



mutua basis assistance

“Sussidio SENIS 1.0”

Valido dal 1° Gennaio 2015

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	7
Sezione 4.1: Garanzie ospedaliere	10
Sezione 4.2: Garanzie extraospedaliere	13
Sezione 4.3: Altre garanzie	14
Sezione 5: Norme relative ai servizi aggiuntivi della Centrale Salute	18
Sezione 6: Modalità di erogazione delle prestazioni	21

Sezione 1: Definizioni

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.

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 fornisce le sue prestazioni agli Associati.

Ciclo di Cura: insieme delle prestazioni effettuate, con un intervallo di tempo massimo di 15 giorni fra una prestazione e l'altra, che siano in ogni caso riconducibili al medesimo evento ed effettuate complessivamente entro sei mesi dall'evento medesimo.

Convalescenza: periodo di tempo successivo ad un ricovero, prescritto dai medici che hanno curato l'Associato, necessario per la guarigione clinica, ovvero per la stabilizzazione dei postumi permanenti, durante il quale l'Associato è

costretto al riposo assoluto presso il proprio domicilio.

Day hospital: la degenza in istituto di cura che non comporti il pernottamento, documentata da cartella clinica, finalizzata all'erogazione di trattamenti terapeutici e/o chirurgici.

Difetto fisico o malformazione: alterazione, mancanza o imperfezione di un organo o di un apparato, anche di natura congenita.

Evento: l'insorgenza della malattia o l'accadimento dell'infortunio garantite ai sensi del presente Sussidio Sanitario.

Emergenza: il verificarsi di un evento improvviso e imprevedibile che necessiti di una decisione e un intervento urgente.

Gessatura: l'apparecchiatura per l'immobilizzazione di una o più articolazioni, ottenuta con bende gessate oppure con fasce rigide od apparecchi ortopedici immobilizzanti, applicabile e rimuovibile unicamente da personale medico o paramedico, limitatamente al trattamento o riduzione di una frattura radiograficamente accertata.

Grande Intervento chirurgico: intervento terapeutico o diagnostico realizzato tramite cruentazione dei tessuti, mediante l'uso di strumenti chirurgici nonché diatermocoagulazione, tecnica chirurgica con laser o crioterapia come indicati nell'apposito elenco nel presente Sussidio.

Infortunio: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che provochi lesioni fisiche obiettivamente constatabili e documentate da specifico referto di Pronto Soccorso di Struttura Sanitaria Pubblica (attestante le circostanze dell'evento, le cause e le conseguenze dell'evento).

Infortunio odontoiatrico: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che provochi lesioni fisiche oggettivamente constatabili all'apparato dentale inteso come insieme di arcate gengivo-dentarie, che siano documentate da specifico referto di Pronto Soccorso di Struttura Sanitaria Pubblica (attestante le circostanze dell'evento, le cause e le conseguenze dell'evento) e che abbiano dato luogo ad un ricovero per un periodo non inferiore a 48 ore.

Insorgenza: epoca in cui ha inizio la malattia, anche asintomatica e/o non diagnosticata.

Intervento chirurgico: l'atto medico, con diretta finalità terapeutica, cruento, realizzato mediante l'uso di strumenti chirurgici e/o idonee apparecchiature. 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, le cliniche aventi finalità di custodia o educative.

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

Malattia Oncologica: malattia insorta per la presenza di neoplasia maligna. Sono altresì considerate malattie oncologiche le leucemie e il morbo di Hodgkin.

Manifestazione: epoca in cui si manifesta la malattia con sintomi oggettivi,

indipendentemente dalla diagnosi della stessa.

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

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

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

Pratica: l'insieme di tutti i documenti relativi all'evento per il quale è erogato il sussidio nei termini del presente Regolamento.

Preso in Carico: documento che la Centrale Salute, a seguito di richiesta dell'Associato e previa valutazione dell'operatività di quanto previsto nel presente Sussidio, invia ai Centri convenzionati per l'accesso alle prestazioni forma diretta, nei limiti di quanto previsto dal regolamento del sussidio.

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

Ricovero: la degenza comportante pernottamento in istituto di cura, documentata da cartella clinica, finalizzata all'erogazione di trattamenti terapeutici o chirurgici. Il day hospital, le cure ed i trattamenti anche chirurgici, ambulatoriali, le visite ambulatoriali anche se in Istituto di Cura, non sono considerati ricovero.

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

Stato di "non autosufficienza": stato della 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, secondo la tabella dei punteggi (vd. Tabella dei punteggi), qualora validato dalla commissione medica.

Stato patologico: ogni alterazione dello stato di salute conseguente a malattia o ad infortunio.

Strutture dedicate alla Long Term Care: sono le strutture sanitarie idonee ad erogare prestazioni relative allo stato di non autosufficienza; a titolo esemplificativo: residenze socio assistenziali (RSA) private e pubbliche, strutture di riabilitazione e lungodegenza, strutture atte a dare assistenza domiciliare di tipo infermieristico e/o servizi socio assistenziali, quali ad esempio, badanti, piccoli aiuti domestici, commissioni, interventi ausiliari personalizzati, ecc.

Sussidio: la prestazione oggetto del regolamento.

Tabella dei punteggi: è lo schema di identificazione delle attività della vita quotidiana che vengono valutate dal comitato medico e alle quali la stessa attribuisce un punteggio da 0 a 10 al fine di determinare lo stato di non autosufficienza.

Validazione: è l'operato del comitato medico atto a constatare lo stato di non autosufficienza secondo la tabella dei punteggi e qualsiasi altra documentazione necessaria; a seguito della validazione dello stato di non autosufficienza e al perdurare dello stesso per almeno 90 giorni, si attiva il Sussidio Long Term Care.

