www.healthpointitalia.com/>

SEZIONE 9 - CURE DENTARIE

O. PREVENZIONE ODONTOIATRICA

MBA, offre la possibilità di usufruire, una volta l'anno e per nucleo familiare, di **1 (uno)** Pacchetto di Prevenzione Odontoiatrica comprendente una Visita Odontoiatrica e una Seduta di Detartrasi (Ablazione del tartaro).

Le prestazioni potranno essere effettuate, **esclusivamente in forma diretta** - previa autorizzazione per il tramite della Centrale Salute - ricorrendo a Centri Convenzionati con il Network MBA/Health Assistance (Assistenza Diretta in Network).

Dal 2° anno di copertura ininterrotta al presente Sussidio, il numero di pacchetti di Prevenzione Odontoiatrica fruibili sarà pari a 2 (due) per anno/nucleo.

P. CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

MBA, nel limite del **Sostegno anno/nucleo** pari ad **€ 3.500,00**, provvederà al Rimborso delle spese sostenute dall'Assistito a fronte di **Cure Dentarie a seguito di Infortunio**, a condizione che l'Infortunio sia avvenuto durante la validità del Sussidio e sia documentato da referto di Pronto Soccorso di Struttura Sanitaria Pubblica.

Il Rimborso sarà garantito come segue:



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

40

Si intendono escluse le cure dentarie da infortunio effettuate presso Centri non convenzionati con il Network MBA/Health Assistance.

Unitamente alla richiesta di Rimborso e al referto di Pronto Soccorso di Struttura Sanitaria Pubblica, l'Assistito dovrà presentare il piano di cure predisposto dall'odontoiatra, dal quale risultino i denti curati/da curare e le motivazioni cliniche del trattamento, con indicazione del dente trattato per arcata e numero, nonché i referti degli accertamenti diagnostici strumentali (RX, OPT, TAC, RMN) dai quali sia possibile evincere con chiarezza la sede da curare. Altresì dovrà indicarsi, qualora previsto, il periodo massimo di trattamento per la conclusione della cura-

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

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

Per la documentazione da inoltrare si rinvia alla tabella riassuntiva Q&D di cui all'*Allegato 2*.



Esempio di calcolo del RIMBORSO PER CURE DENTARIE DA INFORTUNIO:

- se l'Associato effettua delle cure dentarie per infortunio presso un Centro Convenzionato tramite PIC (**forma diretta in network**) che, con tariffa agevolata, costerebbe € 1.000,00, dovrà sostenere soltanto la spesa a suo carico di € 100,00 al momento dell'effettuazione della prestazione;
- se l'Associato effettua delle cure dentarie per infortunio presso un Centro Convenzionato (**forma indiretta in network**) sostenendo un costo di € 1.000,00 (tariffa agevolata) avrà diritto ad un rimborso di € 900,00;
- se l'Associato effettua delle cure dentarie per infortunio presso un Centro Convenzionato (**forma indiretta in network**) sostenendo un costo di € 4.000,00 (tariffa agevolata), avrà diritto ad un rimborso di € 3.500,00;
- se l'associato effettua delle cure dentarie per infortunio presso un Centro non Convenzionato, non avrà diritto ad alcun rimborso;
- se l'associato effettua delle cure dentarie per infortunio tramite SSN sostenendo un costo di € 500,00 e richiede il rimborso dei Ticket SSN, avrà diritto al rimborso di € 500,00.

Q. CURE ODONTOIATRICHE (diverse da Cure Dentarie da Infortunio)

MBA provvederà, nel limite del **Sostegno di € 200,00 per anno/nucleo**, al rimborso delle spese per cure odontoiatriche - ad eccezione di quanto riportato ai successivi punti R., "IMPLANTOLOGIA DENTARIA, e S., "ESTRAZIONE DENTI", nonché al precedente punto P., "CURE DENTARIE DA INFORTUNIO" - e con l'applicazione delle seguenti quote di spesa a carico:

1. **30% se effettuate presso un Centro Convenzionato con la Centrale Salute** (Assistenza Diretta o Assistenza Indiretta in Network);
2. **50% se effettuate presso un Centro non Convenzionato con la Centrale Salute (Assistenza Indiretta fuori Network);**
3. **Senza nessuna quota di spesa a carico** se effettuate ricorrendo al Servizio Sanitario Nazionale o a Struttura Sanitaria Convenzionata con il SSN (**ticket SSN**).

