



Regolamento del Sussidio “E.B.I.P.S.”

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

Sezione 1: Definizioni	3
Sezione 2: Norme generali che regolano il sussidio	5
Sezione 3: Norme relative a tutte le garanzie	8
Sezione 4.1: Garanzie ospedaliere	13
Sezione 4.2: Garanzie extraospedaliere	19
Sezione 4.3: Prevenzione	26
Sezione 4.4: Sostegno	26
Sezione 4.5.: Long Term Care	34
Sezione 5.: Servizi Aggiuntivi della Centrale	39

Sezione 1: Definizioni

Assistenza diretta: le prestazioni previste dal presente sussidio effettuate presso strutture sanitarie utilizzando personale medico (e/o sanitario) ambedue convenzionati con MBA, per il tramite di CoopSalute, e con applicazione degli specifici accordi di convenzione vigenti tra MBA e le strutture/personale convenzionati; in questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente da parte di MBA alle strutture ed ai medici/personale convenzionati (escluse eventuali quote a carico dell'Assistiti ove previste).

Associato: la persona fisica iscritta regolarmente alla Mutua ed il cui interesse è protetto dal sussidio, residente stabilmente in Italia o nel territorio della Repubblica di San Marino e Città del Vaticano e più in generale nell'Unione Europea.

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

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

Centrale Salute: gli uffici dedicati alla gestione delle pratiche di Rimborso e delle

prese in carico in forma diretta, nonché a fornire le informazioni necessarie agli Assistiti per l'accesso alle prestazioni e ai servizi.

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

Ciclo di Cura: insieme delle prestazioni connesse ad una medesima patologia/Infortunio, contestualmente prescritti dal medico e presentati alla Mutua MBA in una unica richiesta di Rimborso.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sezione 2: Norme Generali che regolano il sussidio

Art. 1 - Oggetto

Oggetto del presente Sussidio è il rimborso delle spese sanitarie, ovvero l'erogazione delle prestazioni, sostenute dagli assistiti in conseguenza di infortunio, malattia e parto, per eventi verificatisi nel corso di validità del sussidio nei termini e con le modalità indicate nel presente regolamento.

Art. 2 - Persone Associate

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

Art. 3 - Nucleo Familiare

Il sussidio è valido per l'Associato nominativamente indicato nel modulo di adesione e, nei casi in cui ciò sia stato espressamente previsto in fase di adesione al sussidio, per i suoi familiari identificati al momento della sottoscrizione, per le garanzie che prevedano benefici per gli stessi. Indicando i nominativi dei propri familiari, l'Associato autocertifica il rispetto dei requisiti degli stessi per beneficiare delle garanzie. E' altresì necessario comunicare tempestivamente alla Mutua eventuali modificazioni del Nucleo Familiare in corso di validità del sussidio.

Per nucleo si intendono, oltre al titolare del sussidio, il coniuge/partner unito civilmente ed il convivente more uxorio, nonché i figli fino a 26 anni, quest'ultimi anche se non residenti.

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

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

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

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

Art. 4 - Limiti di età

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

Art. 5 - Variazione del Nucleo Familiare

Qualora sia prevista l'inclusione del Nucleo Familiare, l'Associato deve comunicare immediatamente le variazioni del proprio stato Familiare alla MBA in forma scritta, entro e non oltre 30 giorni dall'avvenuta variazione (es. nascita, matrimonio).

Se non diversamente comunicato dalla MBA, e fermo restando il pagamento dell'eventuale contributo dovuto, l'inclusione dei nuovi assistiti nel sussidio si intenderà operante solo a decorrere dalla nuova annualità del sussidio stesso.

Resta inteso che, per i nuovi Assistiti, ai fini dell'applicazione, ove previsti, dei Termini di aspettativa di cui all'art. 16, delle Progressioni di cui all'art. 17 e delle Esclusioni di cui all'art. 18 verrà considerato come data di prima decorrenza il giorno della relativa inclusione.

Art. 6 - Durata del sussidio e tacito rinnovo

Il presente sussidio ha durata di un anno decorrente dal giorno di cui all'art. 10. In mancanza di comunicazione di non rinnovo, inviata mediante lettera raccomandata A/R o posta elettronica certificata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza annuale, il sussidio sanitario s'intenderà rinnovato, di anno in anno, con obbligo di pagamento del contributo aggiuntivo e delle quote

associative previste così come previsto da Statuto di MBA.

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

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

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

In caso di estensione al nucleo Familiare, la cessazione della posizione del dipendente-titolare del Sussidio comporterà l'automatica cessazione anche per il nucleo Familiare. Qualora, il dipendente - titolare del Sussidio abbia provveduto a mantenere attiva l'assistenza sanitaria a titolo individuale, anche l'estensione al Nucleo Familiare rimarrà in essere fino alla prima scadenza annuale.

Art. 7 - Obblighi contributivi dell'Associato

In caso di mancato versamento dei relativi contributi e fermo quanto previsto all'art. 10, la MBA si riserva il diritto di adire le vie legali, previo tentativo di conciliazione ai sensi dell'Art. 14 del presente Regolamento.

Art. 8 - Dichiarazioni e comunicazione dell'Associato

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

Art.9 - Prestazioni per conto altrui

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

Art. 10 - Pagamento del contributo e decorrenza del sussidio

Il sussidio ha effetto dalle ore 24:00 del giorno della ratifica indicato ovvero dalle ore 24:00 del giorno di iscrizione al libro dei Soci, se il contributo aggiuntivo o la prima rata di contributo aggiuntivo sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 del giorno dell'avvenuto pagamento, se successivo a tale data.

Se l'Associato non paga la prima rata di contributo o le rate successive, la garanzia resta sospesa dalle ore 24:00 dello stesso giorno e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno di pagamento, ferme le successive scadenze.

Art. 11 - Comunicazioni e modifiche

Le comunicazioni inerenti il rapporto associativo o le variazioni ed integrazioni al presente sussidio sanitario avverranno

nelle modalità indicate e accettate, sottoscrivendo la domanda di adesione oltre che specificate all'interno del Regolamento Attuativo dello Statuto.

Art. 12 - Massimali

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

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

Art. 13 - Applicazione delle Quote di spesa a carico dell'Associato

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

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

- a) in caso di singole prestazioni, si applicherà un'unica Quota di spesa a carico per la spesa relativa alla prestazione effettuata;
- b) in caso di ciclo di cura, la Quota di spesa a carico è da intendersi applicata per l'insieme delle prestazioni relative al ciclo di cura;

- c) in caso di prestazioni legate al medesimo Evento, si applicherà un'unica Quota di spesa a carico per l'insieme delle prestazioni effettuate entro e non oltre 60 giorni dall'Evento; successivamente, verrà calcolata una seconda Quota di spesa a carico per ogni prestazione (vedi lett. a) o per un ulteriore Ciclo di Cura ove ne ricorrano i presupposti (vedi lett. b);
- d) in entrambi i casi di cui alle lettere b) e c), qualora le prestazioni rientrino in differenti Massimali (es. Massimale per alta diagnostica e Massimale per visite specialistiche), verrà applicata una Quota di spesa a carico per tutte le prestazioni e, ai fini dell'imputazione al Massimale la quota di spesa verrà detratta pro quota dalle singole prestazioni;
- e) in ogni caso, per l'applicazione di una sola Quota di spesa a carico, è necessario che l'Associato presenti, in un'unica richiesta, la documentazione; ove ciò non sia possibile, dovrà fornire evidenza scritta della riconducibilità delle prestazioni ad uno dei casi indicati alle lett. b) e c). Se le richieste di Rimborso o di autorizzazione in forma diretta vengono invece presentate singolarmente ed in momenti diversi, verrà applicata in ogni caso una Quota di spesa a carico per ogni singola prestazione.

