



Regolamento del Sussidio “Salus Pro Medio”

Il Presente Regolamento è da considerarsi parte integrante dello Statuto e del Regolamento Applicativo dello Statuto della Società Mutua MBA Società di Mutuo Soccorso Cooperativa per Azioni

Edizione 2023



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



INDICE	PAGINA
SEZIONE 1.: DEFINIZIONI.....	4
SEZIONE 2: NORME GENERALI CHE REGOLANO IL SUSSIDIO	10
SEZIONE 3: NORME RELATIVE A TUTTE LE PRESTAZIONI (SALVO NON ESPRESSAMENTE DEROGATO)	15
AREA OSPEDALIERA	21
SEZIONE 1 - PRESTAZIONI OSPEDALIERE.....	21
A. INDENNITA' SOSTITUTIVA	21
AREA SPECIALISTICA	22
SEZIONE 2 - PRESTAZIONI EXTRA-OSPEDALIERE	22
B. ALTA DIAGNOSTICA E TERAPIE.....	22
C. VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRONTO SOCCORSO	24
SEZIONE 3 - LENTI E OCCHIALI	26
D. LENTI E OCCHIALI	26
SEZIONE 4- PREVENZIONE	27
E. AGEVOLAZIONI IN TELEMEDICINA	27
F. PRESTAZIONI IN TELEMEDICINA (in alternativa alla garanzia "MEDICINA PREVENTIVA").....	27
G. MEDICINA PREVENTIVA (in alternativa alla garanzia "PRESTAZIONI IN TELEMEDICINA").....	27
SEZIONE 5 - SUPPORTO MATERNITA'	28
H. SUPPORTO MATERNITA'	28
SEZIONE 6 - CURE DENTARIE.....	29
I. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE.....	29
AREA SERVIZI E ASSISTENZA DI CENTRALE SALUTE	30
J. CONSERVAZIONE CELLULE STAMINALI	30
AREA SOSTEGNO	31
SEZIONE 7- FRAGILITA' TEMPORANEA	31
K. FRAGILITA' TEMPORANEA DA INFORTUNIO	31
L. FRAGILITA' TEMPORANEA DA MALATTIA	33
SEZIONE 8- FRAGILITA' PERMANENTE.....	34
M. FRAGILITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO.....	34
N. FRAGILITA' PERMANENTE DA MALATTIA.....	38
SEZIONE 9 - PREMORIENZA DELL'ASSOCIATO	40

O. DECESSO DELL'ASSOCIATO	40
ALLEGATO 1 - ELENCO DEGLI "INTERVENTI DI ALTA CHIRURGIA"	43
ALLEGATO 2 - TARIFFARIO PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE	47
ALLEGATO 3 - ELENCO DEGLI "ESITI PERMANENTI DI INFORTUNIO"	48
ALLEGATO 4 - ELENCO DELLE "GRAVI MALATTIE" PER SOSTEGNO PER FRAGILITÀ PERMANENTE DA MALATTIA	50
ALLEGATO 5 - TABELLE RIASSUNTIVE DELLA DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE	51



SEZIONE 1.: DEFINIZIONI

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

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

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

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

Assistenza Diretta: modalità di erogazione delle prestazioni del presente Sussidio presso strutture sanitarie utilizzando personale medico (e/o sanitario) ambedue convenzionati con MBA e/o con società da quest'ultima autorizzata, per il tramite di Health Assistance S.C.p.A. (di seguito anche Health Assistance o Centrale Salute); in questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente da parte di MBA alle strutture ed ai Medici/personale Convenzionati (escluse eventuali quote a carico dell'Associato ove previste). L'elenco delle Strutture è presente e consultabile nell'Area Riservata di MBA.

Assistenza Indiretta: modalità di erogazione delle prestazioni del presente Sussidio in base alla quale la Mutua MBA rimborsa le spese all'Associato dietro presentazione della documentazione medica e di spesa richiesta nei limiti di quanto previsto dal presente sussidio. L'Assistenza Indiretta/Autorizzazione Indiretta è prestata anche presso i Centri Convenzionati con il Network (c.d. Assistenza Indiretta in Network).

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

Associato: persona fisica iscritta regolarmente alla Mutua ed il cui interesse è protetto dal Sussidio, residente stabilmente in Italia o nel territorio della Repubblica di San Marino e Città del Vaticano e più in generale nel territorio dell'Unione Europea. Sono Associati anche i familiari aventi diritto ai sensi del presente Regolamento e dell'art. 9 del Regolamento Attuativo dello Statuto di Mutua MBA.

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

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



Cartella Clinica: documento ufficiale, coperto da pubblica fede nei casi di legge, redatto durante il Ricovero, diurno o con pernottamento, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi all'ingresso, diagnosi alla dimissione, anamnesi patologica prossima e remota completa di tutti i riferimenti cronologici rispetto alla diagnosi di ingresso, terapie effettuate, Interventi chirurgici eseguiti, atto operatorio, esami e diario clinico.

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

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

Centrale Salute/Health Assistance: gli uffici dedicati alla gestione delle pratiche di Rimborso e delle Prese in Carico in forma diretta, nonché a fornire le informazioni necessarie agli Associati per l'accesso alle prestazioni e ai servizi (<https://www.healthassistance.it>).

Centro Convenzionato: Ospedali, Istituti a Carattere scientifico, Case di Cura, Centri diagnostici, Centri polispecialistici, Laboratori di analisi, Centri fisioterapici, Studi medici specialistici, Studi Odontoiatrici e qualsiasi altra Struttura/Professionista che abbia stipulato un accordo con la Centrale Salute per l'applicazione di tariffe agevolate applicabili alle prestazioni oggetto del Sussidio sia in caso di Assistenza Diretta che Indiretta.

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

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

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

Convalescenza: periodo di tempo successivo ad un Ricovero, prescritto dai Medici ospedalieri nella Cartella Clinica al momento delle dimissioni, necessario per la guarigione clinica, durante il quale l'Associato è costretto al riposo assoluto presso il proprio domicilio.

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



Data evento: per i Ricoveri (ordinari o diurni) o Interventi chirurgici ambulatoriali si intende la data in cui avviene il Ricovero/Intervento; per le altre prestazioni previste dal presente Sussidio e presentate in un'unica richiesta, farà fede la data della prima prestazione eseguita per patologia/quesito diagnostico.

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

Day Hospital: degenza in istituto di cura con assegnazione di posto letto in esclusivo regime diurno documentato da Cartella Clinica e finalizzato all'erogazione di trattamenti diagnostici, terapeutici, riabilitativi. I ricoveri in regime di Day Hospital in struttura privata devono essere preventivamente autorizzati per iscritto da Mutua MBA e/o da Società da quest'ultima incaricata per la gestione delle pratiche secondo le modalità descritte nella garanzia specifica a cui si rimanda e meglio indicate all'interno della Guida Operativa.

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

Day Surgery: degenza in istituto di cura con assegnazione di posto letto in esclusivo regime diurno documentato da Cartella Clinica e finalizzato all'erogazione di trattamenti chirurgici. I ricoveri in regime di Day Surgery in struttura privata devono essere preventivamente autorizzati per iscritto da Mutua MBA e/o da Società da quest'ultima incaricata per la gestione delle pratiche secondo le modalità descritte nella garanzia specifica a cui si rimanda e meglio indicate all'interno della Guida Operativa.

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

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

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

Guida Operativa per l'accesso ai servizi e alle prestazioni: è il documento complementare e parte integrante, nella versione di volta in volta vigente, del presente Sussidio che illustra tempi, documentazione necessaria e modalità di accesso ai servizi e ai Rimborsi sia in forma di Assistenza Diretta che in forma di Assistenza Indiretta. La Guida Operativa aggiornata è sempre consultabile nell'Area Riservata dell'Associato presente sul sito di MBA www.mbamutua.org oppure rinvenibile contattando direttamente il Back Office di MBA o il proprio promotore di riferimento.

Health Point: società convenzionata con la Centrale Salute impegnata nella sanità integrativa e nel welfare aziendale, promuovendo un corretto stile di vita e benessere e prestazioni di diagnosi anche attraverso refertazioni e consulenze mediche on line. Per ulteriori informazioni si consulti il sito <https://www.healthpointitalia.com/>.

Indennità sostitutiva: importo giornaliero erogato da MBA per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito di Malattia/Infortunio (del parto e/o dell'aborto terapeutico ove previsti). 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 che siano documentate da specifico referto di Pronto Soccorso di Struttura Sanitaria Pubblica o di Struttura di Primo Soccorso convenzionata con il SSN (attestante le circostanze dell'evento, le cause, le modalità di accadimento e le conseguenze dell'evento) da cui sia chiaramente possibile evincere la data di accadimento dell'infortunio e le conseguenze traumatiche dello stesso, e che abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente oppure una inabilità temporanea o una delle altre prestazioni garantite dal presente Sussidio.

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 o di Struttura di Primo Soccorso convenzionata con il SSN (attestante le circostanze dell'evento, le cause e le conseguenze dell'evento).

Intervento chirurgico: l'atto medico, con diretta finalità terapeutica realizzato mediante cruentazione dei tessuti, e mediante l'uso di strumenti chirurgici e/o idonee apparecchiature. Si

considera Intervento chirurgico anche la riduzione incruenta di fratture. Sempre che non sia diversamente regolato all'interno della specifica prestazione sul presente Sussidio, sono considerati Interventi chirurgici anche gli accertamenti diagnostici invasivi, intendendosi per tali quelli che comportano il prelievo di tessuti per l'espletamento di indagini istologiche, quelli che comportano l'introduzione di cateteri, strumenti ottici o aghi biotipici ecc. non attraverso le cavità naturali bensì attraverso una cruentazione di tessuti.

Intervento chirurgico ambulatoriale: l'Intervento chirurgico (come sopra definito) eseguito in ambulatorio senza Ricovero (e quindi senza degenza ancorché diurna). Gli interventi ambulatoriali in struttura privata devono essere preventivamente autorizzati per iscritto da Mutua MBA e/o da Società da quest'ultima incaricata per la gestione delle pratiche secondo le modalità descritte nella garanzia specifica a cui si rimanda e meglio indicate all'interno della Guida Operativa.

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

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

8

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

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

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

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

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

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



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

Pratica: l'insieme completo in sé stesso di tutti i documenti relativi all'evento per il quale si chiede Rimborso o Indennizzo nei termini del presente Sussidio.

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

Prestazione: servizi o altra forma di tutela previste dal Sussidio e per i quali si prevede un rimborso o una diaria o una indennità o anche solo un servizio secondo i termini indicati dal Sussidio stesso.

Salvo quanto esplicitamente e diversamente previsto, il presupposto dell'operatività delle prestazioni è la sussistenza di uno stato patologico (accertato o presunto) conseguente a Malattia o Infortunio.

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

Regolamento: il presente documento disciplinante le prestazioni ricomprese nella Copertura Sanitaria.

Ricovero improprio: il Ricovero durante il quale vengono compiuti Interventi e/o solamente accertamenti e/o terapie fisiche che, per loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in regime ambulatoriale, purché consentito dallo stato di salute dell'Associato.

Ricovero ordinario: la degenza comportante pernottamento in istituto di cura, documentata da Cartella Clinica, finalizzata all'erogazione di trattamenti medici e/o terapeutici e/o chirurgici, purché tale periodo di presenza in ambito ospedaliero comprenda un minimo di ore continuative pari ad almeno 20 (c.d. periodo di osservazione breve) e venga debitamente documentato da apposita certificazione ospedaliera. I Ricoveri Ordinari in struttura privata devono essere preventivamente autorizzati per iscritto da Mutua MBA e/o da Società da quest'ultima incaricata per la gestione delle pratiche secondo le modalità descritte nella garanzia specifica a cui si rimanda e meglio indicate all'interno della Guida Operativa.

Ricovero ordinario in emergenza: il ricovero di un Assistito nei soli casi di funzioni vitali gravemente compromesse.

Rimborso/Contributo di assistenza: la somma dovuta dalla Mutua all'Associato in caso di evento e prestazione rimborsabile.



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

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

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

Visita specialistica: la visita ambulatoriale o domiciliare o consulto eseguita da Medico specialista in possesso del titolo di specializzazione che risulti chiaramente dal documento di spesa, per diagnosi e terapie cui tale specializzazione è destinata.

SEZIONE 2: NORME GENERALI CHE REGOLANO IL SUSSIDIO

Art. 1 – Oggetto

10

Oggetto del presente Sussidio è l'erogazione di prestazioni socio sanitarie, di prevenzione e sostegno, ovvero il rimborso o la gestione diretta delle spese sanitarie sostenute per la cura e per il recupero della salute, a favore degli Associati in conseguenza di Infortunio e Malattia, per eventi verificatisi nel corso di validità del presente Sussidio.