Unitamente alla richiesta di Rimborso, l'Assistito dovrà presentare il piano di cure predisposto dall'odontoiatra, dal quale risultino i denti curati/da curare e le motivazioni cliniche del trattamento, con indicazione del dente trattato per arcata e numero, nonché i referti degli accertamenti diagnostici strumentali (RX, OPT, TAC, RMN) dai quali sia possibile evincere con chiarezza la sede da curare. Altresì dovrà indicarsi, qualora previsto, il periodo massimo di trattamento per la conclusione della cura.



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

Per la documentazione da inoltrare si rinvia alla tabella riassuntiva Q&D di cui all'*Allegato 2*.

R. IMPLANTOLOGIA DENTARIA

MBA, nel limite del **sub-Sostegno** pari ad **€ 700,00** per singolo impianto, nei limiti di un **Sostegno anno/nucleo** pari ad **€ 4.000,00**, garantisce all'Assistito il Rimborso delle spese sostenute per Interventi di **Implantologia Dentaria**.

Il Rimborso sarà garantito solo in caso di prestazioni effettuate presso un Centro Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance (**Assistenza Diretta e Indiretta in Network**) o se effettuate ricorrendo al Servizio Sanitario Nazionale o a Struttura Sanitaria Convenzionata con il SSN (ticket SSN).

Si intendono escluse le prestazioni effettuate presso centri non convenzionati con il Network MBA/Health Assistance.

Unitamente alla richiesta di Rimborso, l'Assistito dovrà presentare il piano di cure predisposto dall'odontoiatra, dal quale risultino i denti curati/da curare e le motivazioni cliniche del trattamento, con indicazione del dente trattato per arcata e numero, nonché i referti degli accertamenti diagnostici strumentali (RX, OPT, TAC, RMN) dai quali sia possibile evincere con chiarezza la sede da curare. Altresì dovrà indicarsi, qualora previsto, il periodo massimo di trattamento per la conclusione della cura.

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

Per la documentazione da inoltrare si rinvia alla tabella riassuntiva Q&D di cui all'*Allegato 2*.

S. ESTRAZIONE DENTI

MBA, garantisce all'Assistito il Rimborso integrale delle spese sostenute per **Interventi di Estrazione dei denti** nei limiti di **4 (quattro)** estrazioni per annualità.



Il Rimborso sarà garantito solo in caso di prestazioni effettuate presso un Centro Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance (**Assistenza Diretta e Indiretta in Network**) o se effettuate ricorrendo al Servizio Sanitario Nazionale o a Struttura Sanitaria Convenzionata con il SSN (ticket SSN).

Si intendono escluse le prestazioni effettuate presso centri non convenzionati con il Network MBA/Health Assistance.

Unitamente alla richiesta di Rimborso, l'Assistito dovrà presentare il piano di cure predisposto dall'odontoiatra, dal quale risultino i denti curati/da curare e le motivazioni cliniche del trattamento, con indicazione del dente trattato per arcata e numero, nonché i referti degli accertamenti diagnostici strumentali (RX, OPT, TAC, RMN) dai quali sia possibile evincere con chiarezza la sede da curare. Altresì dovrà indicarsi, qualora previsto, il periodo massimo di trattamento per la conclusione della cura.

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

Per la documentazione da inoltrare si rinvia alla tabella riassuntiva Q&D di cui all'*Allegato 2*.

SEZIONE 10 - LENTI E OCCHIALI

T. LENTI E OCCHIALI

MBA, garantisce il Rimborso delle spese relative all'acquisto di occhiali e lenti graduate, anche a contatto (ad esclusione delle lenti "usa e getta"), nel limite del **Sostegno anno/nucleo** pari ad € **100,00**, senza applicazione di alcuna **Quota di spesa a carico** dell'Assistito.

La prestazione sarà ammessa al rimborso solo a seguito della modifica del visus o di prima prescrizione.