La validazione può essere rivalutata periodicamente in base allo stato dell'Associato e alle richieste di rimborso presentate alla Mutua MBA.

Sezione 2: Norme Generali che regolano il Sussidio

Art. 1 - Persone Associate

Le prestazioni garantite dal presente Sussidio sono prestate in favore dell'Associato nominativamente indicato nel modulo di adesione con il quale lo stesso ha aderito al presente Regolamento aggiuntivo.

Art. 2 - 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 il coniuge o il convivente more uxorio, identificato al momento della sottoscrizione, per le garanzie che prevedano benefici per gli stessi. Indicando il nominativo del proprio coniuge o convivente, l'Associato autocertifica il rispetto dei requisiti dello stesso per beneficiare degli eventuali Sussidi/Servizi. Viene altresì considerato nucleo ai sensi del presente regolamento l'unione civile di due persone maggiorenni e capaci, anche dello stesso sesso, unite da reciproci vincoli affettivi, che convivono stabilmente e si prestano assistenza e solidarietà materiale e morale, non legate da vincoli di matrimonio, parentela in linea retta entro il primo grado, affinità in linea retta entro il secondo grado, adozione, affiliazione, tutela, curatela o amministrazione di sostegno. L'esercizio dei diritti e delle facoltà previsti dal presente regolamento presuppongono l'attualità della convivenza. Per la sottoscrizione di tali soggetti, sarà necessario fornire all'atto della domanda di ammissione, tutta la documentazione utile alla disamina del caso da parte della MBA.

E' altresì necessario comunicare tempestivamente alla Mutua eventuali modificazioni del nucleo familiare e/o eventuali sopravvenienze in corso di validità del Sussidio.

Art. 3 Validità del sussidio

Qualora il presente sussidio ed il relativo contributo aggiuntivo operino in regime di Convenzione, la validità di quest'ultima costituisce conditio sine qua non della validità del sussidio stesso.

Pertanto la cessazione, per qualsiasi ragione, della Convenzione sottostante, determinerà automaticamente la cessazione del presente sussidio alla sua prima scadenza annuale.

Art. 4 - Dichiarazioni e comunicazioni dell'Associato

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

Art. 5 - 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. 6 - Pagamento del contributo e decorrenza del sussidio

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

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

Art. 7 - Comunicazioni e modifiche

Le eventuali comunicazioni inerenti il rapporto associativo (o eventuali variazioni, integrazioni al presente Sussidio Sanitario) avverranno nelle modalità indicate e concordate, al momento della adesione al Sussidio (Domanda di Adesione).

Art. 8 - Persone non garantite e risoluzione del contratto

Non possono essere garantite con il presente Sussidio le persone affette da dipendenza da sostanze psicoattive (alcool, stupefacenti, allucinogeni, farmaci, sostanze psicotrope), sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), siero positività da H.I.V., da Parkinson, nonché le persone affette dalle seguenti infermità: schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoidei, altre infermità mentali caratterizzate da sindromi organiche cerebrali, salvo i casi espressamente derogati dal presente regolamento per i figli del titolare dello stesso. L'insorgenza di tali affezioni costituisce causa di risoluzione immediata del contratto.

Art. 9 - 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.

Inoltre ogni massimale o sub-massimale indicato è da intendersi unico e complessivo sia per il Titolare Associato che per il Coniuge o convivente (ove sia stata scelta la Formula Nucleo), salvo casi

specifici dove viene espresso diversamente nelle singole garanzie.

Art. 10 - 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 (ove previsto nelle specifiche garanzie).

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

- a) in caso di ciclo di cura (v. definizione) relativo al medesimo evento, la quota di spesa a carico è da intendersi applicata per l'insieme delle prestazioni relative al ciclo di cura;
- b) in caso di prestazioni legate al medesimo evento (v. definizione), 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;
- c) in entrambi i casi di cui alle lettere a) e b), 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 rientranti nel relativo massimale;
- d) in ogni caso, per l'applicazione di una sola quota di spesa, 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. a) e b). Se le richieste (di rimborso o di autorizzazione in forma diretta), vengano invece presentate singolarmente ed in momenti diversi, verrà applicata in ogni caso una quota di spesa a carico per ogni singola prestazione.

Art. 11 - Risoluzione delle Controversie

A fronte di ogni eventuale controversia che dovesse insorgere tra l'Associato e la Mutuo 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 Roma.

Art.12 - 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. 13 - Termini di Aspettativa (Carenze)

Fermo quanto previsto all'Art. 7 delle Norme Generali, disciplinante il giorno di effetto del Sussidio, le garanzie decorrono:

- per gli infortuni e l'aborto post-traumatico, dalle ore 24 del giorno di effetto del Sussidio;
- per le malattie improvvise insorte dopo il 30° giorno successivo a quello di effetto del Sussidio;
- per le conseguenze di stati patologici non conosciuti dall'Associato ma insorti anteriormente alla data di effetto del sussidio: 180° giorno successivo a quello in cui ha effetto il Sussidio;

per il parto dal 300° giorno successivo a quello di effetto del Sussidio.

- per le malattie dipendenti da gravidanza: dal 60° giorno successivo a quello di effetto del Sussidio, a condizione che la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo all'effetto del Sussidio stesso.

