



Regolamento del Sussidio

**SENIS B -
CIRCOLO BIDIERRE**

Edizione 2026

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

SOMMARIO**SEZIONE 1 - DEFINIZIONI**

3

SEZIONE 2 - NORME GENERALI CHE REGOLANO IL SUSSIDIO

11

SEZIONE 3 - NORME RELATIVE A TUTTE LE GARANZIE (SALVO NON SIA ESPRESSAMENTE DEROGATO)

15

SEZIONE 4 - GARANZIE OSPEDALIERE

23

A. RICOVERI CON INTERVENTO CHIRURGICO, PARTO CESAREO E ABORTO TERAPEUTICO

23

B. DAY SURGERY E INTERVENTO AMBULATORIALE

26

C. RICOVERI ORDINARI SENZA INTERVENTO, DAY HOSPITAL E PARTO NATURALE

29

D. INDENNITA' SOSTITUTIVA - in alternativa all'Indennità integrativa di cui al successivo punto E.

31

E. INDENNITA' INTEGRATIVA - in alternativa all'Indennità Sostitutiva di cui al precedente punto D.

31

SEZIONE 5 - GARANZIE EXTRA-OSPEDALIERE

32

F. ALTA DIAGNOSTICA E TERAPIE

32

F.1. DIAGNOSTICA PER ANIMALE DOMESTICO

34

G. VISITE SPECIALISTICHE ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

34

H. FISIOTERAPIE A SEGUITO DI GRAVI MALATTIE

35

SEZIONE 6 - AREA PREVENZIONE

36

I. CHECK UP PROSTATICO/MAMMARIO (TICKET SSN)

36

SEZIONE 7 - AREA SOSTEGNO

37

J. NON AUTOSUFFICIENZA (riservato esclusivamente all'Assistito titolare del sussidio)

37

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.

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

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

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

Assistenza Diretta: modalità di erogazione delle prestazioni del presente Sussidio presso strutture sanitarie utilizzando personale medico (e/o sanitario) ambedue convenzionati con MBA e/o con società da quest'ultima autorizzata, per il tramite di Health Assistance S.C.p.A. (di seguito anche Health Assistance o Centrale Salute; in questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente da parte di MBA alle strutture ed ai Medici/personale Convenzionati (escluse eventuali quote a carico dell'Assistito ove previste). L'Assistenza Diretta è sempre subordinata all'Autorizzazione alla Presa in Carico (PIC). L'elenco delle Strutture è presente e consultabile nell'Area Riservata di MBA. Nel caso di prestazioni richieste presso struttura e medico/professionista entrambi convenzionati, l'accesso alla forma diretta piena (ossia senza applicazione di franchigie) è comunque subordinato alla preventiva condivisione del nominativo del medico con la Centrale Salute al momento della richiesta della PIC. In assenza di tale preventiva condivisione, pur in presenza di convenzionamento, la prestazione potrà essere erogata in forma diretta con applicazione delle franchigie previste per il regime indiretto.

Assistenza Indiretta: modalità di erogazione del servizio in base alla quale la Mutua MBA rimborsa le spese all'Assistito dietro presentazione della documentazione medica e di spesa richiesta nei limiti di quanto previsto dal presente Sussidio. L'Assistenza

Indiretta è prestata anche presso i Centri Convenzionati con il Network MBA/Health Assistance S.C.p.A. (c.d. Assistenza Indiretta in Network). In questo caso non è necessaria la preventiva autorizzazione alla Presa in Carico (PIC) ma, sarà necessario presentare il Modulo di Accesso al Network Indiretto alla Struttura/professionista Convenzionato per il proprio riconoscimento. L'elenco delle Strutture è presente e consultabile nell'Area Riservata di MBA.

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

Assistito: persona fisica beneficiario delle prestazioni erogate da 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, nessuna garanzia ricompresa nel presente Sussidio Sanitario sarà efficace ed attivabile e nessuna prestazione ivi ricompresa potrà essere, pertanto, erogata.

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 immutabile e, pertanto, con la richiesta di attivazione del Sussidio Sanitario oggetto del presente Regolamento, l'Assistito accetta, espressamente e senza riserva alcuna, che non è ammessa qualsivoglia alterazione o modifica o aggiunta o cancellazione successiva alla formazione dell'atto medesimo, anche se protesa al ripristino della verità dei fatti in esso contenuti.

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

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

Centro Convenzionato: Ospedali, Istituti a Carattere scientifico, Case di Cura, Centri diagnostici, Centri polispecialistici, Laboratori di analisi, Centri fisioterapici, Studi

medici specialistici, Studi Odontoiatrici e qualsiasi altra Struttura/Professionista che abbia stipulato un accordo con la Centrale Salute per l'applicazione di tariffe agevolate applicabili alle prestazioni oggetto di garanzia sia in caso di Assistenza Diretta che Indiretta.

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

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

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

Convalescenza: periodo di tempo successivo ad un ricovero, prescritto dai medici ospedalieri nella cartella clinica al momento delle dimissioni, necessario per la guarigione clinica, durante il quale l'Assistito è costretto al riposo assoluto presso il proprio domicilio.

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

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

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

Day hospital: ricovero con degenza e assegnazione di posto letto in esclusivo regime diurno documentato da Cartella Clinica e finalizzato all'erogazione di trattamenti diagnostici, terapeutici, riabilitativi.