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



U. CONTRIBUTO ECONOMICO IN CASO DI DECESSO A SEGUITO DI MALATTIA – *Garanzia valida solo in caso di morte del Titolare del Sussidio*

In caso di premorienza **dell'Assistito Titolare del Sussidio**, nel corso di validità dello stesso, a seguito di Malattia e fatta eccezione per le ipotesi di cui all'art. 19, sez. 3 (Esclusioni), MBA riconoscerà il versamento a favore degli eredi facenti parte del Nucleo familiare di un **Contributo** pari ad **€ 15.000,00 a titolo di sostegno economico**.

Per eredi si intendono il coniuge/partner unito civilmente (o in alternativa il convivente more uxorio) ed i figli. In mancanza di una di queste figure, il contributo economico spetta ai genitori e/o ai fratelli e sorelle, solo se conviventi e a carico del defunto.

In caso di decesso dell'Assistito, gli eredi, al fine di ottenere il sostegno economico di cui al presente art. U., dovranno inviare alla Centrale Salute i seguenti documenti:

- Modulo di richiesta (scaricabile dall'area riservata di MBA);
- Copia del Certificato attestante l'avvenuto decesso del Titolare del Sussidio;
- Cartella clinica o certificati medici comprovante la malattia causa del decesso;
- Dichiarazione sostitutiva del superstite ex art. 47 D.P.R. 445/2000 (attestante la qualifica di superstite come sopra definito);
- Dichiarazione sostitutiva di notorietà dalla quale si evincano i dati identificativi degli eredi;
- IBAN dell'erede designato per l'accredito del Contributo.

Si precisa che, ai fini dell'attivazione della presente garanzia, gli eredi legittimi e/o beneficiari dovranno delegare, con procura autenticata da notaio o altra autorità competente, un solo erede ai fini della riscossione dell'intera somma concessa.

V. RIMBORSO SPESE A SOSTEGNO DELLA FAMIGLIA IN CASO DI DECESSO DEL TITOLARE A SEGUITO DI MALATTIA – *Garanzia valida solo in caso di morte del Titolare del Sussidio*

In caso di premorienza **dell'Assistito Titolare del Sussidio**, nel corso di validità dello stesso, a seguito di Malattia e fatta eccezione per le ipotesi di cui all'art. 19, sez. 3 (Esclusioni), oltre a quanto descritto al punto U., MBA riconoscerà il rimborso delle seguenti spese sostenute dal Nucleo Familiare:

- fatture per le utenze domestiche quali luce, acqua e gas;
- canone di locazione dell'abitazione di residenza dell'Assistito;
- rata del mutuo relativo all'abitazione di residenza dell'Assistito.



Il rimborso avverrà nei limiti di € 300,00 al mese e per le spese sostenute nei 6 mesi successivi all'evento.

45

In caso di decesso dell'Assistito, gli eredi, al fine di ottenere il sostegno economico di cui al presente art. V., dovranno inviare alla Centrale Salute i seguenti documenti:

- Modulo di richiesta (scaricabile dall'area riservata di MBA);
- Copia del Certificato attestante l'avvenuto decesso del Titolare del Sussidio;
- Cartella clinica o certificati medici comprovante la malattia causa del decesso;
- Dichiarazione sostitutiva del superstite ex art. 47 D.P.R. 445/2000 (attestante la qualifica di superstite come sopra definito);
- Dichiarazione sostitutiva di notorietà dalla quale si evincano i dati identificativi degli eredi;
- IBAN dell'erede designato per l'accredito del Contributo.

W. TRATTAMENTI E PRESTAZIONI PER INVALIDITA' DA INFORTUNIO/MALATTIA - Garanzia valida solo per il Titolare del Sussidio

La garanzia per invalidità permanente, valida esclusivamente per l'Assistito titolare, è attivabile nei casi di:

- Infortunio, che l'Assistito abbia subito nell'esercizio della propria attività professionale e/o in ogni altra attività che non abbia carattere di professionalità, fatta eccezione per quelle ricomprese all'art. 19 Sez.3.) oppure
- Malattia che sia insorta, manifestata e diagnosticata (purché non espressamente esclusa ai sensi dell'art. 19 Sez. 3, e) nel corso di validità del presente Sussidio.