Art. 14 - Esclusioni

Sono esclusi dal presente Sussidio Sanitario (salvo non sia diversamente previsto nelle specifiche garanzie), i seguenti casi e prestazioni:

- tutte le prestazioni conseguenti a infortuni avvenuti anteriormente alla data di adesione al presente Sussidio
- tutte le prestazioni conseguenti a malattie insorte o manifestatesi precedentemente alla data di adesione al presente Sussidio, e da presumersi come "conosciute" dall'Associato.
- le prestazioni non corredate da diagnosi o da prescrizione medica;
- gli infortuni non documentati da referto di Pronto Soccorso di Struttura Sanitaria Pubblica;
- le prestazioni e le cure odontoiatriche e ortodontiche, a meno che non siano conseguenza di infortuni odontoiatrici documentati da referto di Pronto Soccorso di Struttura Sanitaria Pubblica e che abbiano dato luogo ad un ricovero di durata non inferiore a 48 ore;
- le protesi dentarie, anche in caso di infortunio rimborsabile ai sensi del presente Sussidio Sanitario;
- le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo nonché i vaccini;
- la cura delle malattie professionali, così come definite dal D.lgs. N. 38 del 2000 e successive modifiche e/o integrazioni;
- Suicidio e tentato suicidio;
- conseguenze dirette e/o recidive di infortuni, i difetti fisici, le malformazioni, stati patologici e malattie, già manifestate, diagnosticate, curate e comunque note all' Associato all'adesione al presente Sussidio.
- infortuni o malattie derivanti da dolo dell'Associato;
- infortuni o malattie dovute a mancato ricorso internazionale a cure mediche;
- le malattie e i disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici, nonché la psicoterapia e/o altre prestazioni terapeutiche relative a depressione, stati d'ansia o paranoidi, anoressia, bulimia, ecc.;
- le prestazioni sanitarie e le cure aventi finalità estetica, salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva resi necessari da malattia o infortunio indennizzabile, purché effettuate nel 360 giorni successivi all'intervento e comunque durante la validità del sussidio;
- le prestazioni, le terapie e le cure non riconosciute dalla medicina ufficiale, quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, quelle omeopatiche, fitoterapiche, l'agopuntura, nonché quelle effettuate da medici o paramedici non abilitati all'esercizio dell'attività professionale;
- i farmaci non riconosciuti dalla Farmacopea Ufficiale;
- le prestazioni erogate da medici o paramedici abilitati che non siano in possesso di specializzazione medica pertinente con la medesima prestazione erogata;
- le prestazioni e cure di dietologia e le cure termali;
- le prestazioni sanitarie e le cure per infertilità, sterilità, fecondazione

assistita e simili, impotenza, salvo espressamente derogato;

- l'aborto volontario non terapeutico;
- day hospital, ricoveri o qualsiasi altra prestazione avente finalità diagnostica o di check-up;
- 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;
- gli infortuni conseguenti a reati o ad azioni dolose compiute o tentate dall'Associato. Sono compresi nella garanzia quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche gravi dell' Associato stesso;
- gli infortuni conseguenti ad assunzione di sostanze psicoattive (stupefacenti, farmaci, sostanze psicotrope), assunte non a scopo terapeutico; infortuni causati dallo stato di ebbrezza o di ubriachezza;
- le malattie correlate all'abuso di alcool o al consumo di stupefacenti e sostanze psicotrope, assunte non a scopo terapeutico;
- gli infortuni conseguenti alla pratica di:
 - o sport a livello professionale (gare, prove e allenamenti) o comunque remunerato in modo diretto e/o indiretto;
 - o sport aerei in genere (tra cui il volo da diporto o sportivo – deltaplani, ultraleggeri, paracadutismo, parapendio)
 - o sport che prevedano l'uso di veicoli o natanti a motore e che non siano di regolarità pura;
 - o immersioni subacquee con autorespiratore (qualora l'Associato non sia in possesso di idoneo brevetto di

attività subacquee), equitazione, hockey a rotelle e su ghiaccio, rugby, football americano, alpinismo oltre il 3° grado della scala di Monaco o effettuato in solitaria, speleologia, scalata di roccia o di ghiaccio, arrampicata libera (free climbing) pugilato, atletica pesante, lotta nelle varie forme, arti marziali in genere, guidoslitta, bungee jumping, slittino, bob, skeleton, discesa nei tratti montani dei fiumi e torrenti (torrentismo, hydrospeed, rafting, canyoning), motonautica, navigazione in mare in solitaria, kite surfing, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, sci d'alpinismo, sci estremo e/o fuoripista.

- gli infortuni subiti in qualità di passeggero durante i viaggi aerei diversi dai regolari voli di linea;
- gli infortuni occorsi durante la guida di veicoli o natanti causati da crisi epilettiche dell'Associato;
- gli infortuni occorsi alla guida di veicoli o natanti se l'Associato non è abilitato a norma delle disposizioni in vigore. Tuttavia è compreso l'infortunio subito dall'Associato che guidi con patente scaduta e non ancora rinnovata, purché in possesso, al momento dell'evento, dei requisiti per il rinnovo;
- gli infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizi resi in corpi militari;
- gli infortuni subiti sul lavoro in miniera, in cava (anche a cielo aperto), in lavori subacquei o in mare aperto, alla guida di mezzi di locomozione aerei;
- 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;

- le conseguenze di guerre dichiarate e non, insurrezioni;
- le conseguenze di inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche, movimenti tellurici, salvo che l'Associato sia rimasto vittima di tali eventi all'estero;
- Le spese sostenute per ricovero presso strutture non autorizzate.
- 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. 15 - Rinuncia all'azione di surroga

Limitatamente alle prestazioni conseguenti ad infortunio, si conviene che, nel caso l'evento sia imputabile a responsabilità di terzi, la Mutua rinuncia al diritto di surroga verso i terzi responsabili.

Art. 16 - Sottoscrizione di più Sussidi

Qualora l'Associato abbia sottoscritto con la MBA un Sussidio che preveda il rimborso/indennizzo di spese e/o indennità in più di un Sussidio, L'Associato avrà diritto al rimborso/indennizzo del maggior importo dovuto dalla MBA per uno solo dei Sussidi sottoscritti per la specifica garanzia.