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

Day surgery: ricovero con degenza e assegnazione di posto letto in esclusivo regime diurno documentato da Cartella Clinica e finalizzato all'erogazione di trattamenti chirurgici.

Decadenza: termine massimo entro il quale presentare la documentazione a corredo della domanda di erogazione delle prestazioni (incluse le richieste di rimborso in forma diretta), anche se di data antecedente alla domanda di adesione. La mancata presentazione della documentazione completa e conforme alle richieste di MBA, entro 270 giorni dal termine della prestazione sanitaria erogata ovvero, in caso di ricovero ordinario o diurno, dalla data delle dimissioni, comporta la decadenza dal diritto al rimborso e al pagamento delle prestazioni, incluse quelle eseguite in forma diretta. L'eventuale sospensione dell'istruttoria della pratica non interrompe il decorrere del termine di 270 giorni sopra indicato. Dunque, nel caso di sospensione, l'Assistito ha 60 giorni di tempo dalla data di comunicazione della richiesta di ulteriore documentazione per integrare la stessa, purché ciò avvenga sempre entro 270 giorni dall'evento ovvero, in caso di ricovero ordinario o diurno, dalla data delle dimissioni. Decorsi 60 giorni, la richiesta verrà respinta e l'Assistito dovrà presentare nuova e completa domanda comprensiva anche della documentazione integrativa, comunque entro i 270 giorni per non incorrere nella suddetta decadenza.

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

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

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

Guida Operativa per l'accesso ai servizi e alle prestazioni: è il documento complementare e parte integrante del presente Sussidio, nella versione di volta in volta vigente, che illustra tempi, documentazione necessaria e modalità di accesso ai servizi e ai rimborsi sia in forma di Assistenza Diretta che in forma di Assistenza Indiretta. La Guida operativa è soggetta ad aggiornamenti periodici, anche al fine di migliorare il servizio e garantire una più efficace gestione delle richieste di accesso ai servizi e alle prestazioni. La Guida Operativa è sempre consultabile nell'Area Riservata dell'Assistito presente sul sito di MBA <https://www.mbamutua.org/> oppure rinvenibile contattando direttamente il Back Office di MBA o il proprio promotore di riferimento. Gli

aggiornamenti resi noti agli Assistiti mediante pubblicazione nell'Area Riservata si intendono automaticamente recepiti nel presente Sussidio Sanitario.

Health Point: è il marchio che identifica la divisione aziendale del partner Health Italia S.p.A., che si occupa dell'area sanitaria e della gestione e creazione di un network di strutture sanitarie convenzionate nel settore dei servizi sanitari ivi inclusa la gestione di una struttura sanitaria convenzionata con la Centrale Salute, la quale offre prestazioni di diagnosi anche attraverso refertazioni e consulenze mediche on line nonché si occupa di prevenzione e di telemedicina, della promozione di servizi relativi alla salute e al benessere della persona ed è incaricata dalla Mutua per la gestione amministrativa del network di strutture sanitarie nonché per la gestione dell'area prevenzione contemplata nei propri piani sanitari e per ulteriori iniziative di prevenzione ad hoc. Per ulteriori informazioni si consulti il sito <https://www.healthpointitalia.com>.

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

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

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

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

Intervento chirurgico: l'atto medico, con diretta finalità terapeutica realizzato mediante cruentazione dei tessuti, e mediante l'uso di strumenti chirurgici e/o idonee apparecchiature. Si considera intervento chirurgico anche la riduzione incruenta di fratture. Sempre che non sia diversamente regolato all'interno della specifica garanzia sul presente Sussidio, sono considerati interventi chirurgici anche gli accertamenti

diagnostici invasivi, intendendosi per tali quelli che comportano il prelievo di tessuti per l'espletamento di indagini istologiche, quelli che comportano l'introduzione di cateteri, strumenti ottici o aghi biotici ecc. non attraverso le cavità naturali bensì attraverso una cruentazione di tessuti.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nucleo Familiare: il Titolare del Sussidio e i familiari aventi diritto ai sensi del presente Regolamento e dell'art. 9 del Regolamento Attuativo dello Statuto di Mutua 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.

Presa in Carico: documento che la Centrale Salute, a seguito di richiesta dell'Assistito e in ottemperanza a quanto previsto nel presente Sussidio, invia ai Centri convenzionati per il servizio di accesso alle prestazioni in forma diretta, nei limiti di quanto previsto dal Sussidio. L'Autorizzazione alla presa in carico costituisce nulla osta all'attivazione del servizio in forma diretta; in nessun caso l'Autorizzazione alla Presa in Carico dovrà considerarsi quale impegno e garanzia alla successiva liquidazione che avverrà solo a seguito delle ulteriori valutazioni documentali e quindi, solo successivamente alla ricezione della documentazione completa inviata da parte della Struttura Sanitaria; l'Assistito si intende obbligato in solido per tutte le prestazioni non oggetto di autorizzazione, non rimborsabili/escluse sulla base del Sussidio sottoscritto, quote di spesa a suo carico eventualmente non emerse/indicate in fase di autorizzazione ma comunque previste dal presente Sussidio.

Prestazione: servizi o altra forma di tutela previste dal Sussidio e per i quali si prevede un rimborso o una diaria o una indennità o anche solo un servizio secondo i termini indicati dal Sussidio stesso. Salvo quanto esplicitamente e diversamente previsto, il presupposto dell'operatività delle prestazioni è la sussistenza di uno stato patologico (accertato o presunto) conseguente a Malattia o Infortunio.