Si precisa che, a parziale deroga di quanto previsto all'art.18 Sez. 3, per l'erogazione della presente garanzia, è necessario che:

- l'infortunio e la malattia siano occorsi durante la vigenza del presente Sussidio;
- l'invalidità sia riconosciuta, analogamente, durante la validità del Sussidio;
- l'invalidità da infortunio sia di grado superiore al 24,99%;
- l'invalidità da Malattia sia di grado superiore al 64,99%.

L'invalidità per la quale si richiede l'attivazione della garanzia dovrà essere comprovata attraverso la presentazione - nei termini di 30 giorni dalla decorrenza dell'invalidità - dell'apposito verbale rilasciato dall'INPS, comprovante lo stato e il grado di invalidità (legge 118 del 30 marzo 1991).

Non sarà presa in considerazione alcuna richiesta di attivazione presentata oltre il suddetto termine.



MBA, in caso di attivazione della presente garanzia, rimborserà le spese per trattamenti fisioterapici e riabilitativi, nonché per tutte le prestazioni necessarie ovvero legate allo stato di invalidità stesso. Quest'ultime dovranno essere prescritte da Medico di base o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla malattia/infornuto causa dell'evento stesso.

Si precisa altresì che i trattamenti fisioterapici e riabilitativi dovranno essere effettuati da personale medico o professionista sanitario abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

Le stesse saranno rimborsate senza alcuna quota di spesa a carico dell'Assistito (Titolare) ed entro il limite di € **5.000,00 per evento/anno**.

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

Per la documentazione da inoltrare si rinvia alla tabella riassuntiva Q&D di cui all'*Allegato 2*.



X. CONSERVAZIONE CELLULE STAMINALI

Per tutto il corso di validità del presente Sussidio, l'Assistito avrà a disposizione a costi agevolati la possibilità di usufruire delle convenzioni stipulate con il Network MBA/ Health Assistance.

La garanzia si intende valida per tutti gli eventuali componenti del Nucleo Familiare anche in caso di adesione del singolo Assistito.

Grazie alle Convenzioni siglate sarà possibile per l'Assistito richiedere direttamente ai Partner Convenzionati, anche per il tramite della Centrale Salute, il servizio di conservazione delle cellule staminali in forma privata all'estero, secondo i criteri normativi attualmente in vigore, nonché usufruire dei pacchetti sottoelencati a costi agevolati.

a) Crio - conservazione delle cellule staminali

Si garantisce che gli standard qualitativi utilizzati 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 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

Si 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, è prevista la presenza, tra i propri organi sociali, di 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



I partner Convenzionati non si dedicano , alla sola conservazione delle cellule staminali, ma vogliono essere il centro di competenze scientifiche e mediche unico e 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, si 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, verrà garantita la cura del trasporto dei campioni presso la struttura sanitaria indicata dal Genitori, supportando gli stessi, attraverso il proprio personale tecnico, nel coordinamento di tutte le complesse attività terapeutiche..

Y. ASSISTENZA H24

Y.1. PRESTAZIONI EROGATE PER L'ASSISTENZA H24

MBA, durante la copertura, intende garantire anche un servizio di assistenza H24 e 365 giorni l'anno a fianco dell'Assistito.

Ciascuna delle successive prestazioni di Assistenza è fornita non più di tre volte per annualità, salvo eventuale diversa indicazione per le singole prestazioni, e per l'eventuale Nucleo Familiare anche in caso di adesione del singolo Assistito e non in condizioni di urgenza.

- **CONSULENZA MEDICA TELEFONICA**

La Centrale Operativa mette a disposizione, 24 ore su 24, il proprio servizio di consulto medico con medici di medicina generale per qualsiasi informazione o suggerimento di carattere medico sanitario di carattere generale. I Medici non possono in alcun caso fornire diagnosi o prescrizioni. Il medico può a sua discrezione:

- richiedere all'Assistito l'invio di immagini e fotografie che possano aiutare e/o velocizzare la risoluzione del problema;
- avviare un follow-up dopo qualche giorno qualora necessario per la risoluzione del problema.

- **INVIO DI UN MEDICO AL DOMICILIO**

Qualora l'Assistito 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'Assistito con ambulanza ad un pronto soccorso. Validità territoriale: Italia.