Art. 17- Limiti territoriali

Le garanzie, nei limiti stabiliti dal presente Regolamento, sono valide in tutto il mondo, salvo espresse deroghe previste nelle singole garanzie. In ogni caso, i rimborsi e spettanti saranno erogati in valuta avente corso legale in Italia.

Art. 18- Durata del sussidio e tacito rinnovo

Il presente Sussidio ha durata di un anno decorrente dal giorno di cui all'art. 6. In mancanza di comunicazione di non rinnovo, ricevuta mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza, il Sussidio Sanitario s'intenderà rinnovato, di anno in anno, a fronte del relativo pagamento del contributo associativo e delle quote associative previste.

Art. 19 - Variazioni del nucleo familiare in corso di anno: inclusione/esclusione assistiti

Qualora sia prevista l'inclusione del Nucleo Familiare (v. Sez. 2, Art. 2), l'Associato deve comunicare immediatamente le variazioni del proprio stato familiare alla MBA in forma scritta.

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 così inclusi, i termini di aspettativa di cui all'art. 13 (Carenze), decorrono dal giorno di inclusione dei nuovi Assistiti.

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

In ogni caso, i rimborsi e gli indennizzi spettanti saranno erogati in valuta avente corso legale in Italia.

SEZIONE 4.1.: GARANZIE OSPEDALIERE

4.1.1 Ricoveri con intervento chirurgico in Struttura Sanitaria Convenzionata

La Mutua MBA in caso di ricovero con intervento chirurgico, reso necessario da malattia o infortunio che risultino compresi nei termini del presente Sussidio, e solo se effettuato in una Struttura Sanitaria Convenzionata con la Centrale Salute provvede ad indennizzare le seguenti spese inerenti il ricovero:

1) Prima del ricovero, nei 30 giorni precedenti il ricovero (nei limiti di un sub massimale annuo di € 750,00 per Associato da intendersi quale sub-massimale unico e comprensivo anche delle spese post ricovero):

- visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici, compresi onorari medici, effettuati nei 30 giorni precedenti il ricovero.

2) 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 sala operatoria e materiale di intervento (ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento);
- assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami;
- rette di degenza, nel limite di € 100,00 al giorno, ad esclusione delle spese alberghiere e dei servizi non sanitari in genere;

3) Dopo il ricovero, nei 30 giorni successivi alla data di dimissione dal ricovero (nei limiti di un sub massimale annuo di € 750,00 per Associato da intendersi quale sub-massimale unico e comprensivo anche delle spese pre ricovero):

- esami di laboratorio ed accertamenti diagnostiche, visite specialistiche;
- prestazioni mediche, trattamenti fisioterapici o rieducativi (e acquisto di medicinali necessari a seguito del ricovero, con prescrizione medica);
- cure termali prescritte a seguito del ricovero (escluse le spese alberghiere);

La Mutua MBA, in caso di ricovero con intervento chirurgico in Struttura sanitaria Convenzionata con la Centrale Salute, provvederà ad indennizzare le spese di cui sopra, senza applicazione di alcuna quota di spesa a carico dell'Associato, fermo restando il sub massimale per evento pari ad € 5.000,00 e nei limiti del massimale annuo di cui al successivo punto 4.1.6.

La presente garanzia, pertanto, sarà attivata solo nel caso in cui l'Associato si avvalga di una struttura Sanitaria Convenzionata.

4.1.2. Ricovero con intervento Chirurgico in Struttura Sanitaria non Convenzionata.

Nel caso in cui il ricovero con intervento chirurgico, reso necessario a seguito di malattia o infortunio, venga effettuato in una struttura non convenzionata con la Centrale Salute, la MBA provvederà all'indennizzo delle spese attraverso **l'erogazione di una diaria giornaliera di € 50,00 per un massimo annuo di 30 giorni.**

La diaria giornaliera verrà corrisposta a partire dal terzo giorno di ricovero, ad esclusione del giorno delle dimissioni, non incluso nel conteggio dei giorni.

4.1.3. Ricovero senza intervento chirurgico

In caso di ricovero, senza intervento chirurgico, reso necessario da malattia o infortunio, effettuato in Struttura Sanitaria Convenzionata o non Convenzionata, la Mutua MBA provvederà all'indennizzo delle spese sostenute dall'Associato attraverso l'erogazione di una diaria giornaliera di **€ 50,00 per un massimo annuo di 30 giorni**.

La diaria giornaliera verrà corrisposta a partire dal terzo giorno di ricovero, ad esclusione del giorno delle dimissioni, non incluso nel conteggio dei giorni.

4.1.4. Grandi Interventi Chirurgici

Per il ricovero dell'Associato, in una struttura sanitaria convenzionata o non convenzionata con la Centrale Salute, per un "Grande Intervento Chirurgico" (secondo il solo elenco riportato nel successivo punto 4.1.5: "Elenco dei Grandi Interventi Chirurgici") reso necessario a seguito di malattia o infortunio, la MBA **indennizzerà, nei limiti del sub massimale per evento di € 15.000 e fermo restando il massimale annuo indicato al successivo punto 4.1.6.**, le spese sostenute dall'Associato per il complesso delle prestazioni così come elencate al punto 4.1.1..