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

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

Ricovero ordinario: la degenza comportante pernottamento in istituto di cura, documentata da cartella clinica, finalizzata all'erogazione di trattamenti medici e/o

terapeutici e/o chirurgici, purché tale periodo di presenza in ambito ospedaliero comprenda un minimo di ore continuative pari ad almeno 20 (c.d. periodo di osservazione breve) e venga debitamente documentato da apposita certificazione ospedaliera.

Rimborso: la somma dovuta dalla Mutua all'Assistito in caso di evento e prestazione rimborsabile.

Socio o Assistito Titolare del Sussidio: socio persona fisica (cittadino italiano o cittadino straniero residente in Italia, nella Serenissima Repubblica di San Marino, nello Stato della Città del Vaticano o, in altro stato membro dell'Unione Europea) iscritto regolarmente alla Mutua in qualità di Socio Ordinario, che ha sottoscritto il modulo di adesione a Mutua MBA ed il cui interesse è protetto dal Sussidio.

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

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

Sussidio Sanitario: l'insieme delle garanzie e delle prestazioni che compongono la copertura sanitaria erogata da Mutua MBA ed oggetto del presente Regolamento.

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

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

SEZIONE 2 - NORME GENERALI CHE REGOLANO IL SUSSIDIO

Art. 1 - OGGETTO

Oggetto del presente Sussidio è l'erogazione di prestazioni, ovvero il rimborso delle spese sanitarie, a favore degli Assistiti in conseguenza di Infortunio, Malattia e Parto, per eventi verificatisi nel corso di validità del presente Sussidio. Il Sussidio prevede altresì prestazioni di natura preventiva a favore degli Assistiti.

Art. 2 - ASSISTITI

È persona associata il Titolare del Sussidio che ha sottoscritto il modulo di adesione a MBA richiedendo attivazione del Sussidio stesso

Art. 3 - LIMITI DI ETÀ

Non sono previsti limiti di età.

Art. 4 - VARIAZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE

Non prevista l'inclusione del Nucleo Familiare.

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 60 giorni dalla scadenza annuale, si riserva la facoltà di comunicare a mezzo e-mail all'Assistito le condizioni di rinnovo per la successiva annualità.

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

- a) decesso dell'Assistito o di un suo familiare;
- b) divorzio;
- c) venir meno di convivenza per il convivente more uxorio;
- d) variazione delle condizioni contributive;
- e) iscrizione - per un familiare - ad una copertura collettiva delle spese sanitarie predisposta dal datore di lavoro.

Nel caso di cessazioni anticipate a seguito degli eventi di cui alle precedenti lett. b), c), d) ed e), la relativa cessazione dovrà essere effettuata dall'Assistito Titolare. Fermo restando il versamento dei relativi contributi, il Sussidio Sanitario resterà in vigore sino alla prima scadenza annuale.

Art. 6 – OBBLIGHI CONTRIBUTIVI DELL'ASSISTITO TITOLARE

In caso di mancato versamento dei relativi contributi e fermo quanto previsto all'art. 9, la 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 COMUNICAZIONE DELL'ASSISTITO TITOLARE

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

Si precisa che in caso di infortunio la data di decorrenza è quella più favorevole all'Assistito.

Se l'Assistito 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).

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 dal Socio mediante sottoscrizione della domanda di adesione, come previsto dal Regolamento Attuativo dello Statuto.

Art. 11 – RISOLUZIONE DELLE CONTROVERSIE

A fronte di ogni eventuale controversia che dovesse insorgere tra l'Assistito Titolare e Mutua MBA, anche in dipendenza di una diversa interpretazione del presente Sussidio Sanitario, prima di ricorrere ad un procedimento ordinario, le Parti esperiranno il tentativo di conciliazione, come previsto 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 o garanzie, sono da intendersi per anno di validità del sussidio, salvo casi specifici dove viene espresso diversamente nelle singole garanzie.

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

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

Art. 13 – SOTTOSCRIZIONE DI PIÙ SUSSIDI

Qualora l'Assistito abbia sottoscritto con la MBA più di un sussidio, avrà diritto ad ottenere la condizione più favorevole (Rimborso delle spese, erogazione di indennità o indennizzo) tra le garanzie riconosciutegli dai vari sussidi sottoscritti. Tale principio trova, inoltre, applicazione nell'ambito dello stesso Sussidio Sanitario che preveda più rimborsi e/o prestazioni per lo stesso evento.

Art. 14 - LIMITI TERRITORIALI

Le garanzie, nei limiti stabiliti dal presente Regolamento, sono valide in tutto il mondo, salvo espresse deroghe previste nelle singole garanzie. Nel caso di spese effettuate all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, ricavato dalle quotazioni della BCE. La Mutua si riserva la facoltà di richiedere, a propria discrezione, la traduzione in lingua italiana della documentazione sanitaria redatta in lingua straniera, a cura e spese dell'Assistito. Le traduzioni dovranno essere effettuate da traduttori ufficiali o agenzie certificate, e potranno essere richieste anche successivamente alla presentazione della domanda di rimborso, qualora ritenuto necessario per la corretta valutazione della pratica.