Art. 2 – Persone Associate

Le prestazioni garantite dal presente Sussidio sono prestate in favore dell'Associato Titolare del Sussidio – Libero Professionista, nominativamente indicato nel modulo di adesione con il quale ha aderito al presente Regolamento aggiuntivo. Il Sussidio può essere esteso ai familiari i cui nominativi siano stati espressamente indicati dal Titolare in fase di adesione compatibilmente con le prestazioni previste dal presente Sussidio e con l'art. 9 del Regolamento Attuativo dello Statuto MBA.

Indicando i nominativi dei propri familiari, l'Associato autocertifica con riferimento agli stessi il rispetto dei requisiti di cui al presente Sussidio e al Regolamento Attuativo (art. 9 cit.), per beneficiare delle prestazioni. È altresì necessario comunicare tempestivamente alla Mutua eventuali modificazioni del Nucleo Familiare in corso di validità del Sussidio (vedi Art. 4).



Per Libero Professionista si intende: titolare di partita iva, ditta individuale, lavoratore autonomo, titolare o legale rappresentante di azienda, socio di società e libero professionista iscritto o meno ad un ordine professionale.

Il presente Sussidio si intende attivo, per sé e per l'eventuale nucleo familiare, finché l'Associato Titolare svolga l'attività della libera professione.

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 di età, purché conviventi.

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.

Art. 3 – Limiti di età

L'adesione al presente Sussidio è possibile per i Liberi Professionisti (e conseguente Nucleo Familiare) che alla data di attivazione non abbiano compiuto i 66 anni di età.

11

Art. 4 – Variazione del Nucleo Familiare

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

- nascita/adozione/affidamento prolungato (risultante dallo stato di famiglia) di un figlio;
- matrimonio;
- insorgere di convivenza;
- venir meno – per un familiare – di altra copertura collettiva delle spese sanitarie predisposta dal datore di lavoro.

In difetto di comunicazione entro il suddetto termine, e fermo restando il pagamento del contributo dovuto per l'estensione al Nucleo, l'inclusione dei nuovi Associati nel Sussidio si intenderà operante solo a decorrere dalla nuova annualità del Sussidio stesso.

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



Art. 5 – Durata del Sussidio e tacito rinnovo

Il presente Sussidio ha durata di **1 anno** (uno) decorrenti dal giorno di cui all'art. 9. Al termine di ogni anno, in mancanza di comunicazione di non rinnovo, inviata mediante lettera raccomandata A/R o posta elettronica certificata (PEC) spedita almeno 60 giorni prima della scadenza annuale, il Sussidio sanitario s'intenderà rinnovato tacitamente 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 MBA, entro 90 giorni dalla scadenza annuale, si riserva la facoltà di comunicare a mezzo e-mail all'Associato le condizioni di rinnovo per la successiva annualità.

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

- a) decesso dell'Associato o di un suo familiare Associato;
- b) divorzio;
- c) venir meno di convivenza per il convivente more uxorio;
- d) venir meno dell'attività della libera professione;
- e) iscrizione – per un familiare – ad una copertura collettiva delle spese sanitarie predisposta dal datore di lavoro.

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

12

Art. 6– Obblighi contributivi dell'Associato

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

Art. 7 – Dichiarazioni e comunicazioni dell'Associato

Le dichiarazioni non veritiere rese dall'Associato al momento dell'ammissione o, successivamente, al fine di ottenere il Rimborso delle spese, comportano la perdita totale o parziale del diritto al pagamento della somma dovuta dalla Mutua in caso di Evento rimborsabile in base al presente Sussidio.

Nel caso di simulazione del verificarsi delle condizioni necessarie ad ottenere il Rimborso, MBA si riserva di deliberare l'immediata esclusione del socio senza restituzione dei contributi nel frattempo versati.



Art. 8 – Sussidio a favore di terzi

Se il presente Sussidio è stipulato a favore di terzi, gli obblighi che derivano dal Regolamento devono essere adempiuti dal titolare, richiedendo, ove necessario, la cooperazione delle persone garantite.

Art. 9 – Pagamento del contributo e decorrenza del Sussidio

Il Sussidio decorre dalle ore 24:00 del giorno in cui è avvenuta la delibera di ammissione da parte di MBA oppure dalle ore 24:00 del giorno di iscrizione al libro soci, se il contributo aggiuntivo o la prima rata di contributo aggiuntivo sono stati pagati.

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

Durante il periodo di sospensione non verrà erogata alcuna prestazione richiesta, anche se riferibile ad un momento pregresso rispetto al verificarsi dell'insolvenza.

Nel caso l'irregolarità contributiva superi i 180 gg, il socio decade dalla propria qualifica perdendo ogni diritto.

Per ulteriori dettagli si rimanda al Regolamento Attuativo dello Statuto di MBA (cfr. art. 23).

13

Art. 10 – Comunicazioni e modifiche

Le comunicazioni inerenti al rapporto associativo o le variazioni ed integrazioni al presente Sussidio sanitario avverranno nelle modalità indicate e accettate sottoscrivendo la domanda di adesione oltre che specificate all'interno del Regolamento Applicativo dello Statuto.

Art. 11 – Risoluzione delle controversie

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

Art. 12 – Sostegni

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



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

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

Art. 13 – Sottoscrizione di più Sussidi

Qualora l'Associato abbia sottoscritto con MBA più di un Sussidio, avrà diritto ad ottenere la condizione più favorevole (Rimborso delle spese, erogazione di Indennità o Indennizzo) tra le prestazioni riconosciutegli dai vari Sussidi sottoscritti.

Art. 14 – Limiti territoriali

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

Art. 15 – Responsabilità di terzi

Nel caso in cui la prestazione riguardi eventi per i quali sia configurabile la responsabilità di terzi, MBA, in piena attuazione del proprio scopo mutualistico e solidaristico, si riserva di:

14

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

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

Art. 16 – Rinvio alle norme

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



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

Art. 17 – Carenze

Fermo quanto previsto all'Art. 9 delle Norme Generali, disciplinante il giorno di decorrenza del Sussidio, le prestazioni hanno effetto (giorno di effetto):

- per gli Infortuni dalle ore 24:00 del **giorno di decorrenza** del Sussidio;
- per le Malattie e le conseguenze di Malattie, nonché per le conseguenze di stati patologici non conosciuti dall'Associato ma insorti anteriormente alla stipulazione del Sussidio e per le Malattie dipendenti da gravidanza (a condizione che la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo alla decorrenza del sussidio stesso) dal **60° giorno** successivo a quello di **decorrenza** del sussidio.

Qualora il presente Sussidio sia stato sottoscritto in sostituzione, senza soluzione di continuità, ovvero senza alcuna interruzione con precedenti Sussidi riguardanti gli stessi associati e identiche prestazioni, gli anzidetti termini operano dal giorno di decorrenza del Sussidio precedente.

Art. 18 – Patologie Pregresse

Tutte le prestazioni oggetto del presente Sussidio attivate in conseguenza di Infortuni avvenuti anteriormente alla data di attivazione dello stesso si intendono espressamente escluse.

Altresì si intenderanno escluse tutte le prestazioni oggetto del presente Sussidio attivate in conseguenza di malattie o stati patologici manifestati, diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati prima della data di decorrenza del presente Sussidio.

È altresì escluso il diritto alle prestazioni di cui al presente Sussidio qualora l'Associato, al momento della richiesta di prestazione o successivamente, abbia omesso di dichiarare o abbia fornito dichiarazioni imprecise o mendaci in merito alla sussistenza di patologie, infortuni, fatti o eventi preesistenti alla data della domanda di ammissione o della richiesta di rimborso o inerenti i presupposti per ottenere la prestazione.

Nel solo caso in cui il sussidio di provenienza preveda senza soluzione di continuità l'inclusione delle pregresse oppure preveda il riconoscimento dei pregressi decorsi tre anni ininterrotti di attivazione del sussidio, l'esclusione delle prestazioni conseguenti a stati patologici manifestati, diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati prima della data di attivazione del presente sussidio si intenderà valida solo per le maggiori e più ampie prestazioni previste dal presente.

Trascorsi tre anni di attivazione ininterrotta del presente Sussidio, esclusivamente per le prestazioni oggetto dell'Area Ospedaliera e dell'Area Specialistica, l'inclusione delle patologie pregresse opera come segue:

- dopo il terzo anno, ovvero a decorrere dal 37° mese di adesione ininterrotta, le pregresse sono riconosciute al 75%;
- dopo il sesto anno, ovvero a decorrere dal 73° mese di adesione ininterrotta, le pregresse sono riconosciute al 100%;

L'inclusione delle Patologie pregresse non opera per le prestazioni ricomprese nella **AREA SOSTEGNO**.

Art. 19 – Esclusioni

Sono escluse dal presente Sussidio sanitario (salvo non sia diversamente previsto nelle specifiche prestazioni):

- le prestazioni non corredate da prescrizione medica attestante la diagnosi di patologia o quesito diagnostico (se patologia ancora da accertare);
- le prestazioni conseguenti agli Infortuni non documentati da referto di Pronto Soccorso Ospedaliero o di Struttura convenzionata con il SSN, o di Unità Medica di Primo Soccorso presente nel luogo dell'Infortunio da cui sia chiaramente possibile evincere la data di accadimento dell'Infortunio e le conseguenze traumatiche dello stesso ovvero da specifico accertamento diagnostico completo di referti ed immagini (a titolo esemplificativo, TAC, RMN, radiografie) da cui sia chiaramente ed obiettivamente possibile evincere la data di accadimento dell'Infortunio e le conseguenze traumatiche dello stesso;
- le prestazioni di routine, controllo, prevenzione nonché i vaccini (sia l'acquisto del farmaco che l'infusione/somministrazione);
- le prestazioni conseguenti a suicidio e tentato suicidio;
- le prestazioni derivanti o finalizzate all'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla data di effetto del sussidio;
- le prestazioni relative a Malattie mentali ed i disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche;
- le prestazioni sanitarie e le cure aventi finalità estetica e dietologica, salvo gli Interventi di chirurgia plastica o stomatologia limitatamente agli aspetti ricostruttivi di natura oncologica riferiti alla sede della neoformazione maligna se resi necessari da Malattia, ed in caso di Infortunio rimborsabile, limitatamente alla sede dell'apparato oggetto del trauma, purché effettuati nei 360 giorni successivi all'Intervento e comunque durante la validità del Sussidio;
- l'asportazione di neoformazioni epiteliali la cui malignità non sia accertata da esame istologico;
- Infortuni o Malattie derivanti da dolo dell'Associato;

- j. le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale, quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, quelle omeopatiche, fitoterapiche, nonché quelle effettuate da Medici o paramedici non abilitati all'esercizio dell'attività professionale;
- k. i farmaci non riconosciuti dalla Farmacopea Ufficiale;
- l. la cura delle malattie professionali, così come definite dal D.lgs. n. 38 del 2000 e successive modifiche e/o integrazioni;
- m. le prestazioni erogate da Medici o paramedici abilitati che non siano in possesso di specializzazione medica pertinente con la prestazione erogata e rispetto alla diagnosi/quesito diagnostico per il quale la prestazione è erogata;
- n. le prestazioni erogate da professionisti non in possesso di regolare iscrizione all'Albo o abilitazione laddove prevista dalla normativa italiana;
- o. le cure e gli Interventi chirurgici finalizzati al trattamento dell'infertilità (ad ovviare allo stato di infertilità) e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale;
- p. il parto naturale o cesareo;
- q. l'aborto volontario non terapeutico;
- r. i Ricoveri durante i quali vengono compiuti Interventi e/o solamente accertamenti e/o terapie fisiche che, per loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in regime ambulatoriale, purché consentito dallo stato di salute dell'Associato;
- s. le prestazioni relative a cure odontoiatriche, ortodontiche e protesi dentarie, salvo espressamente derogato;
- t. le prestazioni conseguenti a reati o ad azioni dolose compiute o tentate dall'Associato. Sono comprese nel sussidio quelle sofferte in conseguenza di imprudenza o negligenza anche gravi dell'Associato stesso;
- u. gli Infortuni conseguenti ad assunzione di sostanze psicoattive (stupefacenti, farmaci, sostanze psicotrope), a scopo non terapeutico;
- v. gli Infortuni causati dallo stato di ebbrezza o di ubriachezza;
- w. le Malattie correlate all'abuso di alcool o al consumo di stupefacenti e sostanze psicotrope, assunte non a scopo terapeutico;
- x. gli Infortuni conseguenti alla pratica di:
 - sport aerei in genere (volo da diporto o sportivo con deltaplani, ultraleggeri, paracadutismo, parapendio, ecc.);
 - sport estremi (alpinismo con scalata di roccia o ghiaccio di grado superiore al terzo della scala U.I.A.A. o in solitaria, arti marziali miste, bmx, cayoning, deep water Soloing, downhill, freestyle, free running, free climbing, freeskiing, freestyle Motocross, funambolismo, hydrospeed, immersione in apnea, immersione in grotta, kitesurfing, land boarding, mountainboard, parkour, pattinaggio aggressive, rafting, rugby subacqueo, sandboarding,

- sci di velocità, skimboarding, slackline, speleologia, snowkiting, snowboard cross, streetluge, tricking (arte marziale), tuta alare, wakeboard, ecc.);
- attività ludiche pericolose (pugilato, lotta, arti marziali in genere, atletica pesante, discesa con slittino da gara, rugby, football americano, hockey, bungee jumping, bob, skeleton, salto dal trampolino con sci o idroscì, sci acrobatico, sci d'alpinismo, sci estremo e/o fuoripista, motonautica, navigazione in mare in solitaria);
 - gare motoristiche e/o motonautiche;
 - sport in genere costituenti per l'Associato attività professionale (gare, prove e allenamenti) anche non prevalente per impegno temporale a qualsiasi altra occupazione.
- y. gli infortuni subiti in qualità di passeggero durante i viaggi aerei diversi dai regolari voli di linea;
- z. gli infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizi resi in corpi militari;
- aa. gli infortuni subiti sul lavoro in miniera, in cava (anche a cielo aperto), in lavori subacquei o in mare aperto;
- bb. le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati dalle accelerazioni di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.), nonché da campi elettromagnetici;
- cc. le conseguenze di inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche, movimenti tellurici;
- dd. le conseguenze di guerre e terrorismo nucleare, biologico o chimico;
- ee. 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;
- ff. eventi per i quali sia configurabile la responsabilità di terzi; fatto salvo quanto previsto nel precedente art. 15;
- gg. spese per il trasporto del plasma;
- hh. Pandemia, se definita come tale dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

Art. 20 – Modalità di erogazione del servizio

La richiesta di accesso alle prestazioni deve essere presentata nel rispetto delle tempistiche, delle Modalità operative e corredata da tutta la documentazione indicata nei Sussidi Sanitari e nella Guida Operativa, mediante l'utilizzo dell'apposita modulistica messa a disposizione del Socio.