Art. 14-Risoluzione delle Controversie

A fronte di ogni eventuale controversia che dovesse insorgere tra l'Associato e la Mutua Soccorso, anche in dipendenza di una diversa interpretazione del presente sussidio, prima di ricorrere ad un procedimento ordinario, le Parti esperiranno il tentativo di conciliazione, come previsto dall'Art. 40 dello Statuto di

MBA. In caso di esito negativo del tentativo di conciliazione, il foro competente per ogni eventuale controversia, è quello di Tivoli.

Art.15 - Rinvio alle norme

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

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

Art. 16 - Termini di Aspettativa (Carenze)

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

Art. 17 - Pregresse

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

Tale previsione non opera per le garanzie ex art. 4.4.5. Invalidità permanente da infortunio e sezione 4.5. Long Term Care., per le quali si intendono esclusi gli stati Patologici manifestati, diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati prima della data di adesione al presente Sussidio

nonché le prestazioni conseguenti a infortuni anch'essi occorsi anteriormente alla data di adesione.

Per la sola garanzie alla sezione 4.5. "Long Term Care", la suddetta esclusione non opera una volta trascorsi tre anni di adesione ininterrotta al presente Regolamento del Sussidio.

Nel caso di estensione del Sussidio a titolo volontario da parte del dipendente al proprio Nucleo Familiare, per detti familiari sono escluse dal presente Sussidio Sanitario le prestazioni conseguenti a stati

Patologici manifestati, diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati prima della data di adesione al presente Sussidio, così come gli infortuni occorsi prima di suddetta data di estensione.

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

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

Art. 18 - Esclusioni

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

a. le prestazioni non corredate da prescrizione medica attestante la

patologia certa o presunta ovvero l'Infortuni;

- b. le prestazioni conseguenti agli Infortuni non documentati da referto di Pronto Soccorso ovvero da specifico accertamento diagnostico (a titolo esemplificativo, TAC, RMN, radiografie) da cui sia chiaramente possibile evincere la data di accadimento dell'infortunio e le conseguenze traumatiche dello stesso;
- c. le prestazioni relative a cure odontoiatriche e ortodontiche, salvo specifiche deroghe previste dal sussidio;
- d. le prestazioni di routine, controllo nonché i vaccini;
- e. le prestazioni conseguenti a suicidio e tentato suicidio;
- f. le prestazioni finalizzate all'eliminazione o correzione di difetti fisici e malformazioni preesistenti alla data di adesione del sussidio, ad eccezione degli Interventi per i bambini che non abbiano superato i 5 anni;
- g. le prestazioni relative a Malattie mentali ed i disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche;
- h. le prestazioni sanitarie e le cure aventi finalità estetica, salvo gli Interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva resi necessari da Malattia o Infortunio rimborsabili, purché effettuate nei 360 giorni successivi all'Intervento e comunque durante la validità del sussidio;
- i. Infortuni o Malattie derivanti da dolo dell'Associato;
- j. le prestazioni, le terapie e le cure non riconosciute dalla medicina ufficiale,

- quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, quelle omeopatiche, fitoterapiche, nonché quelle effettuate da medici o paramedici non abilitati all'esercizio dell'attività professionale;
- k. i farmaci non riconosciuti dalla Farmacopea Ufficiale;
 - l. le prestazioni erogate da medici o paramedici abilitati che non siano in possesso di specializzazione medica pertinente con la prestazione erogata;
 - m. le cure e gli Interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale;
 - n. l'aborto volontario non terapeutico;
 - o. i Ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in regime ambulatoriale, purché consentito dallo stato di salute dell'Assistito;
 - p. le prestazioni conseguenti a reati o ad azioni dolose compiute o tentate dall'Associato. Sono compresi nella garanzia quelle sofferte in conseguenza di imprudenza o negligenza anche gravi dell'Associato stesso;
 - q. gli Infortuni conseguenti ad assunzione di sostanze psicoattive (stupefacenti, farmaci, sostanze psicotrope), a scopo non terapeutico;
 - r. gli infortuni causati dallo stato di ebbrezza o di ubriachezza;
 - s. le Malattie correlate all'abuso di alcool o al consumo di stupefacenti e sostanze psicotrope, assunte non a scopo terapeutico;
 - t. gli Infortuni conseguenti alla pratica di sport aerei e gare motoristiche in genere o di sport costituenti per l'assistito attività professionale;
 - u. le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e delle accelerazioni di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.), nonché da campi elettromagnetici;
 - v. le conseguenze di inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche, movimenti tellurici;
 - w. i ricoveri causati dalla necessità dell'Associato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché Ricoveri di lunga degenza. In tal senso si intendono Ricoveri di lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Associato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituti di cura per Interventi di carattere assistenziale e fisioterapico di mantenimento.

Art. 19 - Sottoscrizione di più Sussidi

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

Art. 20- Limiti territoriali

Le garanzie, nei limiti stabiliti dal presente Regolamento, sono valide in tutto il mondo, salvo espresse deroghe previste nelle singole garanzie. Nel caso di spese effettuate all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi.

Art. 21 - Responsabilità di terzi

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

Art. 22 - Oneri dell'Assistito.

La richiesta di rimborso deve essere corredata da:

- 1) copia della prescrizione medica, indicante la diagnosi o il quesito diagnostico, relativa alla prestazione di cui si richiede il rimborso, ovvero da copia del referto medico attestante la natura della malattia o dell'infortunio. In caso di ricovero ospedaliero e Day-Hospital dovrà essere presentata copia della cartella clinica completa (anche su supporto elettronico);
- 2) copia della documentazione di spesa (distinte e ricevute) debitamente quietanzate.

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

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

Art. 23 - Modalità di erogazione delle prestazioni.

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

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

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

MBA provvederà a corrispondere direttamente alla struttura e ai medici/professionisti convenzionati le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate, senza applicazione di alcuna quota a carico

dell'Assistito tranne quelle specificamente previste dal presente sussidio sanitario (anche in caso di utilizzo di strutture sanitarie e personale medico convenzionati) che dovranno essere versate alla struttura sanitaria e ai medici/professionisti direttamente dall'Assistito.

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

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

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

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

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

all'Assistito delle spese sostenute, applicando le specifiche condizioni previste dal sussidio in caso di utilizzo delle prestazioni assistenza diretta (di cui alla lettera a).

Nel caso in cui, invece, l'assistito non richieda l'applicazione delle specifiche agevolazioni tariffarie concordate da MBA, la Mutua provvederà al rimborso delle spese come se si trattasse di prestazioni effettuate presso strutture sanitarie/medici/professionisti non convenzionati (vedi lettera b) nei limiti, in ogni caso, delle singole tariffe agevolate concordate da MBA con le strutture/medici/professionisti convenzionati, che sarebbero state applicate ove l'Assistito ne avesse fatto richiesta così come indicato al primo capoverso della presente lettera c).

In ogni caso, tutte le informazioni necessarie per accedere correttamente alle prestazioni sanitarie erogate in forma Diretta e Indiretta, nonché la gestione dei relativi rimborsi sono indicate nella Guida Operativa della Mutua MBA e della Centrale Salute consultabili nell'Area Riservata del portale della Mutua MBA.

SEZIONE 4.1.: GARANZIE OSPEDALIERE

4.1.1. RICOVERI CON INTERVENTO CHIRURGICO

La Mutua MBA in caso di Ricovero con Intervento Chirurgico (secondo il solo elenco riportato nel successivo art. 4.1.2.: “Elenco dei Ricoveri con Intervento Chirurgico”), ivi compresi i trapianti, reso necessario da Malattia o Infortunio che risultino garantiti nei termini del presente Regolamento, provvede a rimborsare le seguenti spese inerenti al Ricovero:

A) nei 120 giorni precedenti il Ricovero (solo in forma rimborsuale):

- visite specialistiche ed accertamenti diagnostici;

B) durante il Ricovero nei limiti del Massimale

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'Intervento;
- diritti di sala operatoria e materiale di Intervento (ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'Intervento);
- medicinali ed esami
- cure ed assistenza medica
- rette di degenza
- assistenza infermieristica privata individuale con un limite di € 50,00 al giorno massimo 45 giorni per ricovero (solo in forma rimborsuale)
- retta accompagnatore, in istituto di cura o struttura alberghiera ove non prevista disponibilità ospedaliera

C) nei 120 giorni successivi al Ricovero:

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

Le prestazioni di cui alla lettera B) del presente art. 4.1.1. potranno essere effettuate solo in assistenza diretta presso una Struttura Sanitaria Convenzionata e Medici Convenzionati con la Centrale Salute; in tal caso MBA provvederà al pagamento diretto delle spese alla Struttura sanitaria convenzionata ed ai medici convenzionati (senza alcuna Quota di spesa a carico dell'Associato).