4.1.5. Elenco Grandi interventi Chirurgici

Cardiochirurgia

- Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione
- Sostituzione valvolare multipla
- Interventi per malformazioni del cuore o dei grossi vasi
- Asportazione corpi estranei o tumori del cuore

Chirurgia Vascolare

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

Neurochirurgia

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

Chirurgia Toracica

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

Chirurgia Generale

- Esofagectomia totale

- Gastrectomia totale con linfadenectomia
- Esofago-gastrectomia per via toraco-laparotomica
- Anastomosi porta-cava o spleno-renale o mesenterica-cava
- Pancreaticoduodenectomia radicale
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari
- Colectomia totale con linfadenectomia
- Amputazione del retto per via addomino-perineale o addomino-sacrale

Chirurgia Otorinolaringoiatrica e Maxillo-Facciale

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

Chirurgia Urologica

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

Trapianti d'organo

- Tutti

4.1.6 Massimale annuo di rimborsi erogabili per le prestazioni di cui ai punti 4.1.1, 4.1.4. e 4.1.5.

Il garantito massimale annuo erogabile di sussidi per il complesso degli eventi indicato dal punto 4.1.1. al punto 4.1.3. della presente sezione è pari alla **somma annua complessiva di € 50.000,00**, per il singolo Associato (Formula Single) o per l'intero nucleo, così come definito all'art. 2, sez. 2 "Norme Generali che regolano il Sussidio", se è stata scelta la Formula Nucleo.

Solo nel caso di Grande Interventi Chirurgici di cui ai punti 4.1.4. e 4.1.5. il massimale si intende **complessivamente elevato ad € 100.000,00** annui per Associato se è stata scelta la Formula Single o per il per l'intero nucleo, così come definito all'art. 2, sez. 2 "Norme Generali che regolano il Sussidio", se è stata scelta la Formula Nucleo.

Inoltre, nel caso di Grande Intervento Chirurgico, il sub-massimale per le prestazioni pre e post ricovero è da intendersi elevato ad € 1.500,00 annui per Assistito.

Sezione 4.2. GARANZIE EXTRAOSPEDALIERE

4.2.1. RIMBORSO TICKET ONCOLOGIA

Nel caso in cui l'Associato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale per la cura di malattie oncologiche, la Mutua MBA provvederà ad indennizzare le spese sostenute dallo stesso per i Ticket sanitari, relativi agli esami, terapie e ad accertamenti, anche diagnostici, per le cure oncologiche, fermo restando il **massimale annuo di € 300,00** per Associato è stata scelta la Formula Single o per il per l'intero nucleo, così come definito all'art. 2, sez. 2 "Norme Generali che regolano il Sussidio", se è stata scelta la Formula Nucleo.

Sezione 4.3: ALTRE GARANZIE

4.3.1 LONG TERM CARE

Il Sussidio relativo alle cure denominate “Long Term Care” si attiva in relazione all’insorgenza di eventi impreveduti ed invalidanti dell’Associato, 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.

Lo *stato di non autosufficienza* verrà valutato secondo il criterio del punteggio (punto Definizione dello Stato di non Autosufficienza), 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’Assistito in base alla richiesta dello stesso, corredata di tutta la documentazione necessaria:

- **modulo di richiesta di rimborso**
- *(scaricabile dalla sezione personale 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 dalla sezione personale del 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) utile alla valutazione del quadro clinico
- ogni altro documento che fosse 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, comunque nel termine massimo di tre mesi dalla data di ricevimento della documentazione completa richiesta.

L’accertamento con esito positivo dà diritto, a decorrere dalla data della richiesta derivante dallo stato di non autosufficienza, al rimborso di tutte le spese sanitarie e assistenziali sostenute e da sostenere (nel caso del pagamento diretto – si veda la sezione dedicata del Sussidio), strettamente collegate allo stato di non autosufficienza fino a euro **500,00 al mese** e un massimale annuo di **euro 6.000,00**, per Associato se è stata scelta la Formula Single o per il per l’intero nucleo, così come definito all’art. 2, sez. 2 “Norme Generali che regolano il Sussidio”, se è stata scelta la Formula Nucleo.

Le prestazioni sono dovute, permanendo lo stato di non autosufficienza, fino a 3 anni 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, che dovrà essere immediatamente comunicato dai familiari conviventi alla MBA; gli importi percepiti dopo la cessazione 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 percepite dopo la data del recupero dell’autosufficienza.

La MBA in ogni caso ha la facoltà di procedere, eventualmente alla presenza del Medico curante dell’Associato, a controlli presso il beneficiario e in particolare di farlo esaminare da

un Medico di sua scelta. Potrà inoltre richiedere l'invio di ogni documento che ritenga necessario per valutare il suo stato di salute.

In caso di rifiuto da parte del beneficiario di sottoporsi ad un controllo o di inviare i documenti richiesti, l'erogazione delle prestazioni è revocata dalla data della richiesta della MBA.

La MBA ha facoltà di richiedere certificazione di esistenza in vita del beneficiario con cadenza annuale.

4.3.2. - Definizione dello Stato di non Autosufficienza

E' 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.

4.3.3.- 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'Assistito 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

4.3.4. - Rischi Esclusi per la garanzia Long Term Care

La Garanzia non è operante per:

- conseguenze dirette di stati patologici, anche se conseguenti ad infortunio, già conosciuti e/o diagnosticati al momento della data di effetto del sussidio (o nel caso di successive variazioni, , o di sostituzione di prestazioni precedenti stipulate con la MBA, rispetto agli associati ed alle garanzie introdotte a nuovo nonché per la parte di somme associate eccedente quelle già in corso);
- aborto volontario non terapeutico;
- infortuni ed intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o psicofarmaci, ovvero ad uso di allucinogeni o stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica);
- infortuni sofferti in conseguenza di azioni delittuose commesse dall'Associato (intendendosi invece comprese nella garanzia le conseguenze di imprudenze e negligenze, anche gravi dell'Associato stesso);
- suicidio e tentato suicidio;
- terapie della fecondità assistita di qualsivoglia tipo nonché terapie della sterilità acquisita e/o impotenza dei singoli partner della coppia;
- cure delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici
- cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici e malformazioni congenite o comunque preesistenti alla data di effetto del sussidio;

- prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio o neoplasie maligne verificatesi successivamente alla data di effetto del sussidio);
- le cure omeopatiche, fitoterapiche e comunque la medicina alternativa in genere;
- ricoveri allo scopo di effettuare check-up clinici;
- le cure dentarie o delle parodontopatie;
- malattie professionali, come definite dal DPR 30/06/65 n° 1124 e successive variazioni intervenute fino alla data di effetto del sussidio;
- conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti;
- gli infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
- gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei e motoristici in genere;
- le conseguenze derivanti da terremoti, guerre, insurrezioni, inondazioni ed eruzioni vulcaniche;
- le conseguenze derivanti da terrorismo nucleare, biologico e chimico;
- le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi;
- le conseguenze di anoressia e bulimia;
- le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo, i vaccini;
- le spese sostenute per ricovero presso strutture non autorizzate.