Per tutte le informazioni necessarie ad accedere correttamente alle prestazioni sanitarie erogate in forma Diretta e Indiretta, nonché per la gestione dei relativi Rimborsi si rimanda alla Guida

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

MBA si riserva di aggiornare la Guida Operativa fornendone debita e preventiva comunicazione attraverso il sito www.mbamutua.org.

Per richieste di ricovero con o senza intervento chirurgico in regime ordinario e diurno e per gli interventi ambulatoriali è necessario, trasmettere alla Centrale Salute il preventivo di spesa sia per quelle in forma diretta che per quelle a rimborso.

In caso di prestazione erogata da professionisti operanti in regime di libera professione Intramoenia anche allargata (ALPI), il rimborso della prestazione è subordinato alla:

- presentazione, nei termini previsti dalla Guida Operativa, del preventivo fornito dall'Azienda Ospedaliera all'Associato e da questi preventivamente e formalmente accettato;
- presentazione della Deliberazione dell'Azienda Ospedaliera di appartenenza dei Professionisti (secondo le normative regionali vigenti in materia di libera professione ALPI) contenente l'autorizzazione all'esecuzione delle prestazioni richieste unitamente alle tariffe autorizzate da medesima azienda ospedaliera.

Art. 21 – Documentazione per la presentazione delle richieste.

MBA stabilisce nel rispetto dello Statuto la documentazione da produrre in modo completo a supporto di ciascuna domanda di erogazione delle prestazioni.

Il Socio si impegna a fornire a MBA la documentazione richiesta, anche di data antecedente alla domanda di adesione. Il Socio rilascia preventiva e specifica autorizzazione a MBA a richiedere tale documentazione a terzi, nel rispetto delle vigenti normative.

Si evidenzia che MBA potrà richiedere in ogni momento (sia prima del Rimborso sia a Rimborso effettuato) la produzione degli originali qualora le copie trasmesse risultino in tutto o in parte illeggibili, incomplete o presentino grafie diverse oppure per effettuare controlli di Audit a campione.

Art. 22 –Tempi di presentazione delle richieste.

La documentazione a corredo della domanda di rimborso sia in caso di Indennità che di Assistenza indiretta che di Assistenza Diretta sopra definite, deve essere presentata in modo completo e conforme alle richieste di MBA, entro 120 giorni dalla data dell'evento ovvero in caso di Ricovero ordinario o diurno entro 120 giorni dalla data delle dimissioni. Il socio si impegna a tal fine a presentare, o a far sì che le strutture e i professionisti presso i quali è stata eseguita la prestazione presentino entro il suddetto termine, la documentazione completa a MBA o al service provider dalla stessa incaricato. La mancata presentazione della domanda di rimborso e della documentazione completa (anche in caso di prestazione effettuata in forma diretta) entro il predetto termine

comporta la decadenza dal diritto al riconoscimento dell'Assistenza (Diretta/Indiretta/Indennitaria).

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

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

Art. 23 – Tempi di Rimborso

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

Le spese relative alla prestazione erogata in Assistenza Diretta presso Strutture/professionisti Convenzionati con il Network MBA/Health Assistance verranno corrisposte da MBA direttamente alle Strutture/professionisti a termini del presente Sussidio e solo subordinatamente all'esito positivo di rimborsabilità conseguente all'analisi della documentazione medica e di spesa completa inoltrata dalla Struttura/professionista alla Centrale Salute (in ciò il rilascio dell'Autorizzazione alla presa in carico costituendo mero strumento di attivazione del servizio).

20

b. Prestazioni effettuate in Assistenza Indiretta

MBA provvederà alla lavorazione delle richieste e al Rimborso di quanto dovuto a termini del presente Sussidio di norma entro 40 giorni lavorativi dalla data di presentazione della richiesta completa di tutta la documentazione necessaria. La sospensione per documentazione mancante da parte della Centrale Salute interrompe tali tempi che decorreranno nuovamente e per intero dalla data di presentazione della documentazione in modo completo da parte dell'Associato (come da *Allegato 5 "TABELLA RIASSUNTIVA"*).

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

AREA OSPEDALIERA

SEZIONE 1 - PRESTAZIONI OSPEDALIERE

A. INDENNITA' SOSTITUTIVA

MBA, a seguito di **Ricovero ordinario** per Intervento di Alta Chirurgia (secondo l'Elenco esaustivo riportato nell'*Allegato 1* al presente Sussidio "*ELENCO DEGLI INTERVENTI DI ALTA CHIRURGIA*") o **Ricovero ordinario per interventi chirurgici effettuati nel primo anno di vita del neonato per la correzione di malformazioni congenite**, reso necessario da Malattia o Infortunio garantiti ai sensi del presente Sussidio, corrisponderà all'Associato un'Indennità Sostitutiva - per fare fronte al recupero della salute a seguito del Ricovero - pari a:

- **€ 100 al giorno per ogni giornata di Ricovero comprendente il pernottamento per un massimo di 30 giorni per evento**, in caso di **Ricovero ordinario per Intervento di Alta Chirurgia**;
- **€ 80 al giorno per ogni giornata di Ricovero comprendente il pernottamento, per un massimo di 30 giorni per evento**, in caso di **Ricovero ordinario per interventi chirurgici effettuati nel primo anno di vita del neonato per la correzione di malformazioni congenite**.

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

Per la documentazione da inoltrare si rinvia alla tabella riassuntiva di cui all'*Allegato 5* e alla Guida Operativa che costituisce parte integrante del presente Sussidio.

21

Esempio di calcolo dell'INDENNITA' SOSTITUTIVA PER RICOVERO ORDINARIO PER INTERVENTO DI ALTA CHIRURGIA:

- se l'Associato viene ricoverato per 10 notti, avrà diritto ad una Indennità Sostitutiva pari a complessivi € 1000,00 (€ 100 x 10 gg) – nessun rimborso per le spese pre e post Ricovero;
- se l'Associato viene ricoverato per 35 notti, avrà diritto ad una Indennità Sostitutiva pari a complessivi € 3.000,00 (€ 100 x 30 gg) – nessun rimborso per le spese pre e post Ricovero.

AREA SPECIALISTICA

SEZIONE 2 - PRESTAZIONI EXTRA-OSPEDALIERE

B. ALTA DIAGNOSTICA E TERAPIE

MBA, in caso di Malattia o di Infortunio rimborsabili ai sensi del presente Sussidio, anche in assenza di Ricovero o di Intervento chirurgico, su prescrizione medica indicante la motivazione clinica, garantisce, nei limiti del **Sostegno annuo** pari ad **€ 1.000,00**, il Rimborso delle spese sostenute dall'Associato per le seguenti prestazioni extra-ospedaliere di Alta Diagnostica e Terapie:

Alta Diagnostica

- Angiografia
- Broncoscopia
- Cistografia o Cistoscopia
- Coronarografia
- Ecocolordoppler cardiaco
- Ecocolordoppler vascolare
- Elettroencefalogramma
- Esofagogastroduodenoscopia
- Isterosalpingografia
- Mammografia
- Mammotome (agobiopsia mammaria stereotassica)
- Mielografia
- Pancolonscopia
- Risonanza magnetica Nucleare (RMN)
- Scintigrafia di qualsiasi apparato o organo
- Tomografia assiale computerizzata (TAC)
- Tomografia ad emissione di Positroni (PET)
- Urografia

Terapie

- Dialisi
- Chemioterapia
- Radioterapia
- Laserterapia

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

Sono **escluse**:

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

Il Rimborso sarà garantito come segue:

1. nella misura del **50%** per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapie in caso di prestazioni effettuate presso un Centro Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance (**Assistenza Diretta e Indiretta in Network**);
2. nella misura del 70%, in caso di prestazioni sostenute a **totale carico del Servizio Sanitario Nazionale** ed erogate sotto forma di **ticket sanitari**.

Non è previsto alcun rimborso in caso di ricorso a Centri non Convenzionati con il Network MBA/Health Assistance (Assistenza Indiretta fuori Network).

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

Per la documentazione da inoltrare si rinvia alla tabella riassuntiva di cui all'*Allegato 5* e alla Guida Operativa che costituisce parte integrante del presente Sussidio.

Esempio di calcolo del RIMBORSO DI PRESTAZIONE DI ALTA DIAGNOSTICA e TERAPIE:

- se l'Associato effettua una prestazione di Alta Diagnostica presso un Centro Convenzionato tramite PIC (**Assistenza diretta in network**) che, con tariffa agevolata, costerebbe € 250,00, dovrà sostenere una spesa di € 125,00 al momento dell'effettuazione della prestazione;
- se l'Associato effettua una prestazione di Alta Diagnostica presso un Centro Convenzionato (**Assistenza indiretta in network**) sostenendo un costo di € 250,00 (tariffa agevolata) avrà diritto ad un rimborso di € 125,00;
- se l'Associato effettua una prestazione di Alta Diagnostica presso un Centro non Convenzionato, non avrà diritto ad un rimborso;
- se l'Associato chiede il rimborso di Ticket SSN per prestazioni di Alta Diagnostica sostenendo un costo di € 55,00, avrà diritto al rimborso di € 38,50.

C. VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRONTO SOCCORSO

MBA, in caso di Malattia o Infortunio rimborsabili ai sensi del presente Sussidio, anche in assenza di Ricovero o Intervento chirurgico, su prescrizione medica indicante la motivazione clinica, garantisce all'Associato, nei limiti del **Sostegno annuo pari ad € 500,00 complessivi**, il Rimborso delle spese sostenute;

24

- a) per Visite Mediche Specialistiche
- b) per accertamenti diagnostici e pronto soccorso erogati in forma di ticket sanitari

Sono escluse dal Rimborso le visite e gli accertamenti diagnostici con finalità dietologiche, odontoiatrici ed ortodontiche, nonché i controlli di routine.

C.1 - Visite specialistiche

Il Rimborso delle spese sostenute per Visite Mediche Specialistiche sarà garantito come segue:

1. fino a **€ 75,00** per ogni prestazione effettuata presso un Centro Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance (**Assistenza Diretta e Indiretta in Network**);
2. **rimborso al 100%** in caso di prestazioni effettuate in Telemedicina per il tramite di Health Point (**Assistenza Diretta e Indiretta in Network**);
3. rimborso al **50%** della spesa sostenuta sotto forma di Ticket sanitari per prestazioni a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Non è previsto alcun rimborso in caso di ricorso a Centri non Convenzionati con il Network MBA/Health Assistance (Assistenza Indiretta fuori Network).



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



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

Per la documentazione da inoltrare si rinvia alla tabella riassuntiva di cui all'*Allegato 5* e alla Guida Operativa che costituisce parte integrante del presente Sussidio.