Art. 15 - RESPONSABILITÀ DI TERZI

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

- liquidare, nei limiti stabiliti dal presente Regolamento, le spese sanitarie sostenute dall'Assistito in conseguenza dell'evento pregiudizievole, solo qualora l'Assistito 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 dall'Assistito in conseguenza dell'evento pregiudizievole, solo qualora l'Assistito 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. MBA si riserva inoltre di surrogarsi nei diritti dell'Assistito verso il terzo responsabile, nei limiti delle somme liquidate.

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 Attuativo dello Statuto in vigore e la Guida

Operativa aggiornata e, di volta in volta, applicabile. Tali documenti sono consultabili nell'Area Riservata dell'Assistito presente sul sito di MBA <https://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 GARANZIE (SALVO NON SIA ESPRESSAMENTE DEROGATO)

Art. 17 - TERMINI DI ASPETTATIVA (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, dal **30° giorno** successivo a quello di **decorrenza** del Sussidio;
- per il Parto, dal **270° giorno** successivo a quello di **decorrenza** del Sussidio;
- per le Malattie dipendenti da gravidanza, decorrono dal **30° giorno** successivo a quello di **decorrenza** del sussidio, a condizione che la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo alla decorrenza del sussidio stesso;
- per le conseguenze di stati patologici non conosciuti dall'Assistito ma insorti anteriormente alla stipulazione del Sussidio, dal **180° 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 precedente Sussidio già in essere con un Ente/Soggetto convenzionato con MBA (mediante specifica Convenzione) e riguardante gli stessi Assistiti, gli anzidetti termini si intendono azzerati.

Art. 18 - 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. Tale esclusione non opera una volta trascorsi tre anni di adesione ininterrotta al presente Regolamento del sussidio.

Si precisa che, anche nel caso in cui l'Assistito Titolare aderisca al presente Sussidio senza soluzione di continuità rispetto ad altro sussidio messo a disposizione da parte di MBA, anche tramite un Ente/Soggetto convenzionato con MBA (mediante specifica Convenzione), le patologie "Pregresse" come sopra specificate, saranno comunque incluse decorsi 3 anni ininterrotti di adesione al presente Sussidio.

È altresì escluso il diritto alle prestazioni di cui al presente Sussidio qualora l'Assistito, 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.

Art. 19 - ESCLUSIONI

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

- a) le prestazioni non corredate da prescrizione medica attestante la diagnosi di patologia o quesito diagnostico (se patologia ancora da accertare);
- b) le prestazioni conseguenti agli Infortuni non documentati da referto di Pronto Soccorso Ospedaliero o di Struttura convenzionata con il SSN, o di Unità Medica di Primo Soccorso presente nel luogo dell'Infortunio da cui sia chiaramente possibile evincere la data di accadimento dell'Infortunio e le conseguenze traumatiche dello stesso, ovvero da specifico accertamento diagnostico completo di referti ed immagini (a titolo esemplificativo, TAC, RMN, radiografie) da cui sia chiaramente ed obiettivamente possibile evincere la data di accadimento dell'Infortunio e le conseguenze traumatiche dello stesso. Sono escluse le conseguenze di eventi ove manchi l'esteriorità della causa come gli sforzi e gli atti di forza ossia l'impiego di energie muscolari concentrate nel tempo che esorbitano (sforzo) o meno (atto di forza) per intensità dalle ordinarie abitudini di vita dell'Assistito.
- c) le prestazioni relative o finalizzate a cure odontoiatriche, ortodontiche e protesi dentarie salvo specifiche deroghe previste dal Sussidio Sanitario;
- d) le prestazioni di routine, controllo, prevenzione nonché i vaccini (sia l'acquisto del farmaco che l'infusione/somministrazione);
- e) le prestazioni conseguenti a suicidio e tentato suicidio;
- f) le prestazioni derivanti o finalizzate all'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla data di effetto del Sussidio Sanitario, ad eccezione degli Interventi sui bambini che non abbiano compiuto i 5 anni di età;
- g) le prestazioni relative a malattie mentali ed i disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche;
- h) le prestazioni sanitarie e le cure aventi finalità estetica 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 alla data dell'Intervento e comunque durante la validità del Sussidio Sanitario;

- i) Infortuni o Malattie derivanti da dolo dell'Assistito;
- 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) l'aborto volontario non terapeutico;
- q) i Ricoveri durante i quali vengono compiuti interventi e/o solamente accertamenti e/o terapie fisiche che, per loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in regime ambulatoriale, purché consentito dallo stato di salute dell'Assistito;
- r) le prestazioni conseguenti a reati o ad azioni dolose compiute o tentate dall'Assistito. Sono compresi nella garanzia quelle sofferte in conseguenza di imprudenza o negligenza anche gravi dell'Assistito stesso;
- s) gli Infortuni conseguenti ad assunzione di sostanze psicoattive (stupefacenti, farmaci, sostanze psicotrope), a scopo non terapeutico;
- t) gli infortuni causati dallo stato di ebbrezza o di ubriachezza;
- u) le Malattie correlate all'abuso di alcool o al consumo di stupefacenti e sostanze psicotrope, assunte non a scopo terapeutico;
- v) gli Infortuni conseguenti alla pratica di:
 - 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, freefly, free running, free climbing, freeskiing, freestyle Motocross, funambolismo, hydrospeed, immersione in apnea, immersione in