Non è quindi previsto alcun rimborso delle spese sostenute dall'Assistito nel caso di mancato utilizzo di strutture convenzionate e di medici convenzionati con la Mutua.

E', peraltro, prevista la possibilità di effettuare le prestazioni in Strutture non Convenzionate e/o con equipe mediche non convenzionate **esclusivamente** nel caso in cui l'assistito sia residente o domiciliato in una Provincia priva di strutture sanitarie convenzionate. In questo caso, le prestazioni di cui alla lettera B) del presente art. 4.1.1, saranno rimborsate con applicazione di una **Percentuale di spesa a carico dell'Associato pari al 20% con un minimo non rimborsabile di € 2.000,00 e fermo restando l'importo massimo di rimborso di € 10.000,00 per Evento.**

Nel caso in cui, infine, le prestazioni di cui lettera B) le prestazioni vengano effettuate in strutture del S.S.N. o presso strutture con questo convenzionate, le spese per trattamento alberghiero e/o ticket sanitari verranno rimborsati senza applicazione di alcuna Quota di spesa a carico dell'Associato

Per quanto riguarda **le prestazioni di cui alle lettere A) e C)** queste potranno essere effettuate sia presso Strutture/Professionisti Convenzionati con la Centrale Salute sia presso Strutture/Professionisti Non Convenzionati con la Centrale Salute sia presso Strutture del SSN; in ogni caso le spese saranno rimborsate **senza applicazione di alcuna Quota di spesa a carico dell'Associato** fermo restando che, nel caso in cui le prestazioni di cui alla lettera B) siano state effettuate presso una struttura non convenzionata con la Centrale Salute, il limite di rimborso di € 10.000,00 dovrà considerarsi unico sia per tutte le prestazioni previste dalle lettere A), B) e C) del presente articolo.

4.1.2. Elenco dei Ricoveri con Intervento Chirurgico

NEUROCHIRURGIA

- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
- Interventi di cranioplastica
- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
- Asportazione tumori dell'orbita
- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
- Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore
- Interventi sul plesso brachiale

CHIRURGIA GENERALE

- Ernia inguinale e femorale (con esclusione di tutte le altre ernie della parete addominale)
- Intervento per asportazione tumore alla mammella

OCULISTICA

- Interventi per neoplasie del globo oculare
- Intervento di enucleazione del globo oculare

- Cataratta ed interventi sul cristallino con eventuale vitrectomia

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori maligni del cavo orale
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
- Interventi demolitivi del laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale e mascellare
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per echinococcosi polmonare
- Pneumectomia totale o parziale
- Interventi per cisti o tumori del mediastino
- Interventi per poliposi nasale

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Interventi sul cuore per via toracotomica
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale
- Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Asportazione di tumore glomico carotideo
- Safenectomia per grandi vasi (solo varici della grande safena)
- Bypass aortocoronarico singolo o multiplo con o senza circolazione extracorporea
- Bypass aorto-iliaco - femorale (aorto-femorale, aorto-iliaco, alla poplitea, aortopopliteo)

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagoplastica
- Intervento per mega-esofago
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale

- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Drenaggio di ascesso epatico
- Interventi per echinococcosi epatica
- Resezioni epatiche
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Interventi per neoplasie pancreatiche

UROLOGIA

- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Cistoprostatovesicolectomia
- Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
- Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare
- Calcolosi urinaria

GINECOLOGIA

- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
- Vulvectomy radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
- Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia
- Isterectomia con eventuale con eventuale annessectomia

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi per costola cervicale
- Interventi di stabilizzazione vertebrale
- Interventi di resezione di corpi vertebrali
- Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
- Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio
- Interventi al tunnel carpale e dito a scatto

CHIRURGIA MAXILLO- FACCIALE

- Interventi di chirurgia oro maxillo-facciale per mutilazioni del viso conseguenti ad infortunio che comportino una riduzione delle capacità funzionali superiore al 25%

TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti

4.1.3. TRASPORTO SANITARIO

La Mutua MBA, in caso di Ricovero con Intervento di cui al precedente punto e in caso di necessità medica debitamente documentata, rimborsa le spese sostenute dall'Associato per il trasporto sanitario in Italia effettuato con ambulanza o altro mezzo attrezzato al trasporto sanitario fino al luogo di degenza dell'Assistito, da un Istituto di Cura ad un altro e/o per il rientro al proprio domicilio successivo al ricovero, sino ad un **massimo € 1.500,00 per Ricovero**.

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

4.1.4. ULTERIORI PRESTAZIONI RICONOSCIUTE E RELATIVI SUB-MASSIMALI E QUOTE DI SPESA A CARICO DELL'ASSOCIATO

Fermo restando quanto sopra, sono altresì incluse le seguenti prestazioni o Interventi, nei limiti dei sub-massimali omnicomprensivi di seguito indicati:

- 1) **Day hospital con e senza intervento**, fino ad un sub Massimale complessivo per annualità di **€ 1.000,00 per persona** (ivi comprese le spese di cui al precedente art. 4.1.1. lettere A) e C) con i relativi sub Massimali).

Le prestazioni di cui al punto 1) del presente art. 4.1.4. potranno essere effettuate solo in assistenza diretta presso una Struttura sanitaria convenzionata e medici convenzionati con la Centrale Salute; in tal caso MBA provvederà al pagamento diretto delle spese alla Struttura sanitaria convenzionata ed ai medici convenzionati (senza alcuna Quota di spesa a carico dell'Associato).

Non è quindi previsto alcun rimborso delle spese sostenute dall'Assistito nel caso di mancato utilizzo di strutture convenzionate e di medici convenzionati con la Mutua.

In caso di utilizzo del SSN, MBA rimborserà integralmente i ticket sanitari, fermo restando il limite massimo di € 1.000,00 per annualità e per persona.

- 2) **Parto Naturale e Parto Cesareo**, MBA corrisponderà una indennità forfettaria per far fronte alle necessità di recupero pari a **€ 500,00** per evento.

4.1.5. INDENNITÀ SOSTITUTIVA - alternativa all'Indennità integrativa di cui al successivo punto 4.1.6.

Nel caso in cui l'Associato, a seguito di Ricovero con intervento chirurgico, di cui ai precedenti artt. 4.1.1. e 4.1.2., e/o a seguito di Day Hospital di cui al punto 1) del precedente art. 4.1.4., garantiti dal presente Regolamento, non richieda alcun Rimborso in virtù del presente

sussidio, la Mutua corrisponderà un'Indennità per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della Malattia o dell'Infortunio.

L'Indennità sarà pari ad € **80,00** e verrà erogata per ogni pernottamento in caso di Ricovero con Intervento, ovvero giorno di degenza in caso di Day-hospital, fermo restando il limite massimo di **90 giorni per Evento**.

Qualora l'Associato richieda la presente Indennità sostitutiva si intenderà escluso il Rimborso di qualsiasi altra spesa, anche precedente o successiva al Ricovero/Day Hospital (e di cui alle lettere A) e C) dell'art. 4.1.1.) eventualmente sostenuta e riferibile al medesimo Ricovero/Day Hospital.