Esempio di calcolo del RIMBORSO DI VISITE MEDICHE SPECIALISTICHE:

- se l'Associato effettua una Visita Medica Specialistica presso un Centro Convenzionato tramite PIC (**Assistenza diretta in network**) che, con tariffa agevolata, costerebbe € 200,00, dovrà sostenere una spesa di € 125,00 al momento dell'effettuazione della prestazione;
- se l'Associato effettua una Visita Medica Specialistica presso un Centro Convenzionato (**Assistenza indiretta in network**) sostenendo un costo di € 200,00 (tariffa agevolata) avrà diritto ad un rimborso di € 75,00;
- se l'Associato effettua una Televisita Specialistica con Health Point tramite PIC (**Assistenza diretta in network**) che, con tariffa agevolata, costerebbe € 200,00, non dovrà sostenere alcuna spesa a suo carico al momento dell'effettuazione della prestazione;
- se l'Associato effettua una Visita Specialistica presso un Centro non Convenzionato, non avrà diritto ad un rimborso;
- se l'Associato chiede il rimborso di Ticket SSN una Visita Specialistica sostenendo un costo di € 55,00, avrà diritto al rimborso di € 27,50.

25

C.2. - Ticket sanitari per accertamenti diagnostici e pronto soccorso

MBA, garantisce il rimborso al 50% della spesa sostenuta dall'Associato per **Ticket SSN per accertamenti diagnostici** e **Ticket SSN di Pronto Soccorso**.

Sono compresi in copertura tutti quegli accertamenti non indicati al precedente punto D.; non rientrano, comunque, i controlli di routine e le prestazioni finalizzate alla diagnosi o all'erogazione di prestazioni odontoiatriche.

Per la documentazione da inoltrare si rinvia alla tabella riassuntiva di cui all'*Allegato 5* e alla Guida Operativa che costituisce parte integrante del presente Sussidio.

Esempio di calcolo del RIMBORSO DEI TICKET PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E DI PRONTO SOCCORSO:

- se l'associato chiede il rimborso di **Ticket SSN** per un Accertamento Diagnostico (diverso da quelli previsti al precedente punto D.) sostenendo un costo di € 55,00, avrà diritto al rimborso di € 27,50.
- se l'Associato effettua un Accertamento Diagnostico (diverso da quelli previsti al precedente punto D.) presso un centro Convenzionato o non Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance sostenendo un costo di € 55,00, non avrà diritto ad alcun rimborso.

SEZIONE 3 – LENTI E OCCHIALI

D. LENTI E OCCHIALI

MBA, nel limite del Sostegno di **€ 200,00 ogni due anni per persona**, garantisce il Rimborso delle spese sostenute dall'Associato per l'acquisto di occhiale da vista completo/lenti da vista e di lenti a contatto giornaliere appositamente prescritte.

Il Rimborso sarà garantito **senza applicazione di alcuna spesa a carico** dell'Associato ed esclusivamente nel caso in cui l'acquisto sia effettuato presso un partner convenzionato, alle seguenti condizioni:

- Nel sub- limite per anno/persona pari a € 150,00 in caso di acquisto di occhiali da vista completo/lenti da vista;
- Nel sub- limite per anno/persona pari a € 75,00 in caso di lenti a contatto giornaliere.

La prestazione sarà ammessa al rimborso solo a seguito della modifica del visus per ogni tipo di difetto refrattivo o in caso di prima prescrizione, dietro presentazione di prescrizione/certificazione medica.

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

Non sono rimborsate le spese in caso di sola montatura.

Per la documentazione da inoltrare si rinvia alla tabella riassuntiva di cui all'*Allegato 5* e alla Guida Operativa che costituisce parte integrante del presente Sussidio.

SEZIONE 4- PREVENZIONE

E. AGEVOLAZIONI IN TELEMEDICINA

MBA tramite Health Point S.p.A., rivoluziona il modo di pensare al benessere con le televisite, una soluzione pratica, veloce e sicura per confrontarsi con specialisti sanitari di alto livello per la prevenzione, la diagnosi e la cura. Particolarmente adatte per tutte quelle visite che non necessitano di un contatto fisico tra medico e paziente, le televisite sono la soluzione ideale per avere sempre sotto controllo la propria salute eliminando gli spostamenti e i tempi di attesa. Attraverso MyDigitalHealth, la piattaforma di proprietà di Health Point appositamente progettata per i servizi di Telemedicina, basterà avere un computer o un qualsiasi dispositivo mobile per interagire a distanza e in tempo reale con uno specialista sanitario nel pieno rispetto della privacy. Mutua MBA offre all'Associato la possibilità di effettuare con uno sconto del 20% durante la validità del presente Sussidio, visite specialistiche in Telemedicina tramite Health Point oltre a quelle previste dal presente sussidio e di seguito regolamentate.

F. PRESTAZIONI IN TELEMEDICINA (in alternativa alla garanzia "MEDICINA PREVENTIVA")

Mutua MBA, offre all'Associato la possibilità di effettuare durante la validità del presente Sussidio, 2 (due) Visite Specialistiche in Telemedicina, a titolo preventivo, per anno e per nucleo familiare.

Le prestazioni potranno essere effettuate esclusivamente in forma diretta tramite Health Point - previa autorizzazione per il tramite della Centrale Salute:

- senza applicazione di alcuna quota di spesa a carico dell'Associato per la prima prestazione;
- con applicazione di una quota a carico del 50% per la seconda prestazione.

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

L'attivazione della presente garanzia si intende in alternativa alla garanzia prevista al successivo art. "G. - "MEDICINA PREVENTIVA.

G. MEDICINA PREVENTIVA (in alternativa alla garanzia "PRESTAZIONI IN TELEMEDICINA")

Mutua MBA, offre all'Associato la possibilità di effettuare durante la validità del presente Sussidio annualmente, 1 (uno) tra le seguenti tipologie di check up:

1. Check up cardiologico

Esami di Laboratorio

- Emocromocitometrico e morfologico (HB, GR, GB, piastrine, indici eritrocitari der. F.L.9)
- Velocità di sedimentazione delle emazie



- Glicemia
- Azotemia
- Creatininemia
- Colesterolo HDL e LDL
- Colesterolo totale e colesterolemia
- Transaminasi glutammico ossalacetica GOT e glutammico piruvica (GPT)
- Urine, esame chimico e microscopico completo

Esami immagini e strumentali

- ECG di base

Visita specialistica di valutazione finale in televisita per il tramite di Health Point

2. Check up posturale

Consulenza specialistica fisioterapica/osteopatica per analisi posturale

3. Check up nutrizionale

Visita specialistica nutrizionale

Impedenziometria

Piano alimentare

4. check up oculistico

Visita specialistica oculistica

28

È da intendersi valido **1 (uno) check up per anno di fruibilità e per nucleo familiare**, effettuabile presso Struttura convenzionata con il Network MBA/Health Assistance, previa autorizzazione della Centrale Salute (**Assistenza Diretta in Network**) e in un'unica soluzione.

L'attivazione della presente garanzia si intende in alternativa alla garanzia prevista al precedente art. F. - "PRESTAZIONI IN TELEMEDICINA".

SEZIONE 5 – SUPPORTO MATERNITA'

H. SUPPORTO MATERNITA'

MBA, dal 2° (secondo) anno di validità ininterrotta al presente sussidio, nel limite del Sostegno annuo pari ad **€ 500,00**, garantisce all'Associata che si trovi in uno stato di gravidanza a rischio, il Rimborso di tutte le spese sanitarie sostenute per le seguenti prestazioni (a partire dal riconoscimento dello stato di rischio della gravidanza) :



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



- Visite di controllo ostetrico ginecologiche;
- Ecografie ostetriche;
- Accertamenti specialistici finalizzati al monitoraggio della gravidanza e dello sviluppo del feto;
- Analisi di laboratorio clinico;

Le prestazioni di cui sopra saranno garantite solo se effettuate presso Centri Convenzionati con il Network MBA/Health Assistance (Assistenza Diretta e Indiretta In Network) e **sino ad un massimo di € 100,00 per ogni prestazione al mese.**

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

Per la documentazione da inoltrare si rinvia alla tabella riassuntiva di cui all'*Allegato 5* e alla Guida Operativa che costituisce parte integrante del presente Sussidio.

SEZIONE 6 – CURE DENTARIE

I. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

Mutua MBA, a partire 2° (secondo) anno di validità ininterrotta al presente sussidio, nel limite del **Sostegno annuo** pari a **€ 400,00**, sostiene l'Associato per le spese relative a **cure odontoiatriche riportate nell'allegato 2 al presente Sussidio "TARIFFARIO PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE"**.

L'Associato riceve un rimborso senza l'applicazione di **quote di spesa a suo carico**, nei limiti e secondo le condizioni riportate nell'allegato 2 al presente Sussidio "TARIFFARIO PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE", per prestazioni effettuate presso Centri Convenzionati con il Network MBA/Health Assistance (**Assistenza Diretta e Assistenza Indiretta in Network**) e prestazioni sostenute a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale ed erogate sotto forma di **ticket sanitari**.

Si intendono escluse prestazioni effettuate presso Centri non Convenzionati con il Network MBA/Health Assistance nonché prestazioni non presenti nel tariffario di cui all'allegato 2 al presente Sussidio.

Unitamente alla richiesta di Rimborso, l'Associato dovrà presentare il piano di cure predisposto dall'odontoiatra, dal quale risultino i denti curati/da curare e le motivazioni cliniche del

trattamento, con indicazione del dente trattato per arcata e numero, nonché i referti degli accertamenti diagnostici strumentali (RX, OPT, TAC, RMN) dai quali sia possibile evincere con chiarezza la sede da curare. Altresì dovrà indicarsi, qualora previsto, il periodo massimo di trattamento per la conclusione della cura.

Per la documentazione da inoltrare si rinvia alla tabella riassuntiva di cui all'*Allegato 5* e alla Guida Operativa che costituisce parte integrante del presente Sussidio

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

AREA SERVIZI E ASSISTENZA DI CENTRALE SALUTE

J. CONSERVAZIONE CELLULE STAMINALI

Per tutto il corso di validità del presente Sussidio, l'Associato avrà a disposizione a costi agevolati la possibilità di usufruire di convezioni presso Partner di Mutua MBA

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

a) Crio - conservazione delle cellule staminali

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

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

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

b) Informazione scientifica

I nostri partner vogliono 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.

c) Consulenza medica

I nostri Partner non vogliono limitarsi, quindi, alla sola conservazione delle cellule staminali, ma vogliono essere il centro di competenze scientifiche e mediche unico e ideale per ogni ulteriore esigenza che possa maturare a conservazione avvenuta.

Qualora nel corso del periodo di stoccaggio dovesse presentarsi una patologia per la quale la disponibilità di proprie cellule staminali possa consentire l'utilizzo di un trattamento o di una terapia a base di staminali, potranno 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, si prenderanno cura del trasporto dei campioni presso la struttura sanitaria indicata dal Genitori, supportando gli stessi, attraverso il proprio personale tecnico, nel coordinamento di tutte le complesse attività terapeutiche.

AREA SOSTEGNO

Premessa

Mutua MBA assiste l'Associato che si trova in uno stato di fragilità in conseguenza di un **Infortunio** o di una **Malattia** che risultino compresi nei termini del presente Sussidio, nonché gli eredi dell'Associato Titolare in caso di **Decesso** di quest'ultimo. Le prestazioni previste nella presente **AREA SOSTEGNO** si intendono valide per gli Associati che non abbiano compiuto il 66° anno di età.

31

SEZIONE 7- FRAGILITA' TEMPORANEA

K. FRAGILITA' TEMPORANEA DA INFORTUNIO

K.1. - Sostegno per fragilità e contributo di assistenza

MBA sostiene l'Associato in caso di **Fragilità temporanea** causata da un infortunio che sia accaduto durante l'esercizio dell'attività professionale (e occorso durante la validità del presente Sussidio) e abbia comportato il ricovero in Pronto Soccorso (ferme le esclusioni di cui al successivo art. K.3.).

Al manifestarsi di tali condizioni, viene garantito il sostegno nei seguenti casi:

- a) un **contributo di €30 al giorno**, qualora l'Infortunio abbia come conseguenza uno stato di **Immobilizzazione da gesso**, per ogni giorno di immobilizzazione (esclusi eventuali giorni

di immobilizzazione durante una degenza ospedaliera) e per un massimo di **10 giorni** per evento;

b) **contributo di assistenza** pari all'importo di **€50 al giorno di degenza comprendente il pernottamento, a partire dal terzo giorno di ricovero** e per un **massimo di 30 giorni all'anno**, a titolo di sostegno economico per affrontare la condizione di difficoltà qualora l'Infortunio abbia come conseguenza **un ricovero ordinario** (esclusa la degenza per il ricovero in Pronto Soccorso);

c) **rimborso**, nel limite di **€ 200** al mese per un **massimo di 3 mesi, delle seguenti spese sanitarie rese necessarie e strettamente correlate all'Infortunio**:

(1) cure dentarie

(2) trattamenti fisioterapici e rieducativi,

(3) protesi, ortesi e presidi sanitari (acquistati e/o noleggiati);

le tre tipologie di sostegno sopra indicate si intendono cumulative qualora per l'Infortunio occorso si presentino tutte le casistiche sopra descritte.