4.3.5.- Modalità Attuative

I rimborsi per le spese relative allo stato di non autosufficienza verranno riconosciuti ai soggetti aventi diritto che abbiano fatto la richiesta di erogazione delle prestazioni nel termine massimo di 2 anni dalla manifestazione dello stato di non autosufficienza e da verificarsi, accertarsi e riconoscersi da parte della MBA.

L'inosservanza del termine come sopra stabilito è causa di decadenza del diritto ad ottenere le prestazioni del Sussidio.

SEZIONE 5: SERVIZI AGGIUNTIVI DELLA CENTRALE SALUTE

5.1 ASSISTENZA IN EMERGENZA H24

5.2. - PRESTAZIONI EROGATE PER L'ASSISTENZA IN EMERGENZA

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

5.3. - 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.

5.4. - INVIO DI UN MEDICO AL DOMICILIO

Qualora l'Associato necessiti di un medico presso la propria abitazione, durante le ore notturne o nei giorni festivi, e non riesca a reperire il suo medico curante, la Centrale Operativa provvede, dopo che il proprio medico di guardia ne ha accertata la necessità tramite un primo contatto telefonico, ad inviare gratuitamente uno dei propri medici convenzionati.

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

5.5 - 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.

5.6. - In caso di necessità

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

5.7. - La Centrale per l'assistenza in emergenza

IL NUMERO DA CONTATTARE PER ATTIVARE I SERVIZI DI EMERGENZA IN CASO DI NECESSITA' E' +39. 02.30.30.00.05 , ATTIVO 24 ore su 24, 365gg all'anno, in lingua italiana.

5.8 - Rischi esclusi per la garanzia assistenza in emergenza

Per tutte le garanzie espone nei precedenti Art. 5.3 (Assistenza in emergenza) e successivi sotto-articoli, è escluso ogni indennizzo, prestazione, conseguenza e/o evento derivante direttamente od indirettamente da:

- a) Cause ed eventi non adeguatamente documentati.
- b) Comportamenti illeciti o dolosi, sia compiuti che tentati dall'Associato; suicidio o tentato suicidio.
- c) Malattie mentali, stati d'ansia, stress e depressione, disturbi psichici in genere e nevrosi, nonché sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS); reazione psicologica derivante dalla paura (ad es. di un atto di guerra, insurrezione popolare, atto di terrorismo, incidente aereo).
- d) Intossicazioni, malattie ed infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcolici e di psicofarmaci, nonché dall'uso non terapeutico di allucinogeni e stupefacenti.
- e) Malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche croniche e preesistenti alla data di inizio della copertura e note all'Associato.
- f) Malattie dipendenti dalla gravidanza, oltre la 26ma settimana di gestazione.
- g) Infortuni derivanti da atti di temerarietà o attività sportive pericolose (a titolo esemplificativo e non esaustivo: alpinismo, trekking oltre i 2500 metri, salti dal trampolino con sci o idro-sci, guida e uso di guidoslitte e bob, deltaplano, parapendio, immersione con autorespiratore, speleologia, pugilato, canoa e rafting, concorsi di equitazione, caccia e tiro,

hockey su ghiaccio, sci fuoripista, rugby, football americano, bungee-jumping, atletica pesante e lotta nelle sue varie forme).

h) Infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale o dilettantistico o inerenti a partecipazioni a gare.

i) Missioni di lavoro che prevedano lo svolgimento di attività prevalentemente di natura manuale e/o manifatturiera e/o con l'ausilio di strumenti e macchinari meccanici o industriali.

j) Pratica venatoria; possesso di armi e munizioni, ancorché provvisti di apposite licenze e autorizzazioni.

k) Viaggi intrapresi allo scopo di sottoporsi a trattamenti medico-chirurgici, estetici o riabilitativi.

l) Viaggi intrapresi in zone dove vi sia lo sconsiglio a viaggiare del Ministero degli Esteri; viaggi estremi in zone remote raggiungibili solo con mezzi speciali o dove persistano situazioni di conflitto armato, ostilità, guerra, guerra civile, ribellione, rivoluzione, insurrezione e sommosse, legge marziale, usurpazione del potere.

m) Atti di sabotaggio, vandalismo o terrorismo in genere, compreso l'utilizzo di ogni tipo di ordigno nucleare o chimico.

n) Eventi derivanti da fenomeni di trasmutazione dell'atomo, radiazioni ionizzanti o contaminazione radioattiva o da contaminazione chimico- biologica o batteriologica, inquinamento dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da qualsiasi danno ambientale.

o) Catastrofi naturali ed altri sconvolgimenti della natura.

p) Pandemia, se definita come tale dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

5.9 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.

5.9.1 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.

5.9.2. 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.

5.9.3.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.