4.1.6. INDENNITÀ INTEGRATIVA - alternativa all'Indennità Sostitutiva di cui al precedente punto 4.1.5.

Nel caso in cui l'Associato, a seguito di Ricovero con intervento chirurgico, di cui ai precedenti artt. 4.1.1. e 4.1.2., e/o a seguito di Day Hospital di cui al punto 1) del precedente art. 4.1.4., garantiti nei termini del presente Regolamento, non richieda alcun Rimborso a carico del presente sussidio, la Mutua corrisponderà un'indennità per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della Malattia o dell'Infortunio.

L'indennità sarà pari ad € **50,00** e verrà erogata per ogni pernottamento in caso di Ricovero con Intervento, ovvero giorno di degenza in caso di Day-hospital, fermo restando il limite **massimo di 365 giorni per ciascuna annualità**.

Qualora l'Associato richieda la presente Indennità integrativa, potrà richiedere il Rimborso anche delle spese di cui alle lettere A) e C) dell'Art. 4.1.1. eventualmente sostenute e riferibili al medesimo Ricovero/Day Hospital.

Le spese di cui ai punti A) e C) saranno rimborsate senza alcuna quota a carico dell'Associato ed entro il limite massimo previsto pari ad € 3.0000 per ciascun ricovero (fermi gli eventuali sub limiti indicati nel medesimo articolo, ove previsti).

Per i Day Hospital, invece, di cui al punto 1) dell'art. 4.1.4., si intende sempre valido il massimale omnicomprensivo di € 1.000 per anno e per persona.

4.1.7. DIARIA GIORNALIERA PER RICOVERO SENZA INTERVENTO CHIRURGICO

In caso in **Ricovero senza Intervento chirurgico**, la Mutua corrisponderà una diaria per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della Malattia o dell'Infortunio.

L'Indennità sarà pari ad € **50,00** e verrà erogata, a partire dalla 3° notte di ricovero, per ogni pernottamento, fermo restando il limite di **20 giorni** per ciascuna annualità.

4.1.8. DIARIA GIORNALIERA PER RICOVERO A SEGUITO DI NEOPLASIE MALIGNI

In caso in **Ricovero con o senza Intervento chirurgico, a seguito di neoplasie maligne**, la Mutua MBA corrisponderà una diaria pari ad **€ 100,00 per ogni pernottamento** e per un massimo di **90 giorni** per ciascun Ricovero.

4.1.9. Massimale annuo

Il massimale annuo erogabile per il complesso degli eventi e prestazioni della presente Sezione è pari ad € 100.000,00 per Nucleo Familiare, fermi restando i limiti specifici per evento indicati agli articoli che precedono.

SEZIONE 4.2.: GARANZIE EXTRAOSPDALIERE

4.2.1. ALTA DIAGNOSTICA E TERAPIE

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

a) Alta Diagnostica

- Angio RM con contrasto
- Angio TC distretti eso e endocranici
- Angiografia (sono compresi esami radiologici apparato circolatorio)
- Artrografia
- Biopsia del linfonodo sentinella
- Biopsia muscolare
- Biopsia prostatica
- Biopsia T.A.C. guidata
- Broncografia
- C.P.R.E. diagnostica
- Campimetria
- Cavernosografia
- Cine RM cuore
- Cisternografia
- Cistografia
- Cistografia doppio contrasto
- Cistoscopia
- Cistouretrografia minzionale
- Clisma opaco e/a doppio contrasto
- Colangiografia
- Colangiografia percutanea
- Colangiopancreatografia retrograda
- Colecistografia
- Colpografia
- Coronografia

- Dacriocistografia
- Defecografia
- Discografia
- Ecografia addome completo
- Ecografia mammaria
- Ecografia transvaginale
- Ecodoppler cardiaco compreso color
- Ecodoppler
- Ecocolordoppler
- Doppler dei tronchi sovraortici
- Ecografia tiroidea
- EEG con privazione sonno
- Elettroencefalogramma
- Elettroencefalogramma dinamico 24 ore
- Elettromiografia
- Elettroretinogramma
- Emogasanalisi arteriosa
- Esame urodinamico
- Esami radiologici apparato osteoarticolare
- Esofagogastroduodenoscopia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Lavaggio bronco alveolare endoscopico
- Linfografia
- Mammografia anche bilaterale
- Mapping vescicale
- Mielografia
- Pancolonoscopia diagnostica
- PH metria esofagea e gastrica
- Pneumoencefalografia
- Potenziali evocati
- Retinografia
- Rettoscopia diagnostica
- Rettosigmoidoscopia
- Ricerca del linfonodo sentinella e punto di reperi
- Risonanza Magnetica Nucleare con o senza mezzo di contrasto
- Rx esofago
- Rx esofago con contrasto opaco
- Rx esofago con doppio contrasto
- Rx esofago esame diretto
- Rx piccolo intestino con doppio contrasto
- Rx stomaco con doppio contrasto
- Rx tenue a doppio contrasto con studio selettivo

- Rx tenue seriato
- Rx tubo digerente
- Rx tubo digerente completo compreso esofago con contrasto
- Rx tubo digerente prime vie
- Rx tubo digerente seconde vie
- Scialografia con o senza mezzo di contrasto
- Scintigrafia qualunque organo/apparato (compresa Miocardioscintigrafia)
- Scintigrafia totale corporea con cellule autologhe marcate
- Spirometria
- Splenoportografia
- T.A.C. con e senza mezzo di contrasto.
- Tomografia ad Emissione di Positroni (P.E.T.) per organo-distretto-apparato
- Tomografia mappa strumentale della cornea
- Tomoscintigrafia SPET miocardica
- Tracheobroncoscopia diagnostica
- Uretrocistografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Wirsungografia retrograda

b) Terapie

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Dialisi
- Laserterapia a scopo fisioterapico

L'elenco delle prestazioni di cui sopra è da considerarsi tassativo con esclusione dalla presente garanzia delle prestazioni non espressamente ivi indicate.

Le spese sostenute per prestazioni effettuate, **in assistenza diretta, in Struttura Sanitaria Convenzionata** con la Centrale Salute, saranno rimborsate con applicazione di una **Quota di spesa a carico dell'Associato di € 30,00 per prestazione, in caso di lettera a), o per ciclo di cura in caso di lettera b)**, fermo restando il Massimale annuo di cui al punto 4.2.2..

Non è quindi previsto alcun rimborso delle spese sostenute dall'Assistito nel caso di mancato utilizzo di strutture convenzionate con la Mutua.

È, peraltro, prevista la possibilità di effettuare le prestazioni in Strutture Non Convenzionate con la Centrale Salute, esclusivamente nel caso in cui l'assistito sia residente o domiciliato in una Provincia priva di Strutture Sanitarie Convenzionate. In questo caso, le prestazioni di cui sopra saranno rimborsate da MBA con applicazione di una **Quota di spesa a carico dell'Associato di € 30,00 per prestazione, in caso di lettera a), o ciclo di cura in caso di lettera b)**, fermo restando il Massimale annuo di cui al punto 4.2.2..

Qualora l'Associato effettui le prestazioni di cui al presente articolo ricorrendo al Servizio Sanitario Nazionale, la Mutua MBA provvede all'integrale Rimborso delle spese per i ticket sanitari nei limiti dei massimali di cui all'art. 4.2.2.

Dalla presente garanzia sono espressamente esclusi i ticket inerenti controlli di routine.

4.2.2. Massimale annuo di rimborsi erogabili

Il limite annuo garantito per il complesso delle prestazioni di cui al precedente punto 4.2.1. è pari ad **€ 8.000,00 per Nucleo Familiare**.

4.2.3. ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

La Mutua, **entro il Massimale annuo** di cui all'Art. 4.2.4., in caso di Malattia o di Infortunio rimborsabile ai sensi del presente sussidio, anche in assenza di Ricovero od Intervento chirurgico, su prescrizione medica indicante la motivazione clinica, provvede al Rimborso delle spese per accertamenti diagnostici (non previsti dall'Art. 4.2.1).