Salvo dove espressamente specificato, le prestazioni strettamente collegate all'esito di fragilità temporanea da infortunio sono garantite in forma rimborsuale, sia se effettuate presso centri privati (Centro Convenzionato e non Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance) che presso strutture del Servizio Sanitario Nazionale.

32

Il rimborso è riconosciuto per le spese sanitarie e assistenziali che siano state sostenute in Italia e in giorni di validità del presente Sussidio, per sottoscrizione o per rinnovo da parte dell'Associato.

K.2. - Accertamento dell'esito temporaneo di Infortunio

Ai fini dell'attivazione delle prestazioni, dovrà essere comunicata a MBA la seguente documentazione:

- Referto di Pronto Soccorso Ospedaliero o di Struttura convenzionata con il SSN, presente sul luogo dell'infortunio da cui sia chiaramente possibile evincere la data di accadimento dell'infortunio e le conseguenze traumatiche dell'Infortunio;
- Documentazione sanitaria (cartelle cliniche, relazioni mediche, accertamenti diagnostici, etc.) utile alla valutazione del quadro clinico e che consenta chiaramente di identificare le conseguenze e dell'Infortunio;
- Ogni altro documento che MBA ritenga necessario produrre per attestare lo stato di fragilità temporanea e le circostanze dell'Infortunio avvenuto durante l'esercizio della propria attività professionale.

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



K.3. - Validità delle prestazioni

Mutua MBA non riconosce all'Associato il diritto alle prestazioni che siano riconducibili ad un infortunio accorso precedentemente alla data di effetto del Sussidio, sia come conseguenza diretta di esso che come aggravamento della condizione preesistente, che accorso durante il periodo di validità del Sussidio ma aggravamento di una condizione già riconosciuta ai sensi del Sussidio.

Mutua MBA non riconosce all'Associato le prestazioni nel caso in cui lo stato di fragilità temporanea è considerato conseguenza di:

- eventi non rimborsabile ai sensi del presente Regolamento – così come previsto all' Art. 19 – Esclusioni della *SEZIONE 3*;
- infortunio subito alla guida di mezzi di locomozione aerei;
- infortunio occorso alla guida di veicoli o natanti causati da crisi epilettiche dell'Associato o se l'Associato non è abilitato alla guida a norma delle disposizioni in vigore;
- infortunio accaduto durante l'esercizio di professioni circensi, acrobata, stunt-man, astronauta o che prevedano l'uso di materiali pirici, pirotecnici o esplosivi;
- sport che prevedano l'uso di veicoli o natanti a motore e che non siano di regolarità pura.

L. FRAGILITA' TEMPORANEA DA MALATTIA

L.1. - Definizione dello stato di fragilità e contributo di assistenza

È destinatario della presente prestazione l'Associato al quale è accertata una malattia – che non abbia come conseguenza un Ricovero con Intervento Chirurgico nell'elenco "*Elenco degli Interventi Di Alta Chirurgia*" di cui all'allegato 1 e che non risulti compresa nell'elenco "*Elenco delle Gravi Malattie*" di cui all'Allegato 4 - insorta durante il periodo di validità del Sussidio che comporti una **condizione di fragilità temporanea con conseguente Ricovero ordinario.**

In tal caso MBA prevede:

- a) l'erogazione di un **contributo di assistenza** pari a **€50 per ogni giorno di degenza** comprendente il pernottamento, **a partire dal terzo giorno di Ricovero** e per un **massimo di 30 giorni all'anno.**
- b) l'erogazione di un contributo aggiuntivo di Assistenza, per ogni giorno di degenza comprendente il pernottamento se, nel nucleo assistito, sia presente un figlio di età inferiore a 8 anni, pari a € 50 al giorno per un massimo di 10 giorni all'anno;

L.2. - Accertamento dell'insorgenza della Malattia

Ai fini dell'attivazione delle prestazioni, dovrà essere comunicata a MBA la seguente documentazione:



- Diagnosi (certificato del medico curante attestante la Malattia – scaricabile dalla sezione personale del sito di MBA o richiedibile alla Centrale Salute – compilata dal medico curante);
- Documentazione sanitaria (cartelle cliniche, relazioni mediche, accertamenti diagnostici, etc.) utile alla valutazione del quadro clinico e che consenta chiaramente di identificare la Malattia, la sua insorgenza e le conseguenze permanenti della stessa;
- Ogni altro documento che MBA ritenga necessario produrre per attestare lo stato di fragilità temporanea da Malattia.

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

L.3. - Validità delle prestazioni

Mutua MBA non riconosce all'Associato il diritto alle prestazioni per malattie preesistenti alla data di decorrenza del presente Sussidio o che siano espressione o conseguenza di situazioni patologiche insorte anteriormente alla decorrenza del Sussidio, anche se riguardanti sistemi organo- funzionali diversi da quelli interessati dalla malattia antecedente, e già note in quel momento all'Associato, in quanto già diagnosticate o curate.

Mutua MBA non riconosce all'Associato le prestazioni nel caso in cui lo stato di fragilità temporanea è considerato conseguenza di malattia non rimborsabile ai sensi del presente Regolamento – così previsto all' Art. 19 – Esclusioni della **SEZIONE 3**.

SEZIONE 8- FRAGILITA' PERMANENTE

M. FRAGILITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO

M.1. - Definizione dello stato di fragilità e contributo di assistenza

È destinatario della presente prestazione l'**Associato Titolare del Sussidio** che subisce conseguenze permanenti da un **Infortunio** verificatosi durante il periodo di validità del Sussidio non rientrante tra quelli esclusi di cui all'art. M.3.

Qualora l'Infortunio, accorso nel periodo di validità del Sussidio, abbia come conseguenza uno stato di fragilità permanente dell'Associato secondo l'elenco esaustivo all'Allegato 3 *"Elenco degli esiti permanenti di Infortunio"*, MBA prevede:

- a) l'erogazione di un **contributo di assistenza** pari all'importo riportato nella tabella seguente a titolo di sostegno economico per affrontare la condizione di difficoltà:

Esiti permanenti di Infortunio	Contributo di assistenza
Tipo I	500,00 €

Tipo II	2.500,00 €
Tipo III	5.000,00 €
Tipo IV	10.000,00 €

Ed in supporto dell'associato titolare in condizione di fragilità permanente, è previsto un Rimborso spese, legate all'attività professionale, nella misura del 10% del contributo erogato e per le seguenti finalità:

- per affitto/mutuo/finanziamento
- oneri di iscrizione agli albi o ordini professionali (nell'ultimo anno)

b) in supporto all'associato titolare in condizione di fragilità riconoscendo un **rimborso delle spese sanitarie e assistenziali** (strettamente collegato all'esito permanente dell'Infortunio) legate allo stato di salute dell'Associato:

1. trattamenti fisioterapici e rieducativi collegate all'evento, anche domiciliari, con personale;
2. protesi, ortesi e presidi sanitari (acquistati e/o noleggiati);
3. rimborso spese per Visite di supporto psicologico (per un massimo di quattro prestazioni al mese);
4. ausili sanitari di supporto per deficit invalidante;
5. opere di abbattimento e superamento delle barriere architettoniche per rendere accessibile da parte dei disabili la propria abitazione;
6. Assistenza domiciliare (Infermiere, Operatore Socio-Sanitario);
7. Acquisto o noleggio di dispositivi socioassistenziali di monitoraggio (localizzazione e sorveglianza a distanza);
8. Trasporto in Ambulanza (presso centri ospedalieri, in caso di difficoltà motorie),

nei seguenti limiti:

- **€ 100,00** al mese e fino a **6 mesi** dal verificarsi dell'Infortunio, **nei casi di "Esiti permanenti di Infortunio di tipo II"**;
- **€ 200,00** al mese e fino a **9 mesi** dal verificarsi dell'Infortunio, **nei casi di "Esiti permanenti di Infortunio di tipo III"**;

- **€ 200,00 al mese e fino a 12 mesi dal verificarsi dell'infortunio nei casi di "Esiti permanenti di Infortunio di tipo IV"**

Salvo dove espressamente specificato, le prestazioni strettamente collegate all'esito permanente dell'Infortunio sono garantite in forma rimborsuale sia se effettuate presso centri privati (Centro Convenzionato e non Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance) che presso strutture del Servizio Sanitario Nazionale.

Il rimborso è riconosciuto per le spese sanitarie e assistenziali che siano state sostenute in Italia e in giorni di validità del presente Sussidio per sottoscrizione o per rinnovo da parte dell'Associato.

M.2. - Accertamento dell'esito permanente di Infortunio

Ai fini dell'attivazione della prestazione, il Comitato Medico – Legale di MBA, eventualmente avvalendosi della consulenza tecnico-specialistica ritenuta necessaria, esaminerà e valuterà la documentazione ricevuta (si veda a tal proposito la Guida Operativa) entro e non oltre tre mesi dalla data di ricevimento della documentazione completa ed eventualmente predisporrà una visita.

È necessario che l'Associato comunichi l'evento entro il termine massimo di 180 giorni dal verificarsi dell'Infortunio, al fine di attivare la presente prestazione. L'inadempimento di tale obbligo comporta la perdita totale del diritto al rimborso.

In particolare, dovrà essere comunicata a MBA la seguente documentazione:

36

- Diagnosi (certificato del medico curante attestante lo stato di fragilità permanente – scaricabile dalla sezione personale del sito di MBA o richiedibile alla Centrale Salute – compilata dal medico curante);
- Referto di Pronto Soccorso Ospedaliero o di Struttura convenzionata con il SSN, presente sul luogo dell'infortunio da cui sia chiaramente possibile evincere la data di accadimento dell'infortunio e le conseguenze traumatiche dell'Infortunio;
- Documentazione sanitaria (cartelle cliniche, relazioni mediche, accertamenti diagnostici, etc.) utile alla valutazione del quadro clinico e che consenta chiaramente di identificare le conseguenze traumatiche dell'Infortunio;
- Ogni altro documento che MBA ritenga necessario produrre per attestare lo stato di fragilità permanente e le circostanze dell'Infortunio.

MBA, in ogni caso, ha la facoltà di procedere, eventualmente alla presenza del Medico curante dell'Associato, a controlli presso l'Associato e, in particolare, di farlo esaminare da un Medico di sua scelta. In caso di rifiuto da parte dell'Associato a sottoporsi ad un controllo o all'invio dei documenti richiesti, l'erogazione delle prestazioni è revocata dalla data della richiesta della documentazione da parte di MBA.



Il decesso dell'Associato dovrà essere immediatamente comunicato a MBA (dai familiari conviventi dell'Associato). Tutti gli importi eventualmente percepiti dopo il decesso dovranno essere restituiti a MBA.

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

In caso di più esiti permanenti di Infortunio sussidiabili riconducibili allo stesso Infortunio, le prestazioni non sono cumulabili ed è riconosciuta la prestazione più favorevole all'Associato.

Relativamente agli infortuni occorsi in occasione dello svolgimento di attività manuale:

1. in cantieri, anche edili,
2. su impalcature, tetti e ponteggi,
3. in stalle, officine, porti,

il sostegno economico si intenderà ridotto del 25%.

Il decesso dell'Associato precedente alla valutazione della documentazione e autorizzazione all'attivazione delle prestazioni comporta il decadimento della pratica e l'eventuale attivazione delle prestazioni di cui all'art. 0. - *"DECESSO DELL'ASSOCIATO"*, fermo restando l'accertamento di cui all'art. 0.3.

M.3. - Validità delle prestazioni

Mutua MBA non riconosce all'Associato il diritto alle prestazioni che siano riconducibili ad un infortunio accorso precedentemente alla data di effetto del Sussidio, sia come conseguenza diretta di esso che come aggravamento della condizione preesistente, che accorso durante il periodo di validità del Sussidio ma aggravamento di una condizione già riconosciuta ai sensi del Sussidio.

Mutua MBA non riconosce all'Associato le prestazioni nel caso in cui lo stato di fragilità permanente è considerato conseguenza di:

- eventi non rimborsabile ai sensi del presente Regolamento – così come previsto all'art. 19 – Esclusioni della *SEZIONE 3*;
- infortunio subito alla guida di mezzi di locomozione aerei;
- infortunio occorso alla guida di veicoli o natanti causati da crisi epilettiche dell'Associato o se l'Associato non è abilitato alla guida a norma delle disposizioni in vigore;
- infortunio accaduto durante l'esercizio di professioni circensi, acrobata, stunt-man, astronauta o che prevedano l'uso di materiali pirici, pirotecnici o esplodenti;
- sport che prevedano l'uso di veicoli o natanti a motore e che non siano di regolarità pura.

N. FRAGILITA' PERMANENTE DA MALATTIA

N.1. - Definizione dello stato di fragilità e contributo di assistenza

È destinatario della presente prestazione l'**Associato Titolare del Sussidio** al quale è accertata una malattia manifestatasi con conseguenze permanenti durante il periodo di validità del Sussidio.