SEZIONE 6: MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

6.1 CENTRALE SALUTE

Per tutto il corso di validità del presente Sussidio, l'Associato avrà a disposizione il supporto della Centrale Salute di MBA. Tutti i servizi così erogati sono gestiti dalla società Winsalute S.r.l. con sede operativa in Formello (RM), Via di Santa Cornelia n. 9, che è incaricata dalla Mutua di:

- operare come Centrale Salute attraverso il **Numero Verde dedicato 800.511.311**, attivo dal Lunedì al Venerdì dalle ore 8,30 alle ore 17,30 con orario continuato per:
 - informazioni generiche sui sussidi della MBA;
 - informazioni per accedere alle strutture convenzionate;
 - informazioni per la corretta erogazione di tutti i servizi e sussidi/sostegno del presente sussidio
 - informazioni sullo stato delle pratiche di rimborso e/o pratiche dirette;
 - informazioni per l'erogazione dei sussidi in emergenza della sezione.
- offrire l'accesso diretto e indiretto alle strutture sanitarie convenzionate:
- gestire le pratiche di rimborso sia in forma diretta che indiretta

Sarà possibile quindi contattare e/o scrivere alla Centrale Salute per ricevere i servizi/prestazioni del presente Sussidio alle seguenti coordinate:



Numero Verde Nazionale:

Numero dall'Estero: +39.0331.1586.744

e-mail: info@winsalute.it

Fax: +39.035.363714

Indirizzo: Via di Santa Cornelia 9 - 00060 - Formello (RM)

6.2 CRITERI DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI IN FORMA DIRETTA E MODALITA' DI RICHIESTA DI RIMBORSO IN FORMA INDIRETTA

a) Pagamento diretto, Presa in Carico (PIC) ed obblighi dell'associato.

Nel caso in cui l'Associato intenda usufruire delle prestazioni dei centri o dei medici specialistici convenzionati nella forma diretta, **deve rivolgersi alla Centrale Salute almeno 3 giorni lavorativi prima della data della prestazione o del presunto ricovero** e fare richiesta di Autorizzazione al Pagamento Diretto utilizzando l'apposito Modulo (che si può scaricare sul sito www.winsalute.it o richiedere alla Centrale Salute), il quale dovrà essere inviato alla Centrale Salute, appositamente compilato in ogni sua parte e sottoscritto ed unitamente alla necessaria documentazione medica a supporto della richiesta, a mezzo e-mail, fax o posta. Alternativamente, l'Associato potrà presentare la propria richiesta mediante accesso alla propria area riservata, sul sito www.winsalute.it, secondo le modalità indicate nel Manuale Operativo Health Claim on line.

L'operatore della Centrale Salute provvederà a verificare la richiesta pervenuta e la documentazione presentata, procedendo quindi ad autorizzare o a respingere la richiesta di presa in carico in forma diretta, sulla base delle risultanze emerse dalla documentazione, ai sensi ed in applicazione del presente Sussidio Sanitario.

Quindi informerà l'Associato del rilascio o della negazione della autorizzazione, inviando all'Associato medesimo apposita comunicazione (a mezzo e-mail o SMS, ai recapiti indicati dall'Associato nel Modulo di richiesta presentato) con indicazione delle eventuali procedure da seguire. In caso di rilascio dell'autorizzazione alla presa in carico (P.I.C.), l'Associato delega la MBA a pagare o a far pagare, in nome e per suo conto, le spese sostenute per le prestazioni previste dall'autorizzazione rilasciata.

Le prestazioni autorizzate saranno pagate in forma diretta nei limiti della propria Copertura Sanitaria; l'Assistito dovrà in ogni caso corrispondere alle Strutture Sanitarie / Professionisti che erogheranno le prestazioni, ogni eventuale somma che rimarrà a Suo carico (quote di spesa previste dalla Copertura Sanitaria, somme eccedenti il Massimale residuo, costi per prestazioni non previste dalla Copertura o, comunque, non espressamente autorizzate); l'Associato inoltre dovrà corrispondere gli eventuali ed ulteriori importi dovuti alla Struttura Sanitaria / Professionista, qualora, dalla successiva documentazione medica e dalle fatture presentate successivamente dalla Struttura Sanitaria, risultassero essere state erogate delle prestazioni non coperte dalla Copertura Sanitaria.

L'Associato deve inoltre, all'atto di dimissione dal centro convenzionato, sottoscrivere i documenti fiscali emessi dal centro o dall'equipe medica convenzionata per il riconoscimento delle prestazioni delle quali ha fruito e altri documenti richiesti dal centro convenzionato, in

quanto idonei a consentire il pagamento diretto di cui sopra. Analoga sottoscrizione deve essere rilasciata ai medici specialisti convenzionati.

b) Pagamento indiretto

Qualora l'associato scelga di non avvalersi dei centri convenzionati con la Centrale Salute, o di avvalersi dei Centri Convenzionati in forma indiretta, in caso di evento, quest'ultimo o chi per lui, dovrà darne comunicazione scritta alla Centrale Salute, **entro tre giorni da quando ne ha avuto la possibilità.**

La richiesta di rimborso in Forma Indiretta dovrà essere presentata utilizzando l'apposito Modulo (che si può scaricare sul sito www.winsalute.it o richiedere alla Centrale Salute), il quale dovrà essere inviato alla Centrale Salute, appositamente compilato in ogni sua parte e sottoscritto ed unitamente alla necessaria documentazione medica a supporto della richiesta, a mezzo e-mail, fax o posta. Alternativamente, l'Associato potrà presentare la propria richiesta mediante accesso alla propria area riservata, sul sito www.winsalute.it, secondo le modalità indicate nel Manuale Operativo Health Claim on line.

La richiesta di rimborso dovrà essere corredata da cartella clinica, dalle fatture/ricevute debitamente quietanzate e da qualsiasi altro documento attinente le prestazioni effettuate, anche precedente o posteriore alla prestazione stessa; qualora necessario, la Centrale Salute potrà richiedere l'integrazione della documentazione atta a verificare correttamente la rimborsabilità/erogazione del contributo economico. Tutta la documentazione suddetta potrà essere inviata in copia e la Centrale Salute potrà, qualora ritenuto opportuno, richiedere l'invio della documentazione in originale.