Qualora l'Associato effettui le prestazioni di cui al presente articolo ricorrendo al S.S.N., la Mutua MBA provvede al rimborso della spesa sostenuta per i **ticket** ad eccezione di una **quota di spesa a carico dell'Associato di € 10,00 per ciascun ticket** - fermo in ogni caso restando che dette quote a carico non potranno superare l'importo complessivo per anno e per Nucleo Familiare di € 50,00 oltre il quale MBA provvederà al rimborso integrale delle spese per i ticket.

Dalla presente garanzia sono espressamente esclusi i ticket inerenti controlli di routine.

4.2.4. Massimale annuo di rimborsi erogabili

Il limite annuo garantito per le prestazioni di cui al precedente punto 4.2.3. è **pari ad € 250,00 per Nucleo Familiare**.

4.2.5. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI A SEGUITO DI INFORTUNIO

MBA, in caso di Infortunio rimborsabile ai sensi del presente Sussidio, anche in assenza di ricovero od intervento chirurgico, su prescrizione medica di un medico specialista indicante la motivazione clinica, provvede al rimborso delle spese per i trattamenti fisioterapici, ai fini riabilitativi, riportati nel seguente elenco:

- Kinesiterapia
- Chiropratica
- Ionoforesi
- Ultrasuoni
- Radar massoterapia
- Magnetoterapia
- Ginnastica Posturale "Mezieres"

- Ginnastica respiratoria “Spirotiger”
- Rieducazione funzionale
- Tecarterapia
- Onde d’urto
- Ipertermia
- Viss
- Elettrostimolazione
- Laserterapia
- RSQ1
- Regeno
- Massaggio Connettivale
- Linfodrenaggio
- Massoterapia
- Chinesiologia
- Terapie manuali
- Manipolazioni

Le spese sostenute per prestazioni effettuate, in assistenza diretta, presso una **Struttura Sanitaria Convenzionata con la Centrale Salute**, saranno rimborsate integralmente, fermo restando il Massimale annuo di cui al punto 4.2.6..

Qualora le prestazioni di cui sopra siano effettuate in una **Struttura Sanitaria Non Convenzionata con la Centrale Salute**, le spese sostenute dall’Associato saranno rimborsate da MBA con applicazione di una **Quota di spesa a carico dell’Associato del 30% minimo non rimborsabile € 60,00 per Evento**, nei limiti del Massimale annuo di cui al punto 4.2.6..

Qualora l’Associato effettui le prestazioni di cui al presente articolo ricorrendo al Servizio Sanitario Nazionale, la Mutua MBA provvede all’integrale Rimborso delle spese per i **ticket sanitari** fermo restando il massimale anno di cui all’ art. 4.2.6..

4.2.6. Massimale annuo di rimborsi erogabili

Il limite annuo garantito per le prestazioni di cui al precedente punto 4.2.5. è **pari ad €1.000,00 per Nucleo Familiare**.

4.2.7. CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

La MBA rimborsa le spese sostenute a fronte di cure odontoiatriche a seguito di infortunio (documentate da Pronto Soccorso), **nei limiti del massimale annuo pari ad € 2.000,00**.

Le spese sostenute per prestazioni effettuate, in assistenza diretta, **in Struttura Sanitaria Convenzionata con la Centrale Salute**, saranno rimborsate integralmente, fermo restando il Massimale annuo di cui al presente articolo.

Qualora le prestazioni di cui sopra siano effettuate in una **Struttura Sanitaria Non Convenzionata con la Centrale Salute**, le spese sostenute dall'Associato saranno rimborsate da MBA con applicazione di **una quota di spesa a carico dell'Associato del 30%**, nei limiti del Massimale annuo di cui al presente articolo.

Qualora l'Associato effettui le prestazioni di cui al presente articolo ricorrendo al Servizio Sanitario Nazionale, la Mutua MBA provvede all'integrale Rimborso delle spese per i **ticket sanitari** fermo restando il massimale anno di cui sopra.

4.2.8. PACCHETTO MATERNITA'

MBA riconoscerà all'Associato e/o membro del Nucleo Familiare che sia in uno stato di gravidanza garantito dal presente sussidio, il rimborso di tutte le spese sanitarie sostenute per le seguenti prestazioni:

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

Le spese sostenute saranno rimborsate integralmente, sia se effettuate, in assistenza diretta, presso Struttura Sanitaria Convenzionata con la Centrale Salute sia se effettuate presso una Struttura Sanitaria Non Convenzionata con la Centrale Salute, fermo restando il Massimale annuo di cui al punto 4.2.9..

Analogamente, qualora l'Associato effettui le prestazioni di cui al presente articolo ricorrendo al Servizio Sanitario Nazionale, la Mutua MBA provvede all'integrale Rimborso delle spese per i ticket sanitari fermo restando il massimale anno di cui all' art. 4.2.9..

4.2.9. Massimale annuo di rimborsi erogabili

Il limite annuo garantito per le prestazioni di cui al precedente punto 4.2.8. **è pari ad €1.000,00 per Nucleo Familiare.**

4.2.10. CURE FISIOTERAPICHE A SEGUITO GRAVI MALATTIE

MBA provvede al rimborso delle spese per fisioterapia sostenute dall'Associato, sia presso strutture convenzionate che non convenzionate con la Centrale Salute (ivi comprese le strutture del S.S.N.), prettamente legate al verificarsi delle seguenti malattie rimborsabili ai sensi del presente Sussidio:

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:

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

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

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

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

5. Ustioni del 3° grado

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

Le spese sostenute saranno rimborsate con una **Quota di Spesa a carico dell'Associato pari al 30%, sia se effettuate, in assistenza diretta, presso Struttura Sanitaria Convenzionata con la Centrale Salute sia se effettuate presso una Struttura Sanitaria Non Convenzionata con la Centrale Salute**, fermo restando il Massimale annuo di cui al punto 4.2.11..

Analogamente, qualora l'Associato effettui le prestazioni di cui al presente articolo ricorrendo al Servizio Sanitario Nazionale, la Mutua MBA provvede all'integrale Rimborso delle spese per i **ticket sanitari** fermo restando il massimale anno di cui all' art. 4.2.11..

4.2.11. Massimale di rimborsi erogabili

Il limite per le prestazioni di cui al precedente punto 4.2.10. è **pari ad € 1.000,00 per Nucleo Familiare**.

4.2.12. CONSULENZA PSICOLOGICA SEGUITO GRAVI MALATTIE

MBA provvede, seguito il verificarsi delle malattie riportate nel precedente art. 4.2.11, al rimborso delle spese per consulenze psicologiche sostenute dall'Associato, con un limite di massimo **12 sedute ed un massimo € 30,00 per ciascuna seduta**.

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

4.2.13. PROTESI ORTOPEDICHE

La MBA provvede al rimborso integrale nei confronti dell'Associato delle spese sostenute dallo stesso per le protesi ortopediche nei limiti del **massimale annuo di € 2.000,00 per persona**.

4.3.: PREVENZIONE

4.3.1. PREVENZIONE DENTARIA

MBA provvede ad erogare, una volta l'anno, **UNA seduta di "ablazione tartaro"** da effettuarsi, **in assistenza diretta, presso una Struttura Sanitaria Convenzionata con la Centrale Salute**.

Le spese relative al servizio erogato verrà rimborsato al 100% (non è quindi previsto alcun rimborso delle spese sostenute dall'assistito nel caso di mancato utilizzo di strutture e/o medici convenzionati con la Mutua).

SEZIONE 4.4.: SOSTEGNO (valida solo per il Titolare del Sussidio)

4.4.1. PERDITA DI IMPIEGO

In caso di perdita del lavoro da parte **dell'Associato, Titolare del presente Sussidio**, per cause a lui non imputabili, la MBA rimborserà le spese successivamente elencate a condizione che l'Associato abbia un contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato (limite minimo: 16 ore settimanali) da almeno dodici mesi (conclusi) al momento della sottoscrizione del modulo di adesione alla Mutua e al presente Sussidio.