- grotta, kitesurfing, land boarding, mountainboard, parkour, pattinaggio aggressivo, 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 idrosci, 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'Assistito attività professionale (gare, prove e allenamenti) anche non prevalente per impegno temporale a qualsiasi altra occupazione.
- w) gli infortuni subiti in qualità di passeggero durante i viaggi aerei diversi dai regolari voli di linea;
- x) gli infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizi resi in corpi militari;
- y) gli infortuni subiti sul lavoro in miniera, in cava (anche a cielo aperto), in lavori subacquei o in mare aperto;
- z) le conseguenze di guerre e terrorismo nucleare, biologico o chimico;
- aa) 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;
- bb) le conseguenze di inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche, movimenti tellurici;
- cc) i ricoveri causati dalla necessità dell'Assistito di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché Ricoveri di lunga degenza. In tal senso si intendono Ricoveri di lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assistito che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituti di cura per Interventi di carattere assistenziale e fisioterapico di mantenimento;
- dd) eventi per i quali sia configurabile la responsabilità di terzi; fatto salvo quanto previsto nel precedente art.15;
- ee) spese per il trasporto del plasma.
- ff) 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 dell'Assistito.

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 e, di volta in volta, applicabile che forma parte integrante del presente Sussidio ed è consultabile nell'Area Riservata dell'Assistito presente sul sito di MBA www.mbamutua.org oppure rinvenibile contattando direttamente il Back Office di MBA o il proprio promotore di riferimento..

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.

Per le prestazioni in forma diretta l'Assistito deve comunicare, in fase di richiesta d'autorizzazione, sia la struttura che il medico/équipe medica che effettuerà la stessa.

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'Assistito e da questi preventivamente e formalmente accettato. Rimarrà a carico dell'Assistito la parte eccedente la tariffa prevista e pubblicizzata dall'Azienda Ospedaliera e, solo nel caso di mancata pubblicazione della medesima così come previsto dalle norme di legge e nei termini di cui alla Guida Operativa, allora la prestazione non verrà riconosciuta. Per le prestazioni Intramoenia anche allargata non è in ogni caso prevista la modalità di Assistenza diretta e verranno applicate le condizioni di rimborso previste per quella prestazione, in assistenza indiretta in o out network, a seconda del caso specifico.

Art. 21 – 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.

L'Assistito si impegna a fornire a MBA la documentazione richiesta, anche di data antecedente alla domanda di adesione. L'Assistito 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 270 giorni dalla data dell'evento ovvero in caso di Ricovero ordinario o diurno entro 270g giorni dalla data delle dimissioni. L'Assistito 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 già menzionato 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'Assistito ha 60 gg di tempo dalla data di comunicazione della richiesta di ulteriore documentazione per integrare la stessa e sempre entro 270 gg dal termine della prestazione sanitaria erogata. Decorso 60 gg, la richiesta verrà respinta e l'Assistito dovrà presentare nuova e completa domanda comprensiva anche della documentazione integrativa, comunque entro i 270gg dal termine della prestazione sanitaria erogata oltre i quali il suo diritto decade.

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

Art. 23 - TEMPI DI RIMBORSO

a. Prestazioni effettuate in Assistenza diretta presso strutture/professionisti convenzionati con la Centrale Salute.

Le spese relative alla prestazione erogata in assistenza diretta presso strutture/professionisti convenzionati con la Centrale Salute verranno corrisposte

dalla 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).

La richiesta di presa in carico dovrà essere presentata alla Centrale Salute almeno 5 giorni lavorativi prima della data prevista per la prestazione. Ai fini del calcolo dei giorni utili, i giorni festivi e prefestivi non sono considerati nel calcolo.

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

Ai fini del calcolo dei giorni utili, i giorni festivi e prefestivi non sono considerati nel calcolo.

Art. 24 - ACCANTONAMENTO

Per tutte le prestazioni previste dal presente Sussidio, fatta eccezione per le prestazioni in cui l'Assistito utilizzi la procedura "Insieme a te", ferme restando le condizioni, i limiti e le modalità di Rimborso e di liquidazione delle Indennità come dettagliate nelle successive sezioni del presente Regolamento, MBA istituisce un accantonamento, in un apposito fondo, nella misura del 15% dell'importo riconosciuto a favore dell'Assistito a titolo di Rimborso (in Assistenza Diretta e in Assistenza Indiretta) e/o a titolo di Indennità integrativa o Indennità sostitutiva eventualmente previste dal presente Sussidio. L'Assistito ha diritto a percepire l'importo riconosciuto al netto dell'importo accantonato. Entro la fine del trimestre successivo alla scadenza di ciascuna annualità di validità della convenzione stipulata tra MBA e Circolo Bidierre S.C.p.A (per il prosieguo "Convenzione"), inerente alle prestazioni previste dal presente Sussidio, MBA comunicherà a Circolo Bidierre S.C.p.A, un prospetto riepilogativo degli andamenti del Sussidio e del relativo Risultato di gestione, inteso quale il rapporto, espresso in percentuale, tra (i) l'ammontare complessivo dei

Rimborsi erogati e (ii) l'ammontare complessivo dei Contributi effettivamente incassati.

L'importo accantonato verrà corrisposto all'Assistito al termine di ciascuna annualità di validità della Convenzione, solo nel caso in cui il risultato di gestione dell'annualità precedente sia pari o inferiore all'80% (di seguito, "Risultato di gestione positivo").