In caso di insorgenza, nel periodo di validità del Sussidio, di una malattia che comporti una condizione di fragilità permanente per l'Associato, secondo l'elenco esaustivo all'Allegato 4 - "Elenco delle Gravi Malattie", MBA prevede:

- a) l'erogazione di un **contributo di assistenza** pari all'importo riportato nella tabella seguente a titolo di sostegno economico per affrontare la condizione di difficoltà:

Gravi Malattie	Contributo di assistenza
Tipo I	10.000,00 €
Tipo II	20.000,00 €

ed un supporto all'associato titolare in condizione di fragilità permanente da malattia, mediante il riconoscimento di un Rimborso spese legate all'attività professionale nella misura del 10% del contributo erogato, legate a:

- per affitto/mutuo/finanziamento
- oneri di iscrizione agli albi o ordini professionali (nell'ultimo anno)

38

- b) il supporto dell'associato titolare in condizione di fragilità riconoscendo un **rimborso delle spese sanitarie e assistenziali** (strettamente collegato all'esito permanente da Malattia) legate allo stato di salute dell'Associato:

1. trattamenti fisioterapici e rieducativi collegate all'evento, anche domiciliari, con personale convenzionato con il Network MBA/Health Assistance o sotto forma di Ticket sanitari;
2. protesi, ortesi e presidi sanitari (acquistati e/o noleggiati);
3. rimborso spese per Visite di supporto psicologico
4. ausili sanitari di supporto per deficit invalidante;
5. opere di abbattimento e superamento delle barriere architettoniche per rendere accessibile da parte dei disabili la propria abitazione;
6. Assistenza domiciliare (Infermiere, Operatore Socio-Sanitario);
7. Acquisto o noleggio di dispositivi socioassistenziali di monitoraggio (localizzazione e sorveglianza a distanza);
8. Trasporto in Ambulanza (presso centri ospedalieri, in caso di difficoltà motorie),

nel limite di seguito riportato:

- **€ 200,00** al mese e fino a **9 mesi** dal verificarsi dell'infortunio per esiti permanenti di Infortunio di **tipo I**;
- **€ 200,00** al mese e fino a **12 mesi** dal verificarsi dell'infortunio per esiti permanenti di Infortunio di **tipo II**;

Salvo dove espressamente specificato, le prestazioni strettamente collegate all'esito permanente della malattia sono garantite in forma rimborsuale senza quota di spesa a carico dell'Associato, sia se effettuate presso centri privati (Centro Convenzionato e non Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance) che presso strutture del Servizio Sanitario Nazionale.

Il rimborso è riconosciuto per le spese sanitarie e assistenziali che siano state sostenute in Italia e in giorni di validità del presente Sussidio per sottoscrizione o per rinnovo da parte dell'Associato.

N.2. - Accertamento dell'insorgenza della Malattia

Ai fini dell'attivazione della prestazione, il Comitato Medico – Legale di MBA, eventualmente avvalendosi della consulenza tecnico-specialistica ritenuta necessaria, esaminerà e valuterà la documentazione ricevuta (si veda a tal proposito la Guida Operativa) entro e non oltre tre mesi dalla data di ricevimento della documentazione completa ed eventualmente predisporrà una visita.

È necessario che l'Associato comunichi l'evento entro il termine massimo di 180 giorni dal verificarsi della Malattia, al fine di attivare la presente prestazione. L'inadempimento di tale obbligo comporta la perdita totale del diritto al rimborso.

In particolare, dovrà essere comunicata a MBA la seguente documentazione:

- Diagnosi (certificato del medico curante attestante la Malattia – scaricabile dalla sezione personale del sito di MBA o richiedibile alla Centrale Salute – compilata dal medico curante);
- Documentazione sanitaria (cartelle cliniche, relazioni mediche, accertamenti diagnostici, etc.) utile alla valutazione del quadro clinico e che consenta chiaramente di identificare la Malattia, la sua insorgenza e le conseguenze permanenti della stessa;
- Ogni altro documento che MBA ritenga necessario produrre per attestare lo stato di fragilità permanente da Malattia.

MBA, in ogni caso, ha la facoltà di procedere, eventualmente alla presenza del Medico curante dell'Associato, a controlli presso l'Associato e, in particolare, di farlo esaminare da un Medico di sua scelta. In caso di rifiuto da parte dell'Associato a sottoporsi ad un controllo o all'invio dei documenti richiesti, l'erogazione delle prestazioni è revocata dalla data della richiesta della documentazione da parte di MBA.

Il decesso dell'Associato dovrà essere immediatamente comunicato a MBA (dai familiari conviventi dell'Associato). Tutti gli importi eventualmente percepiti dopo il decesso dovranno essere restituiti a MBA.

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

Nel corso di validità del Sussidio lo stato di fragilità già accertato non può essere oggetto di ulteriore valutazione sia in caso di aggravamento, sia in caso di concorrenza con nuove malattie. Il decesso dell'Associato precedente alla valutazione della documentazione e autorizzazione all'attivazione delle prestazioni comporta il decadimento della pratica

N.3. - Validità delle prestazioni

Mutua MBA non riconosce all'Associato il diritto alle prestazioni per malattie preesistenti alla data di decorrenza del presente Sussidio o che siano espressione o conseguenza di situazioni patologiche insorte anteriormente alla decorrenza del Sussidio, anche se riguardanti sistemi organo- funzionali diversi da quelli interessati dalla malattia antecedente, e già note in quel momento all'Associato, in quanto già diagnosticate o curate.

Mutua MBA non riconosce all'Associato le prestazioni nel caso in cui lo stato di fragilità permanente è considerato conseguenza di malattia non rimborsabile ai sensi del presente Regolamento – così previsto all'art. Art. 19 – Esclusioni della *SEZIONE 3*.

SEZIONE 9 – PREMORIENZA DELL'ASSOCIATO

0. DECESSO DELL'ASSOCIATO

0.1. - Contributo di assistenza

In caso di premorienza **dell'Associato Titolare del Sussidio** nel corso di validità dello stesso, a seguito di Malattia o Infortunio, fatta eccezione per le ipotesi di cui all'art. 19 – Esclusioni della SEZIONE 3, Mutua MBA prevede:

- a) il versamento di un **Contributo di assistenza** pari a **€ 5.000,00** a titolo di sostegno economico a favore degli eredi;
- b) il versamento di un **Contributo di assistenza aggiuntivo** pari a **€ 5.000,00** a favore degli eredi in presenza di:
 - figlio minorenni;
 - figlio under 26 iscritto a corso universitario,
 - figlio o coniuge con invalidità superiore al 66%;



c) il sostegno agli eredi riconoscendo un rimborso delle seguenti spese:

- spese per affitto/mutuo/finanziamento legate alla residenza dell'Associato Titolare deceduto, nel caso in cui i contratti siano stipulati almeno un mese prima la data del decesso;
- spese per l'istruzione del/i figlio/i dell'Associato deceduto (tasse per scuola dell'Infanzia, Primaria, Secondaria, Università);
- sostegno psicologico per coniuge e figli minori del Titolare deceduto;

nel limite di € 500,00 al mese e fino a 3 mesi dalla data di decesso dell'Associato.

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

0.2. - Accertamento del Decesso dell'Associato

In caso di decesso dell'Associato, gli eredi, al fine di accedere alle prestazioni di cui all'art. 0.1, dovranno inviare alla Centrale Salute i seguenti documenti:

- Modulo di richiesta del Contributo di assistenza (scaricabile dall'area riservata di Mutua MBA);
- Copia del Certificato attestante l'avvenuto decesso dell'Associato e le cause/circostanze del decesso;
- Dichiarazione sostitutiva del superstite ex art. 47 D.P.R. 445/2000 (attestante la qualifica di superstite come sopra definito);
- Dichiarazione sostitutiva di notorietà dalla quale si evincano i dati identificativi degli eredi;
- IBAN dell'erede designato per l'accredito del Contributo; In presenza di figlio/i studente/i, Dichiarazione sostitutiva dello stato di famiglia e/o dichiarazione sostitutiva attestante il grado di parentela, completi di data e firma olografa del Socio, idonei a certificare il legame parentale tra l'Associato deceduto ed il figlio/i studente/i.

Nel caso in cui la salma dell'Associato non dovesse essere ritrovata, la Mutua eroga le prestazioni agli eredi dopo 6 (sei) mesi dalla presentazione e accettazione dell'istanza di morte presunta. Se dopo il pagamento del contributo economico risulti che l'Associato sia vivo o che la morte sia riconducibile alle clausole di esclusione di cui all'art. Art. 19 – Esclusioni della *SEZIONE 3*, la Mutua ha diritto alla restituzione dell'intera somma pagata. A restituzione avvenuta l'Associato avrà così diritto al contributo economico spettante in base al presente Sussidio, per altri casi eventualmente garantiti.

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

0.3. - Validità delle prestazioni

Mutua MBA non riconosce all'Associato il diritto alle prestazioni di cui all'art. 0.1 per cause che siano espressione o conseguenza di eventi per cui vale la generale esclusione ai sensi del presente Regolamento – così come previsto all'art. 19 – Esclusioni della **SEZIONE 3**.

La prestazione previste in caso di decesso dell'Associato non è cumulabile con quelle previste alla Sezione 7 - FRAGILITA' TEMPORANEA e alla Sezione 8 - FRAGILITA' PERMANENTE del presente Sussidio.

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 di Mutua MBA.



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



ALLEGATO 1 – ELENCO DEGLI “INTERVENTI DI ALTA CHIRURGIA”

Cardiochirurgia

- Interventi per asportazione di tumori del cuore
- Interventi di bypass aorto-coronarico singolo o multiplo con prelievo di vasi
- Interventi chirurgici per malformazioni del cuore o dei grossi vasi in c.e.c.
- Interventi di resezione cardiaca (per aneurisma, infarto, tumore)
- Interventi di sostituzione valvolare multipla
- Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione

Chirurgia Vascolare

- Interventi chirurgici per stenosi o aneurismi sui seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrali, succlavie, troncobranchiocefalico, renali, iliache, femorale e poplitea, polmonare
- Interventi chirurgici sull'aorta toracica e addominale compreso bypass aorto-bisiliaco o bifemorale
- Endoarteriectomia della arteria carotide e/o della arteria vertebrale
- Tromboendoarteriectomia arteriosa iliaco-femorale

Neurochirurgia

- Anastomosi dei vasi intra-extra cranici
- Asportazione di neoplasie maligne o aneurismi endocranici
- Asportazione di neoplasie maligne orbitali
- Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali
- Emisferectomia
- Interventi chirurgici per epilessia focale
- Interventi chirurgici per patologie intramidollari e per traumi vertebromidollari con stabilizzazione chirurgica con viti e barre
- Interventi chirurgici per tumori della base cranica per via transorale
- Interventi chirurgici sull'ipofisi per via transfenoidale
- Interventi chirurgici sulla cerniera atlante-occipitale
- Interventi chirurgici endorachidei per asportazione di tumori
- Interventi per deviazioni liquorale indiretta con shunt intraperitoneali
- Neurotomia retrogasseriana - sezione intracranica di altri nervi
- Operazioni chirurgiche endocraniche per ascesso ed ematoma intracranici
- Microdecompressione endocranica dei nervi cranici
- Talamotomia, pallidotomia

Chirurgia Generale

Chirurgia del Collo

- Interventi chirurgici per gozzo retrosternale con mediastinotomia
- Timectomia per via cervicale
- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne

Chirurgia dell'Esofago



- Resezione dell'esofago per stenosi benigne o megaesofago
- Interventi chirurgici per lesioni traumatiche o spontanee dell'esofago
- Operazioni sull'esofago per neoplasie maligne: resezioni parziali, basse, alte, totali
- Resezione di diverticoli dell'esofago toracico con o senza miotomia

Chirurgia del Pancreas - Milza - Surrene

- Interventi chirurgici di necrosi acuta del pancreas
- Interventi demolitivi sul pancreas:
 - a) totale o della testa
 - b) della coda
- Interventi per cisti e pseudo cisti:
 - a) enucleazioni delle cisti
 - b) marsupializzazione
- Interventi per fistole pancreatiche
- Interventi per tumori endocrini funzionali del pancreas

Chirurgia dello Stomaco - Duodeno

- Resezione gastrica da neoplasie maligne e benigne
- Gastrectomia allargata da neoplasie maligne
- Gastrectomia totale da neoplasie maligne
- Intervento per fistola gastro-digiuno-colica
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-anastomotica

Chirurgia del Fegato - Vie biliari

- Interventi chirurgici derivazioni bilio digestive
- Interventi chirurgici laparoscopico o laparotomici sulla papilla di Water
- Interventi di ablazione laparoscopia al fegato per neoplasie maligne
- Interventi di anastomosi porta-cava o spleno-renale o mesenterica-cava
- Deconnessione azygos-portale per via addominale
- Interventi chirurgici per la ricostruzione delle vie biliari
- Resezione epatica
- Coledoco-epatico-digiuno-duodenostomia con o senza colecistectomia
- Coledoco-epatico-digiunostomia con o senza colecistectomia
- Coledoco-epatico-duodenostomia con o senza colecistectomia