La presente garanzia verrà attivata qualora la perdita di lavoro sia conseguenza di uno dei casi sotto elencati:

1. procedura concorsuale di cui al R.D. del 16.03.1942 s.m.i. dell'Azienda/società/ente - datore di lavoro dell'Associato;

2. licenziamento per giustificato motivo oggettivo legato all'attività produttiva, il regolare funzionamento e/o l'organizzazione del lavoro dell'azienda/società/ente - datore di lavoro dell'Associato, in conformità alla Legge n. 604/1966 s.m.i.;
3. licenziamento conseguente a procedure di riduzione del personale (ivi compresa la procedura di riduzione di mobilità) in conformità alle norme vigenti in materia di licenziamenti collettivi.

In tutti i casi sopra elencati e a seguito di richiesta inoltrata dall'Associato, la MBA, potrà provvedere al rimborso delle seguenti spese debitamente quietanzate, anche qualora queste siano intestate a familiari ricompresi nel Nucleo Familiare e relativi a contratti già in essere al momento del licenziamento (per le cause sopra elencate):

- a) fatture per le utenze domestiche quali luce, acqua e gas successive (come periodo di consumo) al licenziamento stesso;
- b) retta mensile e/o spese per mensa dell'asilo nido, scuola materna e/o scuola primaria (istituti pubblici) del figlio/i dell'Associato;
- c) tassa sui rifiuti solidi urbani relativi all'abitazione di residenza dell'Associato;
- d) oneri condominiali relativi all'abitazione di residenza dell'Associato;
- e) canone di locazione dell'abitazione di residenza dell'Associato;
- f) rata del mutuo relativo all'abitazione di residenza dell'Associato.

La Mutua rimborserà le suindicate spese esclusivamente nelle uniche ipotesi in cui la perdita da lavoro possa essere ascrivibile ai casi di licenziamento sopra elencati ai num. 1, 2 e 3.

Condizione necessaria affinché la Mutua provveda al rimborso delle voci sopra elencate è che l'Associato, Titolare del Sussidio, abbia perso il lavoro subordinato per un **periodo non inferiore a 30 giorni consecutivi e che, quest'ultimo, comunichi l'evento con la necessaria documentazione entro il termine massimo di 60 giorni dal verificarsi del licenziamento, al fine di attivare la presente garanzia.**

Ad ogni modo la MBA rimborserà le spese sostenute dall'Associato a decorrere dal giorno del licenziamento stesso ed effettuate nell'arco massimo di 365 giorni.

Il rimborso avverrà per spese che siano state sostenute in Italia e nei limiti di **€ 300,00 al mese per un massimo di 12 mesi.**

4.4.2. Esclusioni

La presente garanzia non avrà efficacia qualora:

- il contratto di lavoro dell'Associato sia stipulato con società di intermediazione, somministrazione e fornitura di lavoro ad azienda/società/ente che effettui i licenziamenti di cui all'art. 4.4.1. nei confronti dell'Associato;
- per contratti di lavoro domestico;
- per contratti di lavoro a progetto;
- per contratti di lavoro autonomo anche se configurati da collaborazione coordinata e continuativa;
- per contratti di formazione, tirocinio, stage, apprendistato e inserimento al lavoro;
- per contratti stipulati con aziende/società/enti che compiano a qualsiasi titolo attività non lecite.

Saranno inoltre escluse dal rimborso, le spese sostenute in caso di:

- aspettativa;
- sospensione temporanea dal lavoro;
- forme di congedo temporaneo;
- assegnazione a Cassa Integrazione (tutte le forme);
- ricorso a contratti di solidarietà;
- cessazione del rapporto di lavoro durante o alla fine del periodo di prova contrattuale;
- dimissioni del lavoratore a qualsiasi titolo, anche concordate attraverso l'utilizzo di ammortizzatori sociali;
- raggiungimento dell'età pensionabile dell'Associato;
- scioglimento del rapporto contrattuale di lavoro per limiti di età dell'Associato;
- decesso dell'Associato;
- dimissioni per motivi di salute dell'Associato;
- i casi di licenziamento da azienda/società/ente che avesse avviato le procedure di cui al precedente art. 4.4.1., n. 1) almeno 90 giorni prima la sottoscrizione del Sussidio da parte dell'Associato;
- qualora il licenziamento sia stato concordato precedentemente la sottoscrizione del Sussidio, ma abbia i suoi effetti in corso di validità dello stesso.

In ogni caso non si potranno considerare rimborsabili le spese sostenute dall'Associato che abbia rinunciato alla reintegrazione al lavoro a seguito di decisione giudiziaria o arbitrale occorsa a seguito di ricorso contro il recesso esercitato dal datore di lavoro.

4.4.3. Carenze

La Mutua in nessun caso rimborserà le spese relative alla garanzia di cui all'art. 4.4.1. e seguenti sotto-articoli, qualora l'evento licenziamento sia avvenuto entro 90 (novanta) giorni dalla decorrenza del Sussidio.

4.4.4. CONTRIBUTO ECONOMICO PER PREMORIENZA

In caso di Premorienza **dell'Associato Titolare del sussidio**, la Mutua MBA riconosce il versamento in favore dei superstiti, facenti parte del Nucleo Familiare, di un'indennità complessiva pari ad **€ 30.000,00 a titolo di sostegno economico**.

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

Il sussidio economico è riconosciuto anche nel caso di assenza o morte presunta debitamente certificata tramite dichiarazione emessa dal Tribunale competente.

In caso di decesso i superstiti, al fine di ottenere il versamento dell'indennità di cui sopra, dovranno inviare alla Centrale Salute i seguenti documenti:

- modulo di richiesta (scaricabile nell'area riservata di MBA)
- copia del Certificato attestante l'avvenuto decesso del titolare del sussidio o dichiarazione di morte presunta e/o dichiarazione di assenza;
- dichiarazione sostitutiva del superstite ex art. 47 DPR 445/2000 (attestante la qualifica di superstite come sopra definito).

4.4.5. INVALIDITA PERMANENTE DA INFORTUNIO

La garanzia si attiva nei casi di invalidità permanente derivante da infortunio che **l'Associato, Titolare del Sussidio**, 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. 18, Sez. 3. (Esclusioni).

In caso di infortuni occorsi in occasione dello svolgimento di una delle attività di seguito elencate, le somme rimborsabili dalla MBA si intendono sin da ora ridotte del 25%:

- in cantieri, anche edili;
- su impalcature, tetti e ponteggi;
- in stalle, officine, porti, boschi e parchi.

Si precisa che, per l'erogazione della presente garanzia, è necessario che l'infortunio sia occorso durante la vigenza del presente Sussidio, fermo restando che, per i casi di invalidità permanente conseguente a infortuni occorsi prima della data di adesione al presente Sussidio, è da intendersi esclusa l'attivazione della presente garanzia (ex art. 17 Sez. 3.).

4.4.6. Grado di invalidità permanente e relativa indennità

Qualora l'infortunio abbia come conseguenza una invalidità permanente dell'Associato, totale o parziale, entro due anni dal giorno dell'infortunio (anche se nel frattempo la copertura è

scaduta), la Mutua, secondo la tabella di seguito riportata, eroga un contributo economico pari al valore in euro corrispondente al grado di percentuale accertata **fino ad un importo massimo di € 30.000,00 con una quota a carico dell'Assistito per i primi 5 punti percentuali.**

Grado % IP	Valore Contributo Economico €	Grado % IP	Valore Contributo Economico €	Grado % IP	Valore Contributo Economico €
1 - 5	Nessuna	35 - 39	4.800,00	70 - 74	16.800,00
6 - 9	360,00	40 - 44	5.400,00	75 - 79	19.200,00
10 - 14	600,00	45 - 49	6.000,00	80 - 84	23.100,00
15 - 19	1.200,00	50 - 54	7.200,00	85 - 89	24.000,00
20 - 24	2.400,00	55 - 59	9.600,00	90 - 94	26.400,00
25 - 29	3.000,00	60 - 64	12.000,00	95 - 99	30.000,00
30 - 34	4.200,00	65 - 69	14.400,00	100	30.000,00

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

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

una falange dell'altro dito della mano	1/3 del valore del dito
--	-------------------------

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

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

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

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

Falange ungueale dell'alluce	2,5%
------------------------------	------

Anchilosi:	Valori
Dell'anca in posizione favorevole	35%
Del ginocchio in estensione	25%
Della tibio-tarsica con anchilosi ad angolo retto con anchilosi della sottoastralgica	15%

Sordità completa:	Valori
Un orecchio	10%
Ambedue le orecchie	40%

Stenosi nasale assoluta:	Valori
Monolaterale	4%
Bilaterale	10%
Perdita anatomica di:	Valori
Un rene	15%
Della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%

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

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

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

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

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

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

Il massimale della presente garanzia è da intendersi come il massimo importo erogabile per l'intera durata del Sussidio a seguito di invalidità permanente che non potrà eccedere **il valore economico di € 30.000,00**.