NOTA BENE: qualora le prestazioni in forma indiretta siano state comunque effettuate presso Strutture Sanitarie Convenzionate, ed al fine di ottenere l'applicazione delle tariffe agevolate, l'Assistito è tenuto in ogni caso a qualificarsi, presso la Struttura Sanitaria ove verranno erogate le prestazioni, in qualità di Associato MBA. A tal fine, al momento della erogazione delle prestazioni, l'Associato dovrà presentare alla Struttura Sanitaria convenzionata o al professionista, **il Modulo di Accesso al Network**, (scaricabile sul sito www.winsalute.it o da richiedere alla Centrale Salute), il quale dovrà essere appositamente compilato in ogni sua parte e sottoscritto dalla Struttura Sanitaria / Professionista al momento della erogazione della prestazione. Il Modulo di Accesso al Network, unitamente al Modulo di Richiesta di Rimborso ed alla necessaria documentazione medica a supporto della richiesta, dovrà essere inviata alla Centrale Salute. Qualora la richiesta di rimborso spese non sia accompagnata dal Modulo di Accesso al Network compilato e sottoscritto dalla Struttura Sanitaria e quest'ultima non abbia applicato le tariffe agevolate in favore dell'Associato, quest'ultimo avrà diritto a ricevere da MBA il rimborso delle spese sostenute entro il limite delle Tariffe concordate fra MBA e la Struttura Sanitaria. Le maggiori spese sostenute in ragione della mancata applicazione del Tariffario - determinata dalla mancata attivazione della convenzione da parte dell'Associato - saranno quindi da intendersi a carico dell'Associato.

Le fatture e le ricevute inviate in originale verranno restituite all'Associato successivamente alla definizione della pratica, previa apposizione da parte di MBA, del timbro di pagamento indicante l'importo rimborsato e la relativa data, e solo in caso di espressa richiesta di restituzione degli originali da parte dell'Associato.

Trascorsi 30 giorni dalla data di ricovero per malattia o infortunio, o dal verificarsi del fatto che da diritto alla prestazione, l'associato decade dal diritto al rimborso.

In ogni caso, l'Associato deve sempre consentire alla Centrale Salute ed alla MBA le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari e, qualora espressamente richiesto, produrre originale o copia conforme all'originale delle cartella clinica completa e/o della documentazione medica utile ai fini della valutazione della pratica. In caso di infortunio, la denuncia dell'evento deve essere corredata da cartella clinica rilasciato dal pronto soccorso o certificato equivalente di struttura pubblica e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle modalità di accadimento. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici. L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia dell'evento può comportare la perdita totale o parziale del diritto al rimborso.

Pertanto qualora l'Associato decida di avvalersi della procedura di pagamento indiretto la MBA, per il tramite della Centrale Salute, provvede al rimborso delle spese sostenute dall'Associato, nei limiti di garanzia, secondo le seguenti modalità:

- il pagamento delle spese viene effettuato a cura ultimata su presentazione della documentazione medica e delle relative notule, distinte e ricevute debitamente quietanzate, al netto di eventuale importo in franchigia o dello scoperto;
- Qualora l'associato abbia presentato a terzi le notule, distinte e ricevute per ottenerne il rimborso, la MBA effettua il pagamento di quanto dovuto a termini della presente garanzia dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.
- Per le spese sostenute all'estero, dove vige l'Euro, i rimborsi verranno eseguiti in Italia e in Euro. Per i paesi non aderenti all'Euro, il cambio sarà quello medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Associato, ricavato dalle quotazioni dell'ufficio italiano dei cambi.
- Qualora la documentazione presentata dall'Associato risulti incompleta o insufficiente ad effettuare una valutazione della richiesta, la Centrale Salute invierà all'Associato una richiesta di integrazione della documentazione, comunicando che la richiesta è da intendersi **Sospesa. L'Associato dovrà in questo caso provvedere alla integrazione della documentazione - ove possibile - entro 60 giorni dal ricevimento della richiesta. Decorsi 60 giorni, la pratica sarà da intendersi definita come Senza Seguito.**

6.3 Documentazione da inviare per le richieste di indennizzo di cui al punto 6.2

Ai Moduli di richiesta va sempre allegata la seguente documentazione:

- certificato medico attestante l'esistenza della patologia (Malattia o Infortunio), la richiesta di ricovero, di intervento, di visite specialistiche o di esami diagnostici (anche se precedenti o successivi al ricovero);
- copia della cartella clinica e/o di ogni altra documentazione sanitaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Associato; nel caso di richiesta di pagamento diretto, sarà necessario inviare tutta la documentazione

medica inerente l'intervento oggetto della richiesta in modo da permettere alla MBA la corretta valutazione della pratica e quindi autorizzare la stessa.

- Copia delle fatture relative alle spese sostenute, debitamente quietanzate nonché, per il rimborso delle spese relative ai medicinali del post-ricovero, prescrizione medica, scontrino della farmacia e fustella della confezione in originale; nel caso di pagamento diretto, tali documenti verranno richiesti dalla MBA direttamente al centro convenzionato.
- Nel caso di richiesta di rimborso spese per prestazioni effettuate presso strutture sanitarie, allegare anche il Modulo di Accesso al Network.
- Nel caso infortunio, referto di Pronto Soccorso di Struttura Sanitaria Pubblica (attestante le circostanze dell'evento, le cause e le conseguenze dell'evento).

Per le spese sostenute nei giorni pre/post ricovero, se inviate separatamente, occorre indicare nell'apposito spazio il relativo periodo di ricovero.