Chirurgia del Colon - Retto - Ano

- Amputazione del retto per via addomino-perineale o addomino-sacrale
- Interventi per neoplasie maligne effettuati per via addominoperineale
- Proctocolectomia totale
- Ricostruzione sfinterale con gracile plastica

Chirurgia dell'Intestino

- Colectomia parziale da neoplasie maligne
- Colectomia totale con eventuale stomia

- Resezione anse intestinali con anastomosi per neoplasie maligne
- Bypass gastrointestinali e intestinali per neoplasie maligne

Chirurgia del Peritoneo

- Exeresi di neoplasie maligne dello spazio retroperitoneale

Chirurgia del Torace

- Asportazione totale/parziale della mammella per neoplasie maligne
- Exeresi per tumori primitivi delle coste e dello sterno
- Interventi chirurgici per neoplasie maligne del mediastino
- Interventi chirurgici per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi lobare o polmonare
- Interventi di resezione della trachea per neoplasie maligne
- Lobectomia polmonare o resezione segmentaria
- Pleurectomia
- Pleuropneumonectomia
- Pneumonectomia
- Resezione bronchiale con reimpianto
- Timectomia per via toracica
- Toracectomia ampia
- Toracoplastica totale

Chirurgia Otorinolaringoiatrica e Maxillo-Facciale

- Interventi demolitivi del massiccio facciale per neoplasie maligne
- Interventi demolitivi del cavo oro-faringeo per neoplasie maligne
- Laringectomia totale
- Laringofaringectomia
- Intervento per neurinoma dell'ottavo paio
- Parotidectomia totale per neoplasie maligne

Chirurgia Ginecologica

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

Chirurgia Ortopedia e Traumatologia

- Artrodesi vertebrali per via anteriore e/o posteriore con barre e viti due o più livelli
- Artroprotesi totale di anca
- Artroprotesi totale di ginocchio
- Disarticolazione interscapolo toracica
- Emipelvectomia
- Interventi con resezione sulle grandi articolazioni e sulle ossa lunghe per neoplasie maligne
- Interventi per rimozione e reimpianto di protesi d'anca (impiantati nel periodo di copertura)

- Resezione di corpi vertebrali (somatectomia) e sostituzione con cemento o trapianti
- Resezioni del sacro

Chirurgia Urologica

- Prostatectomia radicale per neoplasie maligne, qualsiasi via con eventuale linfadenectomie
- Cistectomia radicale con ureterosigmoidostomia
- Nefrectomia allargata per neoplasie maligne
- Nefro-ureterectomia totale
- Orchiectomia con linfadenectomia per neoplasie maligne testicolari
- Riparazione per via chirurgica laparoscopica o laparotomica di fistola vescico intestinale con asportazione di segmento di intestino
- Surrenalectomia
- Uretero-ileo anastomosi mono o bilaterale

Trapianti d'organo

- Tutti

Grandi Ustioni

- Interventi chirurgici per ustioni di terzo grado con estensione pari almeno al 20% del corpo

ALLEGATO 2 - TARIFFARIO PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

CHIRURGIA ORALE		
PRESTAZIONE	LIMITI TEMPORALI ANNUI	RIMBORSO MASSIMO PER PRESTAZIONE
estrazione chirurgica del dente o radice semplice o complessa (per qualsiasi numero di radici, incluse di elementi pluriradicolari scoronati)	una volta, mai ripetibile sullo stesso elemento	€ 50,00
estrazione complessa di dente incluso o semi incluso o rimozione semplice o complessa di abutment in titanio, per elemento, per abutment (qualsiasi numero di denti o di elementi pluriradicolari scoronati)	una volta, mai ripetibile sullo stesso elemento	€ 50,00
estrazione dente reciduo	una volta a dente, mai ripetibile sullo stesso elemento	€ 50,00
interventi di piccola chirurgia orale, asportazione di cisti mucosa o piccole neoplasie, per emiarcata e medicazioni successive	una volta per lo stesso elemento	€ 90,00
scappucciamento dente incluso a scopo ortodontico	una volta o per lo stesso elemento	€ 50,00
apicectomia con otturazione retrograda (per qualsiasi numero di radici)	una volta sulla stessa emiarcata	€ 70,00
rizotomia complessa estrazione di singola/e radici di dente pluriradicolato, per elemento (qualsiasi numero di radici, compreso lembo).	una volta, mai ripetibile per lo stesso elemento	€ 70,00
asportazione di neoformazione per escissione completa di calcoli salivari, epulide, cisti mucosa intraorale o granuloma periferico o cellule giganti, compresa eventuale resezione dell'osso alveolare	una sola volta, mai ripetibile.	€ 90,00
intervento per prelievo biotipico dei tessuti molli o duri, qualsiasi regione della cavità orale, compresa la lingua (qualsiasi numero di prelievi per unico tempo chirurgico)	una sola volta per regione zona anatomica	€ 60,00
frenulectomia / frenulectomia per due arcate	una sola volta, mai ripetibile sulla stessa arcata	€ 70,00
osteoplastica	una sola volta, mai ripetibile sullo stesso elemento	€ 60,00
separazione di radici di dente pluriradicolato, per elemento (qualsiasi numero di radici, compreso lembo).	una sola volta, mai ripetibile sullo stesso elemento	€ 50,00
intervento di chirurgia ortodontica per esposizione di elemento incluso, comprensivo dell'eventuale posizionamento di viti transmucose (qualsiasi tipo) per trazione elementi intraocclusione o parziale erotti, compresa la prestazione dell'ortodontista per l'ancoraggio (per elemento)	una sola volta, mai ripetibile sullo stesso elemento	€ 80,00
intervento per regolarizzazione cresta alveolare parzialmente edentula o edentula, o exeresi torus palatino o torus mandibolare per fini protesici, per emiarcata	non ripetibile sulla stessa arcata	€ 60,00
TERAPIA CONSERVATIVA		
PRESTAZIONE	LIMITI TEMPORALI ANNUI	RIMBORSO MASSIMO PER PRESTAZIONE
otturazione ad 1 superficie (restauro definitivo di cavità con qualsiasi materiale da otturazione), per elemento	una volta per lo stesso elemento	€ 50,00
otturazione a 2 superfici (restauro definitivo di cavità che coinvolge due superfici contigue del dente, con qualsiasi materiale da otturazione), per elemento	una volta per lo stesso elemento	€ 70,00
otturazione a 3 superfici (restauro definitivo di cavità che coinvolge tre superfici contigue del dente, con qualsiasi materiale da otturazione), per elemento	una volta per lo stesso elemento	€ 70,00
ricostruzione del dente con perni endocanalari, per elemento (con qualsiasi tipo di metodica)	una volta per lo stesso elemento	€ 100,00
IMPLANTOLOGIA E RIGENERAZIONE OSSEA		
PRESTAZIONE	LIMITI TEMPORALI ANNUI	RIMBORSO MASSIMO PER PRESTAZIONE
impianto osteointegrato per posizionamento di abutment, (qualsiasi tipo di abutment), come unica prestazione e per abutment, compreso abutment	una sola volta a dente per lo stesso elemento	€ 250,00
abutment estetico in ceramica individualizzato	una sola volta mai ripetibile per la stessa emiarcata	€ 130,00
piccolo rialzo del seno mascellare	una sola volta mai ripetibile per la stessa emiarcata	€ 140,00
grande rialzo del seno mascellare	una sola volta mai ripetibile per la stessa emiarcata	€ 200,00
aumento di cresta	una sola volta mai ripetibile per la stessa emiarcata	€ 200,00
rimozione vecchio impianto	una sola volta mai ripetibile sullo stesso elemento	€ 70,00

ALLEGATO 3 – ELENCO DEGLI “ESITI PERMANENTI DI INFORTUNIO”

Menomazioni delle strutture corporee	
<i>Struttura dell'occhio</i>	
Perdita anatomica del globo oculare relativo ad un occhio senza possibilità di applicazione di protesi	III
Perdita anatomica del globo oculare relativo ad ambedue gli occhi senza possibilità di applicazione di protesi	IV
<i>Struttura della bocca</i>	
Rottura di almeno 3 elementi dentari, se non protesizzabili	II
Esiti di lesione del condilo mandibolare consistenti in importante sindrome algico-disfunzionale e irreversibile deficit articolare (distanza i.c. intorno a 20 mm)	II
<i>Strutture relative agli organi</i>	
Perdita totale di un rene	II
Perdita di entrambi i reni con trattamento dialitico	III
Perdita totale della milza	II
<i>Strutture relative al movimento</i>	
- <i>Estremità superiori (braccio, mano)</i>	
Perdita anatomica di un pollice	II
Perdita anatomica di un pollice e del primo metacarpo	II
Perdita di un altro dito della mano (almeno oltre la prima falange)	I
Perdita di tutte le dita di una mano	III
Perdita di tutte le dita di entrambe le mani	III
Perdita anatomica di una mano o di un avambraccio	III
Perdita anatomica di entrambe le mani	IV
Perdita anatomica di entrambi gli avambracci	III
Perdita anatomica di un arto superiore al terzo superiore o terzo medio	III
Perdita anatomica di entrambi gli arti superiori	IV
- <i>Estremità inferiori (gamba, piede)</i>	
Perdita anatomica di un dito di un piede	I
Perdita anatomica di tutte le dita di un piede	II
Perdita anatomica di tutte le dita di entrambi i piedi	II
Perdita anatomica di un piede	III
Perdita anatomica di ambedue i piedi	III
Perdita anatomica di un arto inferiore al di sotto del ginocchio	IV
Perdita anatomica di un arto inferiore al di sopra del ginocchio	IV
Menomazioni delle funzioni corporee	
<i>Funzioni sensoriali</i>	
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio	III
Perdita totale della facoltà visiva di ambedue gli occhi per lo stesso evento	IV
Sordità completa di un orecchio	II
Sordità completa bilaterale	IV
Stenosi nasale assoluta bilaterale	I
<i>Funzioni della voce</i>	
Perdita totale della voce	II
<i>Funzioni relative al movimento</i>	
- <i>Esiti di fratture</i>	

Esiti di frattura sacrale con deformazione residua e riflesso antalgico disfunzionale	I
Esiti di frattura coccigea consistenti in coccigodinia reattiva e deformazione ossea residua	I
Esiti di frattura di clavicola, sterno, scapola, con compromissione funzionale	I
Esiti di frattura di omero, radio, ulna, viziosamente consolidata, con dismorfismo, con compromissione funzionale	I
Esiti di frattura di femore con compromissione funzionale	I
Esiti di rottura di un menisco, non operabile	I
Esiti di frattura di tibia, perone, con compromissione funzionale	I
Esiti di frattura di ossa di mano o piede con compromissione funzionale o deformazione ossea residua (<i>unico contributo</i>)	I
Esiti di frattura somatica amielica con deformazione a cuneo di una vertebra cervicale	I
Esiti di frattura somatica amielica con deformazione a cuneo di una vertebra dorsale	I
Esiti di frattura somatica amielica con deformazione a cuneo della XII vertebra dorsale	I
Esiti di frattura somatica amielica con deformazione a cuneo di una vertebra lombare	I
- <i>Anchilosi</i>	
Anchilosi completa del rachide cervicale in posizione favorevole	II
Anchilosi del tratto lombare con risentimento trofico-sensitivo	II
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole, con immobilità scapola	II
Anchilosi completa dell'articolazione del gomito con angolazione tra 120° e 70° con prono-supinazione libera	II
Anchilosi completa dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	II
Anchilosi completa dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi	II
Anchilosi completa dell'anca, in posizione favorevole	II
Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole	II
Anchilosi completa rettilinea del ginocchio (180°)	II
Anchilosi completa tibio-tarsica ad angolo retto con anchilosi della sottoastralgica	II
- <i>Plegie</i>	
Paralisi totale del plesso brachiale	III
Paralisi totale del nervo radiale	III
Paralisi totale del nervo ulnare	II
Paralisi totale del nervo sciatico	III
Tetraplegia	IV
Emiplegia	IV
Paraplegia	IV
Monoplegia dell'arto superiore	IV
Monoplegia arto inferiore	IV

ALLEGATO 4 – ELENCO DELLE “GRAVI MALATTIE” PER SOSTEGNO PER FRAGILITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