SEZIONE 4.5.: LONG TERM CARE

4.5.1. LONG TERM CARE- riservata esclusivamente all'associato/ titolare del sussidio

La garanzia relativa alle cure denominata "Long Term Care", è **riservata esclusivamente all'Associato – titolare del sussidio** – e si attiva in relazione all'insorgenza, nel corso di validità del presente sussidio, di eventi impreveduti ed invalidanti dell'Associato stesso, derivanti sia da Infortunio che da Malattia, tali da comportare uno stato di non autosufficienza per il quale l'Associato non può svolgere autonomamente le attività elementari della vita quotidiana.

Altresì, ai fini dell'erogazione della presente garanzia, è necessario che lo stato di non autosufficienza sia conseguenza di infortunio e/o malattia occorsi/insorti durante la vigenza del presente Sussidio, fermo restando che per i casi di non autosufficienza conseguente a stati patologici manifestati, diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati prima della data della data di adesione al presente Sussidio è da intendersi esclusa l'attivazione della presente garanzia (ex art. 17 Sez. 3).

L'esclusione non opera una volta trascorsi tre anni di adesione ininterrotta al presente Sussidio, ricomprendendo dal quarto anno anche gli stati di non autosufficienza conseguenti a stati patologici diagnosticati, manifestati, sottoposti ad accertamenti o curati precedentemente al triennio di riferimento, **fermo restando che lo stato di non autosufficienza si sia manifestato nel periodo di validità del Sussidio e non prima della data di adesione**.

Lo stato di non autosufficienza verrà valutato secondo il criterio del punteggio (Art. 4.5.3.), ossia ad ognuna delle attività elementari della vita quotidiana verrà assegnato un punteggio da 0 a 10.

Un comitato medico incaricato dalla MBA valuterà lo stato dell'Associato in base alla richiesta dello stesso, corredata di tutta la documentazione necessaria:

- **modulo di richiesta di Rimborso**

(scaricabile nell'area riservata del sito della MBA o richiedibile alla Centrale Salute)

- **diagnosi e/o patologia**

certificato del medico curante attestante l'insorgere della non autosufficienza corredata dalla tabella dei punteggi (scaricabile dall'area riservata nel sito della MBA o richiedibile alla Centrale Salute) compilata dal medico curante

- **relazione medica sulle cause della perdita di autosufficienza**
- **documentazione sanitaria** (Cartelle Cliniche, relazioni mediche, accertamenti diagnostici utili alla valutazione del quadro clinico)
- ogni altro documento che risulti necessario per attestare l'insorgenza dello stato di non autosufficienza.

L'Associato deve fornire tutte le informazioni relative al proprio stato di salute e si assume la responsabilità della veridicità delle dichiarazioni rese.

Il comitato medico, eventualmente avvalendosi della consulenza tecnico-specialistica ritenuta necessaria, esaminerà e valuterà tempestivamente la documentazione ricevuta entro e non oltre un (1) mese dalla data di ricevimento della documentazione completa richiesta.

L'accertamento con esito positivo dello stato di non autosufficienza dà diritto, a decorrere dalla data della richiesta derivante dallo stato di non autosufficienza, al Rimborso di tutte le spese sanitarie e assistenziali sostenute (nel caso di pagamento in forma diretta si rimanda all'art. 4.5.4.), strettamente collegate allo stato di non autosufficienza, entro un **limite massimo di € 200,00** per singolo mese di riferimento delle spese.

Le prestazioni di cui sopra saranno garantite dalla MBA, permanendo lo stato di non autosufficienza, per un periodo di **36 mesi** successivi al giorno di validazione dello stato di non autosufficienza, o al minor tempo intercorso qualora dovesse venir meno per qualsivoglia motivo lo stato stesso.

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

In ogni caso, lo stato di non autosufficienza è soggetto a verifica e revisione ogni 12 mesi o a intervalli più frequenti qualora il comitato medico lo reputi opportuno.

Pertanto, la MBA avrà diritto di richiedere accertamenti medici che attestino la permanenza dello stato di non autosufficienza e qualora l'accertamento evidenzi il recupero della autosufficienza, comunicherà all'assistito la sospensione ovvero la revoca definitiva delle prestazioni, con diritto al Rimborso delle eventuali somme erogate dopo la data del recupero dell'autosufficienza.

La MBA in ogni caso ha la facoltà di sottoporre l'Assistito, eventualmente alla presenza del suo medico curante, sia a controlli presso la sua residenza/domicilio/dimora e sia ad esame da parte di un Medico a scelta di MBA. La Mutua potrà inoltre richiedere l'invio di ogni documento che ritenga necessario per valutare lo stato di salute dell'Assistito.

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

La MBA ha facoltà di richiedere certificazione di esistenza in vita dell'Assistito con cadenza annuale.

Art. 4.5.2. Definizione dello stato di non autosufficienza

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

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

Per ognuna di queste attività la MBA, sulla base di una valutazione del Comitato Medico, accerta il grado di autonomia della persona e assegna un punteggio secondo una tabella di valutazione, riconosciuta idonea a tale valutazione dalla MBA e frequentemente utilizzato in Italia per tale valutazione.

Lo stato di non autosufficienza è riconosciuto qualora la somma dei punteggi sia uguale o superiore a 40 punti.

Art. 4.5.3. Tabella Punteggi

(Tabella per l'accertamento dello stato di non autosufficienza)

Lavarsi

1° grado

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

2° grado

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

3° grado

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

Vestirsi e svestirsi

1° grado

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

2° grado

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

3° grado

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

Igiene personale

1° grado

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

(1) andare al bagno

(2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi

(3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno:

punteggio 0

2° grado

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

3° grado

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

Mobilità

1° grado

l'Assistito è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza assistenza di terzi:

punteggio 0

2° grado

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

punteggio 5

3° grado

l'Assistito necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi:

punteggio 10

Continenza

1° grado

l'Assistito è completamente continente:

punteggio 0

2° grado

l'Assistito presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno:

punteggio 5

3° grado

l'Assistito è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come pannoloni, catetere o colostomia:

punteggio 10

Alimentazione

1° grado

l'Assistito è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti:

punteggio 0

2° grado

l'Assistito necessita di assistenza per 1 o più delle seguenti attività:

- sminuzzare/tagliare i cibi;
- sbucciare la frutta;
- aprire contenitore/una scatola;
- versare bevande nel bicchiere:

punteggio 5

3° grado

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

punteggio 10.

4.5.4. Modalità di attivazione garanzia in forma diretta

Fermo restando quanto sopra previsto, la MBA mette a disposizione degli Associati un network di strutture e di professionisti convenzionati a cui poter accedere per le prestazioni previste dalla presente Sezione "Long Term Care".