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

49

Qualora l'Assistito, in seguito ad Infortunio, Malattia o Parto, necessiti di:

- essere trasportato da un ospedale in cui è ricoverato presso un altro centro ospedaliero;
- rientrare, successivamente al Ricovero di primo soccorso, al proprio domicilio a seguito di dimissione da un centro ospedaliero e, qualora a giudizio del Medico curante, l'Assistito 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.

- **In caso di necessità**

Al fine di attivare le necessarie procedure di presa in carico della richiesta, l'Assistito 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.

- **La Centrale per l'assistenza H24**

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

Y.2. ESCLUSIONI PER LA PRESTAZIONE ASSISTENZA H24

Per tutte le prestazioni esposte nel precedente punto Y.1 (Assistenza H24) è **esclusa** ogni prestazione, conseguenza e/o evento derivante direttamente od indirettamente da:

- a) Cause ed eventi non adeguatamente documentati, fatta eccezione per il servizio di consulto medico.*
- b) Comportamenti illeciti o dolosi, sia compiuti che tentati dall'Assistito; 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'Assistito.*
- 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).

50

- 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).*

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 consultabile nell'Area Riservata del portale della Mutua MBA e nella tabella riassuntiva Q&D allegata al Presente Regolamento.



ALLEGATO 1 – ELENCO DEI “GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

51

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 linfoadenectomia



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

52

Chirurgia Ginecologica

- Eviscerazione pelvica
- Vulvectomia 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



ALLEGATO 2 – TABELLA RIASSUNTIVA Q&D

53

TAB. A FORMA DIRETTA RICOVERI E INTERVENTI CHIRURGICI	
DOCUMENTI NECESSARI PER L'AUTORIZZAZIONE IN FORMA DIRETTA (PIC)	
<p>(*) Modulo di Richiesta di Presa in Carico Scaricabile dall'Area Riservata (Sez. Modulistica)</p>	<p>A) <u>È necessario l'inoltro di questo modulo solo nel caso in cui la richiesta avvenga tramite fax:</u> in assenza della compilazione e sottoscrizione di questo Modulo, la richiesta sarà sospesa in attesa di ricevere la documentazione mancante.</p> <p>B) <u>Viceversa,</u> nel caso di richiesta inoltrata tramite l'accesso all'Area Riservata nella sezione Accedi alla Centrale Salute, tale Modulo non sarà richiesto.</p>
<p>(*) Prescrizione medica del ricovero</p>	<p>Emessa da medico specialista e riportante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • indicazione della diagnosi di patologia già accertata o da accertare (c.d. quesito diagnostico). Attenzione: non saranno ammesse alla valutazione prescrizioni per mere sintomatologie dolorose: ad es. non potrà essere ammessa la prescrizione medica per – ad esempio - “algie” oppure “controllo”.
<p>(*) Accertamenti eseguiti di recente e relativi referti</p>	<p>Sulla base dei quali si è posta indicazione di ricovero/intervento oggetto di richiesta di autorizzazione.</p>
<p>(*) Referto di Pronto soccorso, qualora previsto dal Regolamento anche di Strutture Convenzionate col SSN e Unità Mediche di Primo Soccorso (in caso di Infortunio)</p>	<p>Il Referto deve contenere descrizione delle modalità di accadimento/dinamica dell'infortunio e referti degli accertamenti eseguiti durante lo stesso. In caso di incidenti stradali presentare anche eventuale verbale dell'autorità di Pubblica sicurezza intervenuta. In caso di infortunio occorso durante lo svolgimento di attività sportiva, è necessario produrre idonea certificazione emessa dalla società sportiva che ne attesti la natura non professionale/agonistica.</p>
<p>(*) I documenti contrassegnati da asterisco e contenenti le informazioni indicate, sono ritenuti condizione imprescindibile alla valutazione di autorizzabili. L'assenza anche di uno di essi potrebbe comportare la reiezione della richiesta la quale dovrà essere ripresentata in modo completo nei tempi indicati.</p>	



TAB. B
FORMA DIRETTA
PRESTAZIONI EXTRARICOVERO

DOCUMENTI NECESSARI PER L'AUTORIZZAZIONE IN FORMA DIRETTA (PIC)

(*) Modulo di Richiesta di Presa in Carico

Scaricabile dall'Area Riservata (Sez. Modulistica)

A) È necessario l'inoltro di questo modulo solo nel caso in cui la richiesta avvenga tramite fax; in assenza della compilazione e sottoscrizione di questo Modulo, la richiesta sarà sospesa in attesa di ricevere la documentazione mancante.