SEZIONE 4 – GARANZIE OSPEDALIERE

PREMESSA

Il Sostegno annuo erogabile per il complesso degli eventi e prestazioni indicati dal successivo punto A. al punto F è pari a € **100.000,00** per Anno/Nucleo.

A. RICOVERI CON INTERVENTO CHIRURGICO, PARTO CESAREO E ABORTO TERAPEUTICO

Mutua MBA, nel limite del Sostegno annuo indicato in Premessa, in caso di **Ricovero con Intervento Chirurgico, Parto Cesareo e Aborto terapeutico**, secondo l'elenco esaustivo riportato nella Scheda tecnica prodotto "Elenco degli Interventi Chirurgici" disponibile nell'area riservata nella sezione "Documenti e Comunicazioni" sostiene l'Assistito per le spese inerenti al Ricovero e all'Intervento di seguito riportate:

- i) Assistenza prima del Ricovero (nei 120 giorni precedenti al Ricovero)**
 - visite specialistiche ed accertamenti diagnostici, correlati alla patologia causa del ricovero;

- ii) Assistenza durante il Ricovero**
 - onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'Intervento;
 - diritti di sala operatoria e materiale di Intervento (ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'Intervento);
 - assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami;
 - rette di degenza;
 - vitto e pernottamento in Istituto di cura dell'accompagnatore (con un sub-sostegno di € 50,00 al giorno per un massimo di 20 giorni annui).

- iii) Assistenza dopo il Ricovero (nei 120 giorni successivi al Ricovero)**
 - esami diagnostici e visite specialistiche;
 - prestazioni mediche;
 - trattamenti fisioterapici e rieducativi;
 - acquisto di medicinali (previa prescrizione medica);
 - cure termali (escluse le spese alberghiere);

Prestazioni sociali di rilievo sanitario;

- **trasporto dell'Assistito** (ambulanza/eliambulanza) in caso di necessità medica documentata, e da istituto di cura ad un altro, nel limite massimo per anno/nucleo di **€ 1.100,00 in Italia e € 2.000,00 all'Estero.**

- **assistenza infermieristica a domicilio** privata- nel limite di **€ 25,00 al giorno**, per un massimo di **20 giorni anno/nucleo**

In caso di **Parto Cesareo e Aborto terapeutico** è previsto un **sub-limite anno/nucleo di € 2.500,00.**

A fronte delle prestazioni di cui al punto **ii) Assistenza durante il Ricovero**, l'Assistito:

1. riceve rimborso/autorizzazione, in caso di Intervento Chirurgico effettuato presso Struttura Sanitaria Convenzionata (**Assistenza Diretta o Indiretta In Network**) o in caso di prestazioni sostenute a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale ed erogate sotto forma di **ticket sanitari**, nel limite del plafond per Intervento come riportato nella Scheda tecnica prodotto "*Elenco degli Interventi Chirurgici*" disponibile nell'area riservata nella sezione "Documenti e Comunicazioni". Nel limite del suddetto plafond, si intende escluso il rimborso/autorizzazione delle spese per prestazioni antecedenti e successive al periodo di degenza;

2. riceve un rimborso delle spese, in caso di Intervento Chirurgico effettuato presso Struttura sanitaria non convenzionata (**Assistenza Indiretta fuori Network**), **nel limite dell'80% del plafond** per Intervento di cui Scheda tecnica prodotto "*Elenco degli Interventi Chirurgici*", disponibile nell'area riservata nella sezione "Documenti e Comunicazioni". Nel limite del suddetto plafond, si intende escluso il rimborso delle spese per prestazioni antecedenti e successive al periodo di degenza;

3. l'Assistito, in alternativa alle due casistiche sopra riportate, potrà ricorrere alla procedura "**INSIEME A TE - Assistenza all'Intervento Chirurgico**", garantendosi - per il solo periodo di Ricovero/Intervento - di non sostenere alcuna quota eccedente che la Struttura Sanitaria possa applicare rispetto al plafond del caso di specie (ferme le esclusioni previste dal Sussidio Sanitario).

La procedura “INSIEME A TE – Assistenza all’Intervento Chirurgico” è attivabile contattando anticipatamente la Centrale Salute Health Assistance - tramite la compilazione del modulo “INSIEME A TE – Assistenza all’Intervento Chirurgico” presente nella propria area riservata, la quale indicherà/suggerirà all’Assistito la struttura sanitaria e il personale medico (ambidue convenzionati) presso cui le spese previste durante il ricovero con l’intervento chirurgico richiesto non preveda spese eccedenti a suo carico rispetto al plafond. In caso di non accettazione da parte dell’Assistito del suggerimento, resta valida la possibilità dello stesso di recarsi presso qualsiasi struttura di suo gradimento con relativo rimborso/autorizzazione secondo le condizioni sopra riportate ai punti 1 e 2.

Dalla suddetta procedura, si intende escluso il rimborso/autorizzazione delle spese per prestazioni antecedenti e successive al periodo di degenza.