Cardiopatie riconducibili a classe III NYHA con frazione d'eiezione inferiore a 30%	I
Cardiopatie riconducibili a classe IV NYHA	II
Arteriopatia arti inferiori – Pazienti in stadio IV di Fontaine-Lériché	II
Linfedema irreversibile degli arti inferiori	I
Epatite cronica con segni di ascite conclamata, controllabile con trattamento medico	I
Epatite cronica con segni di ascite scompensata, difficilmente controllabile con terapia medico	II
Anemia aplastica grave, a seconda delle manifestazioni cliniche e dell'efficacia del trattamento (neutrofili < 500 /mm ³ , piastrine < 20.000 /mm ³ , reticolociti < 40.000 /mm ³)	I
Anemia aplastica molto grave (neutrofili < 200 /mm ³ , piastrine < 20.000 /mm ³ , reticolociti < 40.000 /mm ³)	II
Leucemia mieloide cronica in fase accelerata/blastica	II
Leucemia linfatica cronica con più di tre stazioni linfonodali coinvolte, stadio B della classificazione internazionale	I
Leucemia linfatica cronica stadio C della classificazione internazionale, con anemia e piastrinopenia gravemente sintomatiche	II
Linfomi non-Hodgkin's – Linfomi B ad alto grado di malignità, secondo classificazione di Kiel	I
Linfomi non-Hodgkin's – Linfomi T ad alto grado di malignità, secondo classificazione di Kiel	I
Morbo di Hodgkin, stadio IIIB, IVA, IVB secondo Ann Arbor	I
Mieloma multiplo in stadio II secondo Durie e Salmon, all'accertamento	I
Mieloma multiplo in stadio III secondo Durie e Salmon, all'accertamento	II
Policitemia vera complicata da tumori o in trasformazione leucemica	II
Neoplasie maligne con metastasi plurime diffuse e severa compromissione dello stato generale con necessità di ospedalizzazione o di presidi domiciliari equivalenti	II
Tetraplegia alta	II
Emiplegia flaccida/spastica	I
Paraplegia	II
Monoplegia dell'arto superiore/dell'arto inferiore	I
Afasia globale grave	I
Anchilosi del rachide in toto	I
Perdita anatomica di almeno un arto superiore	II
Perdita anatomica di almeno un arto inferiore	II
Insufficienza respiratoria severa, DLCO ridotto a meno di 1/3, con contestuale compromissione anche degli altri indici Dispnea stadio V Complicanze extrapolmonari, a seconda della gravità Ipossiemia con PaO ₂ ridotta per oltre il 55% rispetto al valore normale di riferimento Ipercapnia (> 50 mmHg) Ossigenoterapia a permanenza	II
Perdita di entrambi i reni con trattamento dialitico	II
Insufficienza renale severa	I
Cecità assoluta bilaterale	II
Enucleazione di entrambi i bulbi oculari senza possibilità di protesi estetica	II

ALLEGATO 5 – TABELLE RIASSUNTIVE DELLA DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE

TAB. A FORMA DIRETTA PRESTAZIONI EXTRARICOVERO	
DOCUMENTI NECESSARI PER L'AUTORIZZAZIONE IN FORMA DIRETTA (PIC)	
(*) Modulo di Richiesta di Presa in Carico Scaricabile dall'Area Riservata (Sez. Modulistica)	A) <u>È necessario l'inoltro di questo modulo solo nel caso in cui la richiesta avvenga tramite fax;</u> in assenza della compilazione e sottoscrizione di questo Modulo, la richiesta sarà sospesa in attesa di ricevere la documentazione mancante. B) <u>Viceversa,</u> nel caso di richiesta inoltrata tramite l'accesso all'Area Riservata nella sezione Accedi alla Centrale Salute, tale Modulo non sarà richiesto.
(*) Prescrizione medica	Emessa da medico specialista e riportante: • indicazione della diagnosi di patologia già accertata o da accertare (c.d. quesito diagnostico). Attenzione: non saranno ammesse alla valutazione prescrizioni per mere sintomatologie dolorose: ad es. non potrà essere ammessa la prescrizione medica per – ad esempio – “algie” oppure “controllo”.
(*) Referto di Pronto soccorso, qualora previsto dal Regolamento anche di Strutture Convenzionate col SSN e Unità Mediche di Primo Soccorso (in caso di Infortunio)	Il Referto deve contenere descrizione delle modalità di accadimento/dinamica dell'infortunio e referti degli accertamenti eseguiti durante lo stesso. In caso di incidenti stradali presentare anche eventuale verbale dell'autorità di Pubblica sicurezza intervenuta. In caso di infortunio occorso durante lo svolgimento di attività sportiva, è necessario produrre idonea certificazione emessa dalla società sportiva che ne attesti la natura non professionale/agonistica.
(*) I documenti contrassegnati da asterisco e contenenti le informazioni indicate, sono ritenuti condizione imprescindibile alla valutazione di autorizzabili. L'assenza anche di uno di essi potrebbe comportare la reiezione della richiesta la quale dovrà essere ripresentata in modo completo nei tempi indicati al punto c2.	

TAB. B
FORMA INDIRECTA
RICOVERI E INTERVENTI CHIRURGICI

DOCUMENTI NECESSARI PER CHIEDERE IL RIMBORSO/INDENNITA'

(*) Modulo di Richiesta di Rimborso Scaricabile dall'Area Riservata (Sez. Modulistica)	A) È necessario l'inoltro di questo modulo solo nel caso in cui la richiesta avvenga tramite fax; in assenza della compilazione e sottoscrizione di questo Modulo, la richiesta sarà sospesa in attesa di ricevere la documentazione mancante. B) Nel caso di richiesta inoltrata tramite l'accesso all'Area Riservata nella sezione Accedi alla Centrale Salute, tale Modulo non sarà richiesto.
(*) Prescrizione medica del ricovero	Emessa da medico specialista e riportante: indicazione della diagnosi di patologia già accertata o da accertare (c.d. quesito diagnostico). Attenzione: non saranno ammesse alla valutazione prescrizioni per mere sintomatologie dolorose: ad es. non potrà essere ammessa la prescrizione medica per – ad esempio – “algie” oppure “controllo”.
(*) Accertamenti e relativi referti eseguiti di recente	Sulla base dei quali si è posta indicazione di ricovero/intervento oggetto di richiesta di autorizzazione.
(*) Referto di Pronto soccorso, qualora previsto dal Regolamento anche di Strutture Convenzionate col SSN e Unità Mediche di Primo Soccorso (in caso di Infortunio)	Il Referto deve contenere descrizione delle modalità di accadimento/dinamica dell'infortunio e referti degli accertamenti eseguiti durante lo stesso. In caso di incidenti stradali presentare anche eventuale verbale dell'autorità di Pubblica sicurezza intervenuta. In caso di infortunio occorso durante lo svolgimento di attività sportiva, è necessario produrre idonea certificazione emessa dalla società sportiva che ne attesti la natura non professionale/agonistica
(*) Copia COMPLETA conforme all'originale della Cartella clinica	In caso di ricovero (diurno/notturno)
(*) Descrizione dell'atto operatorio	In caso di intervento ambulatoriale
(*) I documenti contrassegnati da asterisco e contenenti le informazioni indicate, sono ritenuti condizione imprescindibile alla valutazione di autorizzabili. L'assenza anche di uno di essi potrebbe comportare la reiezione della richiesta la quale dovrà essere ripresentata in modo completo nei tempi indicati al punto c2	

TAB. C	
FORMA INDIRECTA	
PRESTAZIONI EXTRARICOVERO (ALTA DIAGNOSTICA, VISITE SPECIALISTICHE, ETC)	
DOCUMENTI NECESSARI PER CHIEDERE IL RIMBORSO	
(*) Modulo di Richiesta di Rimborso Scaricabile dall'Area Riservata (Sez. Modulistica)	A) È necessario l'inoltro di questo modulo solo nel caso in cui la richiesta avvenga tramite fax; in assenza della compilazione e sottoscrizione di questo Modulo, la richiesta sarà sospesa in attesa di ricevere la documentazione mancante. B) Nel caso di richiesta inoltrata tramite l'accesso all'Area Riservata nella sezione Accedi alla Centrale Salute, tale Modulo non sarà richiesto.
(*) Prescrizione medica	Emessa da medico specialista e riportante: - indicazione della diagnosi di patologia già accertata o da accertare (c.d. quesito diagnostico). <u>Attenzione:</u> non saranno ammesse alla valutazione prescrizioni per mere sintomatologie dolorose: ad es. non potrà essere ammessa la prescrizione medica per – ad esempio – “algie” oppure “controllo”. Nel caso di rimborso di Ticket SSN, è NECESSARIO SEMPRE FARE COPIA DELLA PRESCRIZIONE DEL MEDICO perché le ASL trattengono sempre questo documento al momento dell'erogazione della prestazione. IN TAL CASO, NON SARA' POSSIBILE PROCEDERE AL RIMBORSO.
(*) Referti degli esami e degli accertamenti eseguiti	Per i quali si chiede il rimborso.
(*) Referto di Pronto soccorso, qualora previsto dal Regolamento anche di Strutture Convenzionate col SSN e Unità Mediche di Primo Soccorso (in caso di Infortunio)	Il Referto deve contenere descrizione delle modalità di accadimento/dinamica dell'infortunio e referti degli accertamenti eseguiti durante lo stesso. In caso di incidenti stradali presentare anche eventuale verbale dell'autorità di Pubblica sicurezza intervenuta. In caso di infortunio occorso durante lo svolgimento di attività sportiva, è necessario produrre idonea certificazione emessa dalla società sportiva che ne attesti la natura non professionale/agonistica
(*) Fatture di spesa/Ticket (in caso di rimborso spese)	Le fatture/ticket dovranno contenere la specifica dei costi per ciascuna prestazione sanitaria erogata. In alternativa alla fattura/ticket dettagliato, può essere presentato un documento di specifica dei costi da parte del professionista/struttura che ha emesso la fattura
(*) Modulo di Accesso al Network Indiretto nel caso di Indiretta In Network debitamente timbrato e sottoscritto dalla struttura convenzionata (vedi “Focus su Indiretta in Network”).	Nel caso di Indiretta in Network il Modulo dovrà essere presentato alla Struttura Sanitaria prima di fruire della prestazione e dovrà essere presentato alla Centrale con il Timbro della stessa struttura.
(*) I documenti contrassegnati da asterisco e contenenti le informazioni indicate, sono ritenuti condizione imprescindibile alla valutazione di autorizzabili. L'assenza anche di uno di essi potrebbe comportare la reiezione della richiesta la quale dovrà essere ripresentata in modo completo nei tempi indicati al punto c.	

TAB. E
FORMA INDIRECTA
PRESTAZIONI EXTRARICOVERO

DOCUMENTAZIONE AGGIUNTIVA
DA PRESENTARE SEMPRE IN AGGIUNTA ALLE FATTURE DI SPESA

Protesi ortopediche o oculistiche	(*) Prescrizione dello specialista in materia (la cui specializzazione sia inerente alla patologia) con indicazione della Patologia.
Trattamenti fisioterapia e rieducativi post Infortunio	(*) Referto di Pronto soccorso (*) Prescrizione medica redatta da specialista in materia indicante il tipo di terapia da eseguirsi ed il numero relativo di sedute. La prestazione dovrà essere erogata da personale specializzato munito di iscrizione all'Albo.
Pacchetto Maternità	(*) Copia della documentazione di spesa (fattura/ticket) dalla quale si evinca la prestazione effettuata; (*) Prescrizione medica con indicazione della settimana di gestazione e prestazione richiesta/effettuata; (*) Per l'Indennità di Parto è richiesto l'invio della cartella clinica dalla quale si evinca che il ricovero è stato effettuato per Parto Naturale/Parto Cesareo (*) È necessario l'inoltro del Modulo di Richiesta di Rimborso -Scaricabile dall'Area Riservata (Sez. Modulistica) - solo nel caso in cui la richiesta avvenga tramite fax; in assenza della compilazione e sottoscrizione di questo Modulo, la richiesta sarà sospesa in attesa di ricevere la documentazione mancante. Nel caso di richiesta inoltrata tramite l'accesso all'Area Riservata nella sezione Accedi alla Centrale Salute, tale Modulo non sarà richiesto. Nel caso in cui le prestazioni previste nel Pacchetto Maternità siano servizi erogati dalla società Stemway Biotech, le stesse dovranno essere effettuate attraverso tale Partner e saranno garantite senza alcuna quota di spesa a carico dell'Associato, previa autorizzazione per il tramite della Centrale Salute e in forma diretta. Di seguito i servizi forniti attualmente dal partner Stemway Biotech: • Conservazione cellule staminali • Test prenatale non invasivi (NIPT- Non invasive prenatal test) • Test Genetici predittivi
Cure dentarie	(*) Piano di cure predisposto dall'odontoiatra, dal quale risultino i denti curati/da curare e le motivazioni cliniche del trattamento, con indicazione del dente trattato per arcata e numero, nonché i referti degli accertamenti diagnostici strumentali (RX, OPT, TAC, RMN) dai quali sia possibile evincere con chiarezza la sede da curare. Altresì dovrà indicarsi, qualora previsto, il periodo massimo di trattamento per la conclusione della cura. (*) In caso di cure dentarie da infortunio le stesse dovranno essere congrue con le lesioni subite e l'infortunio dovrà essere comprovato da idonea documentazione a supporto (referto PS, OPT, radiografie e fotografie). Inoltre, la documentazione di spesa quietanzata dovrà riportare il dettaglio delle cure eseguite. Necessario sempre il verbale di Pronto Soccorso.

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

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



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