B) Viceversa, nel caso di richiesta inoltrata tramite l'accesso all'Area Riservata nella sezione Accedi alla Centrale Salute, tale Modulo non sarà richiesto.

(*) Prescrizione medica

Emessa da medico specialista e riportante:

- indicazione della diagnosi di patologia già accertata o da accertare (c.d. quesito diagnostico). Attenzione: non saranno ammesse alla valutazione prescrizioni per mere sintomatologie dolorose: ad es. non potrà essere ammessa la prescrizione medica per – ad esempio - “algie” oppure “controllo”.

(*) Referto di Pronto soccorso, qualora previsto dal Regolamento anche di Strutture Convenzionate col SSN e Unità Mediche di Primo Soccorso (in caso di Infortunio)

Il Referto deve contenere descrizione delle modalità di accadimento/dinamica dell'infortunio e referti degli accertamenti eseguiti durante lo stesso.

In caso di incidenti stradali presentare anche eventuale verbale dell'autorità di Pubblica sicurezza intervenuta. In caso di infortunio occorso durante lo svolgimento di attività sportiva, è necessario produrre idonea certificazione emessa dalla società sportiva che ne attesti la natura non professionale/agonistica.

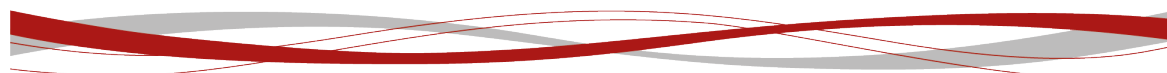
(*) I documenti contrassegnati da asterisco e contenenti le informazioni indicate, sono ritenuti condizione imprescindibile alla valutazione di autorizzabili. L'assenza anche di uno di essi potrebbe comportare la reiezione della richiesta la quale dovrà essere ripresentata in modo completo nei tempi indicati al punto c2.



TAB. C FORMA INDIRECTA RICOVERI E INTERVENTI CHIRURGICI	
DOCUMENTI NECESSARI PER CHIEDERE IL RIMBORSO/INDENNITA'	
(*) Modulo di Richiesta di Rimborso Scaricabile dall'Area Riservata (Sez. Modulistica)	A) È necessario l'inoltro di questo modulo solo nel caso in cui la richiesta avvenga tramite fax; in assenza della compilazione e sottoscrizione di questo Modulo, la richiesta sarà sospesa in attesa di ricevere la documentazione mancante. B) Nel caso di richiesta inoltrata tramite l'accesso all'Area Riservata nella sezione Accedi alla Centrale Salute, tale Modulo non sarà richiesto.
(*) Prescrizione medica del ricovero	Emessa da medico specialista e riportante: <ul style="list-style-type: none"> • indicazione della diagnosi di patologia già accertata o da accertare (c.d. quesito diagnostico). Attenzione: non saranno ammesse alla valutazione prescrizioni per mere sintomatologie dolorose: ad es. non potrà essere ammessa la prescrizione medica per – ad esempio - “algie” oppure “controllo”.
(*) Accertamenti e relativi referti eseguiti di recente	Sulla base dei quali si è posta indicazione di ricovero/intervento oggetto di richiesta di autorizzazione.
(*) Referto di Pronto soccorso, qualora previsto dal Regolamento anche di Strutture Convenzionate col SSN e Unità Mediche di Primo Soccorso (in caso di Infortunio)	Il Referto deve contenere descrizione delle modalità di accadimento/dinamica dell'infortunio e referti degli accertamenti eseguiti durante lo stesso. In caso di incidenti stradali presentare anche eventuale verbale dell'autorità di Pubblica sicurezza intervenuta. In caso di infortunio occorso durante lo svolgimento di attività sportiva, è necessario produrre idonea certificazione emessa dalla società sportiva che ne attesti la natura non professionale/agonistica
(*) Copia COMPLETA conforme all'originale della Cartella clinica	In caso di ricovero (diurno/notturno)
(*) Descrizione dell'atto operatorio	In caso di intervento ambulatoriale
(*) Fatture di spesa/Ticket	Le fatture/ticket dovranno contenere la specifica dei costi per ciascuna prestazione sanitaria erogata. In alternativa alla fattura/ticket dettagliato, può essere presentato un documento di specifica dei costi da parte del professionista/struttura che ha emesso la fattura
Modulo di Accesso al Network Indiretto	Nel caso di Indiretta in Network il Modulo dovrà essere presentato alla Struttura Sanitaria prima di fruire della prestazione e dovrà essere presentato alla Centrale con il Timbro della stessa struttura.
(*) I documenti contrassegnati da asterisco e contenenti le informazioni indicate, sono ritenuti condizione imprescindibile alla valutazione di autorizzabili. L'assenza anche di uno di essi potrebbe comportare la reiezione della richiesta la quale dovrà essere ripresentata in modo completo nei tempi indicati al punto c2	