In particolare, l'Associato, una volta accertato lo stato di non autosufficienza sulla base dei criteri determinati dall'art. 4.5.3., potrà richiedere l'erogazione in forma diretta delle prestazioni di assistenza (quali ad esempio, infermiere, fisioterapista, badante, così come accertamenti, cure e Ricoveri riconducibili e strettamente collegati allo stato di non autosufficienza concordati tra l'Associato o un suo delegato o il medico curante e la Centrale Salute), nei limiti del Massimale di cui all'art. 4.5.1., comunicandolo alla Centrale Salute le procedure specificamente previste e consultabili nell'area riservata del portale MBA.

Pertanto, qualora l'Associato decida di avvalersi di una struttura e/o professionista convenzionato e di richiedere l'erogazione in forma diretta delle prestazioni della presente Sezione, la MBA procederà a rimborsare direttamente alla struttura/professionista le spese per le prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali erogate ed espressamente autorizzate dalla Centrale Salute, nei limiti previsti dall'art. 4.5.1..

Ad ogni modo la struttura sanitaria e/o il professionista convenzionata/o, non potranno in nessun caso promuovere azione di rivalsa nei confronti dell'Associato, fatto salvo per tutti i casi di crediti relativi a spese non previste ai sensi del presente Regolamento, per la parte eccedente il Massimale di Rimborsi previsti oppure per tutte le spese non espressamente autorizzate dalla Centrale Salute.

SEZIONE 5.: SERVIZI AGGIUNTIVI DELLA CENTRALE SALUTE

5.1. ASSISTENZA H24

5.1.1. PRESTAZIONI EROGATE PER L'ASSISTENZA H24

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

5.1.2. CONSULENZA MEDICA TELEFONICA

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

5.1.3. INVIO DI UN MEDICO AL DOMICILIO

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

dopo l'accertamento tramite un primo contatto telefonico del suo medico di guardia, ad inviare gratuitamente uno dei propri medici convenzionati.

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

5.1.4. INVIO AMBULANZA (VALIDITA' TERRITORIALE ITALIA)

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

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

Non danno luogo alla prestazione i trasporti per terapie continuative.

5.1.5. - In caso di necessità

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

5.1.6. - La Centrale per l'assistenza H24

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

5.1.7. - Rischi esclusi per la garanzia assistenza H24.

Per tutte le garanzie esposte nel precedente Art. 5.1. (Assistenza H24) e successivi sotto-articoli, è escluso ogni rimborso, prestazione, conseguenza e/o evento derivante direttamente od indirettamente da:

- a) Cause ed eventi non adeguatamente documentati.*
- b) Comportamenti illeciti o dolosi, sia compiuti che tentati dall'Associato; suicidio o tentato suicidio.*
- c) Malattie mentali, stati d'an sia, stress e depressione, disturbi psichici in genere e nevrosi, nonché sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS); reazione psicologica derivante*

dalla paura (ad es. di un atto di guerra, insurrezione popolare, atto di terrorismo, incidente aereo).

- d) *Intossicazioni, malattie ed infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcolici e di psicofarmaci, nonché dall'uso non terapeutico di allucinogeni e stupefacenti.*
- e) *Malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche croniche e preesistenti alla data di inizio della copertura e note all'Associato.*
- f) *Malattie dipendenti dalla gravidanza, oltre la 26ma settimana di gestazione.*
- g) *Infortuni derivanti da atti di temerarietà o attività sportive pericolose (a titolo esemplificativo e non esaustivo: alpinismo, trekking oltre i 2500 metri, salti dal trampolino con sci o idro-sci, guida e uso di guidoslitte e bob, deltaplano, parapendio, immersione con autorespiratore, speleologia, pugilato, canoa e rafting, concorsi di equitazione, caccia e tiro, hockey su ghiaccio, sci fuoripista, rugby, football americano, bungee-jumping, atletica pesante e lotta nelle sue varie forme).*
- h) *Infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale o dilettantistico o inerenti a partecipazioni a gare.*
- i) *Missioni di lavoro che prevedano lo svolgimento di attività prevalentemente di natura manuale e/o manifatturiera e/o con l'ausilio di strumenti e macchinari meccanici o industriali.*
- j) *Pratica venatoria; possesso di armi e munizioni, ancorché provvisti di apposite licenze e autorizzazioni.*
- k) *Viaggi intrapresi allo scopo di sottoporsi a trattamenti medico-chirurgici, estetici o riabilitativi.*
- l) *Viaggi intrapresi in zone dove vi sia lo sconsiglio a viaggiare del Ministero degli Esteri; viaggi estremi in zone remote raggiungibili solo con mezzi speciali o dove persistano situazioni di conflitto armato, ostilità, guerra, guerra civile, ribellione, rivoluzione, insurrezione e sommosse, legge marziale, usurpazione del potere.*
- m) *Atti di sabotaggio, vandalismo o terrorismo in genere, compreso l'utilizzo di ogni tipo di ordigno nucleare o chimico.*
- n) *Eventi derivanti da fenomeni di trasmutazione dell'atomo, radiazioni ionizzanti o contaminazione radioattiva o da contaminazione chimico- biologica o batteriologica, inquinamento dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da qualsiasi danno ambientale.*
- o) *Catastrofi naturali ed altri sconvolgimenti della natura.*
- p) *Pandemia, se definita come tale dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).*

5.2. CONVENZIONE CONSERVAZIONE CELLULE STAMINALI

Per tutto il corso di validità del presente Sussidio, l'Associato avrà a disposizione a costi agevolati la possibilità di usufruire della convenzione stipulata tra la Centrale Salute e la Società StemWay Biotech Limited con sede italiana a Roma in via Flaminia 338.

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

5.2.1. Crio - conservazione delle cellule staminali del cordone ombelicale.

Gli standard qualitativi utilizzati dalla StemWay Biotech nel testare, processare e preparare i campioni, sono tra i più severi e moderni disponibili. La qualità del processo di separazione delle cellule dal plasma e la specifica curva di crio-conservazione elaborata dai ricercatori dei loro laboratori sono in grado di offrire la più elevata garanzia di conservazione.

Le cellule staminali vengono così conservate, suddivise in più lotti, al fine di eliminare i rischi da perdita totale del campione a causa di eventi catastrofici.

Tutti i laboratori hanno ottenuto i più severi accreditamenti internazionali (GMP-ISO17025) e garantiscono il medesimo elevato livello di qualità e di sicurezza.

I laboratori utilizzati da StemWay Biotech possono, inoltre, offrire servizi di amplificazione e coltura cellulare secondo i più rigorosi e moderni standard scientifici internazionali, puntando a divenire il punto di riferimento per gli sviluppi della medicina rigenerativa.

5.2.2. Informazione scientifica.

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

Al fine di garantire l'assoluta correttezza etica e scientifica di tutte le attività della società, StemWay Biotech è l'unico operatore del settore che prevede, tra i propri organi sociali, un Comitato Etico indipendente.

Questo perché un completo e oggettivo supporto informativo scientifico, che già costituisce il fondamento della serenità di ciascun paziente, nell'ambito di un settore così innovativo, quale quello delle cellule staminali, deve rappresentare un valore insostituibile.

5.2.3. Consulenza medica.

StemWay BIOTECH non vuole limitarsi, quindi, alla sola conservazione delle cellule staminali, ma vuole essere il centro di competenze scientifiche e mediche unico ed ideale per ogni ulteriore esigenza che possa maturare a conservazione avvenuta.

Qualora nel corso del periodo di stoccaggio dovesse presentarsi una patologia per la quale la disponibilità di proprie cellule staminali possa consentire l'utilizzo di un trattamento o di una terapia a base di staminali, StemWay BIOTECH potrà assicurare la migliore assistenza nella selezione, a livello internazionale, dei professionisti, degli ospedali e delle cliniche più avanzate supportando, se richiesto, la struttura sanitaria che ha in cura il paziente.

Inoltre StemWay BIOTECH si prenderà cura del trasporto dei campioni presso la struttura sanitaria indicata dai Genitori, supportando gli stessi, attraverso il proprio personale tecnico, nel coordinamento di tutte le complesse attività terapeutiche.

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