A fronte delle prestazioni di cui al punto **punti i) Assistenza prima del Ricovero (nei 120 giorni precedenti al Ricovero), iii) Assistenza dopo il Ricovero (nei 120 giorni successivi al Ricovero)**, l’Assistito nei limiti temporali sopra riportati e nel limite **del sub-sostegno di € 1.500,00 per evento inteso come importo aggiuntivo al limite previsto per le spese durante il Ricovero:**

1. riceve un rimborso/autorizzazione **senza quote a suo carico**, in caso di prestazioni effettuate in struttura convenzionata con il Network in **Assistenza Diretta o Assistenza Indiretta** e in caso di prestazioni sostenute a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale ed erogate sotto forma di **ticket sanitari**;
2. riceve un rimborso delle spese con una **quota di spesa suo carico pari al 10%** per prestazioni effettuate in struttura non convenzionata con il Network (**Assistenza Indiretta fuori Network**).

Si precisa che:

- a. nel caso in cui nella medesima seduta operatoria vengano effettuati due interventi chirurgici, il primo sarà rimborsato nel limite del 100% del relativo plafond e l’altro nel limite del 50% dello specifico plafond, ferme le condizioni di rimborso previste e sopra riportate;
- b. I farmaci, compresi quelli oncologici, sono rimborsati solo se somministrati nell’ambito di un ricovero. È escluso il rimborso di farmaci consegnati dalla Struttura per l’assunzione a domicilio, non è dunque riconosciuto il ricovero notturno/diurno per la sola consegna di farmaci per terapia domiciliare.

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

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

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

B. DAY SURGERY E INTERVENTO AMBULATORIALE

Mutua MBA, **nel limite del sub-Sostegno anno/nucleo di € 4.000,00** in caso di **Day Surgery** e **nel limite del sub-Sostegno anno/nucleo di € 1.500,00** in caso di **Intervento Ambulatoriale** a seguito di Malattia, Infortunio, secondo l'elenco esaustivo riportato nella Scheda tecnica prodotto "Elenco degli Interventi Chirurgici" disponibile nell'area riservata nella sezione "Documenti e Comunicazioni", sostiene l'Assistito per le spese inerenti al Ricovero e all'Intervento di seguito riportate:

i) Assistenza prima del Ricovero (nei 90 giorni precedenti al Ricovero)

- visite specialistiche ed accertamenti diagnostici, correlati alla patologia causa del ricovero;

ii) Assistenza durante il Ricovero

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'Intervento;
- diritti di sala operatoria e materiale di Intervento (ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'Intervento);
- assistenza medica, cure, medicinali ed esami;
- rette di degenza.

iii) Assistenza dopo il Ricovero (nei 90 giorni successivi al Ricovero)

- esami diagnostici e visite specialistiche;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi;

- acquisto di medicinali (previa prescrizione medica);
- cure termali (escluse le spese alberghiere);

Prestazioni sociali di rilievo sanitario;

- **trasporto dell'Assistito** (ambulanza/eliambulanza) in caso di necessità medica documentata, e da istituto di cura ad un altro, nel limite massimo per anno/nucleo di **€ 1.100,00 in Italia e € 2.000,00 all'Estero**.

A fronte delle prestazioni di cui al punto ii) **Assistenza durante il Ricovero**, l'Assistito:

1. riceve rimborso/autorizzazione, in caso di Intervento Chirurgico effettuato presso Struttura Sanitaria Convenzionata (Assistenza Diretta o Indiretta In Network) o in caso di prestazioni sostenute a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale ed erogate sotto forma di ticket sanitari, nel limite del plafond per Intervento come riportato nella Scheda tecnica prodotto "Elenco degli Interventi Chirurgici" disponibile nell'area riservata nella sezione "Documenti e Comunicazioni". Nel limite del suddetto plafond, si intende escluso il rimborso/autorizzazione delle spese per prestazioni antecedenti e successive al periodo di degenza;
2. riceve un rimborso delle spese, in caso di Intervento Chirurgico effettuato presso Struttura sanitaria non convenzionata (**Assistenza Indiretta fuori Network**), **nel limite dell'80% del plafond** per Intervento di cui Scheda tecnica prodotto "*Elenco degli Interventi Chirurgici*", disponibile nell'area riservata nella sezione "Documenti e Comunicazioni". Nel limite del suddetto plafond, si intende escluso il rimborso delle spese per prestazioni antecedenti e successive al periodo di degenza;
3. l'Assistito, in alternativa alle due casistiche sopra riportate, potrà ricorrere alla procedura "**INSIEME A TE - Assistenza all'Intervento Chirurgico**", garantendosi - per il solo periodo di Ricovero/Intervento - di non sostenere alcuna quota eccedente che la Struttura Sanitaria possa applicare rispetto al plafond del caso di specie (ferme le esclusioni previste dal Sussidio Sanitario).

La procedura "**INSIEME A TE - Assistenza all'Intervento Chirurgico**" è attivabile contattando anticipatamente la Centrale Salute Health Assistance - tramite la compilazione del modulo "**INSIEME A TE - Assistenza all'Intervento Chirurgico**" presente nella propria area riservata, la quale indicherà/suggerirà all'Assistito la

struttura sanitaria e il personale medico (ambedue convenzionati) presso cui le spese previste durante il ricovero con l'intervento chirurgico richiesto non preveda spese eccedenti a suo carico rispetto al plafond. In caso di non accettazione da parte dell'Assistito del suggerimento, resta valida la possibilità dello stesso di recarsi presso qualsiasi struttura di suo gradimento con relativo rimborso/autorizzazione secondo le condizioni sopra riportate ai punti 1 e 2.