TAB. D FORMA INDIRECTA PRESTAZIONI EXTRARICOVERO (ALTA DIAGNOSTICA, VISITE SPECIALISTICHE, ETC)	
DOCUMENTI NECESSARI PER CHIEDERE IL RIMBORSO	
<p>(*) Modulo di Richiesta di Rimborso Scaricabile dall'Area Riservata (Sez. Modulistica)</p>	<p>A) È necessario l'inoltro di questo modulo solo nel caso in cui la richiesta avvenga tramite fax; in assenza della compilazione e sottoscrizione di questo Modulo, la richiesta sarà sospesa in attesa di ricevere la documentazione mancante.</p> <p>B) Nel caso di richiesta inoltrata tramite l'accesso all'Area Riservata nella sezione Accedi alla Centrale Salute, tale Modulo non sarà richiesto.</p>
<p>(*) Prescrizione medica</p>	<p>Emessa da medico specialista e riportante:</p> <ul style="list-style-type: none"> - indicazione della diagnosi di patologia già accertata o da accertare (c.d. quesito diagnostico). <u>Attenzione</u>: non saranno ammesse alla valutazione prescrizioni per mere sintomatologie dolorose: ad es. non potrà essere ammessa la prescrizione medica per – ad esempio - “algie” oppure “controllo”. <p>Nel caso di rimborso di Ticket SSN, è NECESSARIO SEMPRE FARE COPIA DELLA PRESCRIZIONE DEL MEDICO perché le ASL trattengono sempre questo documento al momento dell'erogazione della prestazione. IN TAL CASO, NON SARA' POSSIBILE PROCEDERE AL RIMBORSO.</p>
<p>(*) Referti degli esami e degli accertamenti eseguiti</p>	<p>Per i quali si chiede il rimborso.</p>
<p>(*) Referto di Pronto soccorso, qualora previsto dal Regolamento anche di Strutture Convenzionate col SSN e Unità Mediche di Primo Soccorso (in caso di Infortunio)</p>	<p>Il Referto deve contenere descrizione delle modalità di accadimento/dinamica dell'infortunio e referti degli accertamenti eseguiti durante lo stesso.</p> <p>In caso di incidenti stradali presentare anche eventuale verbale dell'autorità di Pubblica sicurezza intervenuta. In caso di infortunio occorso durante lo svolgimento di attività sportiva, è necessario produrre idonea certificazione emessa dalla società sportiva che ne attesti la natura non professionale/agonistica</p>
<p>(*) Fatture di spesa/Ticket (in caso di rimborso spese)</p>	<p>Le fatture/ticket dovranno contenere la specifica dei costi per ciascuna prestazione sanitaria erogata. In alternativa alla fattura/ticket dettagliato, può essere presentato un documento di specifica dei costi da parte del professionista/struttura che ha emesso la fattura</p>
<p>Modulo di Accesso al Network Indiretto nel caso di Indiretta In Network debitamente timbrato e sottoscritto dalla struttura convenzionata (vedi “Focus su Indiretta in Network”).</p>	<p>Nel caso di Indiretta in Network il Modulo dovrà essere presentato alla Struttura Sanitaria prima di fruire della prestazione e dovrà essere presentato alla Centrale con il Timbro della stessa struttura.</p>
<p>(*) I documenti contrassegnati da asterisco e contenenti le informazioni indicate, sono ritenuti condizione imprescindibile alla valutazione di autorizzabili. L'assenza anche di uno di essi potrebbe comportare la reiezione della richiesta la quale dovrà essere ripresentata in modo completo nei tempi indicati al punto c.</p>	



TAB. E FORMA INDIRECTA PRESTAZIONI EXTRARICOVERO	
DOCUMENTAZIONE AGGIUNTIVA DA PRESENTARE SEMPRE IN AGGIUNTA ALLE FATTURE DI SPESA	
Protesi ortopediche o oculistiche	(*) Prescrizione dello specialista in materia (la cui specializzazione sia inerente alla patologia) con indicazione della Patologia.
Trattamenti fisioterapia e rieducativi post Infortunio	(*) Referto di Pronto soccorso (*) Prescrizione medica redatta da specialista in materia indicante il tipo di terapia da eseguirsi ed il numero relativo di sedute. La prestazione dovrà essere erogata da personale specializzato munito di iscrizione all'Albo.
Pacchetto Maternità	(*) Copia della documentazione di spesa (fattura/ticket) dalla quale si evinca la prestazione effettuata; (*) Prescrizione medica con indicazione della settimana di gestazione e prestazione richiesta/effettuata; (*) Per l'Indennità di Parto è richiesto l'invio della cartella clinica dalla quale si evinca che il ricovero è stato effettuato per Parto Naturale/Parto Cesareo (*) È necessario l'inoltro del Modulo di Richiesta di Rimborso -Scaricabile dall'Area Riservata (Sez. Modulistica) - solo nel caso in cui la richiesta avvenga tramite fax; in assenza della compilazione e sottoscrizione di questo Modulo, la richiesta sarà sospesa in attesa di ricevere la documentazione mancante. Nel caso di richiesta inoltrata tramite l'accesso all'Area Riservata nella sezione Accedi alla Centrale Salute, tale Modulo non sarà richiesto. Nel caso in cui le prestazioni previste nel Pacchetto Maternità siano servizi erogati da società Convenzionate, queste saranno garantite senza alcuna quota di spesa a carico dell'Assistito, previa autorizzazione per il tramite della Centrale Salute e in forma diretta. Di seguito i servizi forniti: <ul style="list-style-type: none"> • Conservazione cellule staminali • Test prenatale non invasivi (NIPT- Non invasive prenatal test) • Test Genetici predittivi
Cure dentarie	(*) Piano di cure predisposto dall'odontoiatra, dal quale risultino i denti curati/da curare e le motivazioni cliniche del trattamento, con indicazione del dente trattato per arcata e numero, nonché i referti degli accertamenti diagnostici strumentali (RX, OPT, TAC, RMN) dai quali sia possibile evincere con chiarezza la sede da curare. Altresì dovrà indicarsi, qualora previsto, il periodo massimo di trattamento per la conclusione della cura. (*)In caso di cure dentarie da infortunio le stesse dovranno essere congrue con le lesioni subite e l'infortunio dovrà essere comprovato da idonea documentazione a supporto (referto PS, OPT, radiografie e fotografie). Inoltre, la documentazione di spesa quietanzata dovrà riportare il dettaglio delle cure eseguite. Necessario sempre il verbale di Pronto Soccorso.

(*) I documenti contrassegnati da asterisco e contenenti le informazioni indicate, sono ritenuti condizione imprescindibile alla valutazione di autorizzabili. L'assenza anche di uno di essi potrebbe comportare la reiezione della richiesta la quale dovrà essere ripresentata in modo completo nei tempi indicati al punto c.

Le fatture e le ricevute erroneamente inviate in originale non verranno restituite all'Assistito successivamente alla definizione della pratica, salvo dimostrazione, da parte dell'Assistito stesso, di aver ricevuto un'espressa richiesta scritta dall'Autorità finanziaria competente. In tal caso, la restituzione degli originali delle suddette fatture avverrà previa apposizione del timbro di pagamento indicante l'importo rimborsato e la relativa data.