Dalla suddetta procedura, si intende escluso il rimborso/autorizzazione delle spese per prestazioni antecedenti e successive al periodo di degenza.

A fronte delle prestazioni di cui al punto **punti i) Assistenza prima del Ricovero (nei 90 giorni precedenti al Ricovero), iii) Assistenza dopo il Ricovero (nei 90 giorni successivi al Ricovero)**, l'Assistito nei limiti temporali sopra riportati e nel limite **del sub-sostegno di € 350,00** per evento in caso di Day Surgery e **di € 250,00** per evento in caso di Intervento Ambulatoriale, **inteso come importo aggiuntivo al limite previsto per le spese durante il Ricovero:**

1. riceve un rimborso/autorizzazione **senza quote a suo carico**, in caso di prestazioni effettuate in struttura convenzionata con il Network in **Assistenza Diretta o Assistenza Indiretta** e in caso di prestazioni sostenute a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale ed erogate sotto forma di **ticket sanitari**;
2. riceve un rimborso delle spese con una **quota di spesa suo carico pari al 10%** per prestazioni effettuate in struttura non convenzionata con il Network (**Assistenza Indiretta fuori Network**).

Si precisa che:

- a. nel caso in cui nella medesima seduta operatoria vengano effettuati due interventi chirurgici, il primo sarà rimborsato nel limite del 100% del relativo plafond e l'altro nel limite del 50% dello specifico plafond, ferme le condizioni di rimborso previste e sopra riportate;
- b. I farmaci, compresi quelli oncologici, sono rimborsati solo se somministrati nell'ambito di un ricovero. È escluso il rimborso di farmaci consegnati dalla Struttura per l'assunzione a domicilio, non è dunque riconosciuto il ricovero notturno/diurno per la sola consegna di farmaci per terapia domiciliare.

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

Nel caso di Assistenza indiretta in Network: qualora la richiesta di rimborso spese non sia accompagnata dal Modulo di Accesso al Network compilato e sottoscritto dalla

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

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

C. RICOVERI ORDINARI SENZA INTERVENTO, DAY HOSPITAL E PARTO NATURALE

Mutua MBA, nel limite del Sostegno annuo indicato in PREMESSA in caso di Ricovero Ordinario senza Intervento Chirurgico per infortunio e malattia, Day Hospital e Parto Naturale che risultino compresi nei termini del presente Regolamento, sostiene l'Assistito per le seguenti spese:

i) durante il Ricovero

- retta di degenza
- sala parto
- accertamenti diagnostici
- onorari per prestazioni mediche specialistiche
- esami, medicinali e assistenza medica e infermieristica;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi;

ii) dopo il Ricovero (nei 90 giorni successivi al Ricovero)

- accertamenti diagnostici e visite specialistiche, correlati alla patologia causa del ricovero;

Prestazioni sociali di rilievo sanitario;

- **trasporto dell'Assistito** (ambulanza/eliambulanza) in caso di necessità medica documentata, e da istituto di cura ad un altro, nel limite massimo per anno/nucleo di **€ 1.100,00 in Italia e € 2.000,00 all'Estero.**

In caso di **Parto Naturale** è previsto un **sub-limite anno/nucleo di € 2.000,00 ed in caso di Day Hospital un sub-limite anno/nucleo di € 4.000,00.**

MBA provvederà all'Autorizzazione/Rimborso delle spese sostenute dall'Assistito a fronte delle prestazioni di cui al **punto i)** del presente art. C. come di seguito:

1. in caso di **Assistenza Diretta** presso un **Centro Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance** (Assistenza Diretta in Network), **senza alcuna quota di spesa a carico dell'Assistito**;
2. in caso di **Assistenza Indiretta** presso un **Centro Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance** (Assistenza Indiretta in Network), **con una quota di spesa a carico dell'Assistito pari al 10%**;
3. presso un **Centro non Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance** (Assistenza Indiretta fuori Network), con applicazione di una **quota di spesa a carico dell'Assistito del 20%**;
4. **senza alcuna quota di spesa** per le prestazioni sostenute a totale carico del **Servizio Sanitario Nazionale** sotto forma di ticket sanitari, fermi gli eventuali sub limiti sopra indicati.

A fronte delle prestazioni di cui al punto **ii) Assistenza dopo il Ricovero (nei 90 giorni successivi al Ricovero)**, l'Assistito nei limiti temporali sopra riportati:

- a. riceve un rimborso/autorizzazione **senza quote a suo carico**, in caso di prestazioni effettuate in struttura convenzionata con il Network in **Assistenza Diretta o Assistenza Indiretta** e in caso di prestazioni sostenute a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale ed erogate sotto forma di **ticket sanitari**;
- b. riceve un rimborso delle spese con una **quota di spesa suo carico pari al 10%** per prestazioni effettuate in struttura non convenzionata con il Network (**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'Assistito, quest'ultimo avrà diritto a richiedere a Mutua MBA il rimborso delle spese sostenute entro il limite delle Tariffe concordate fra Mutua MBA e la Struttura Sanitaria. Le maggiori spese sostenute in ragione della mancata applicazione del Tariffario – determinata dalla mancata attivazione della convenzione da parte dell'Assistito - saranno quindi da intendersi a carico dell'Assistito stesso. Inoltre, Mutua MBA provvederà al rimborso delle spese previa applicazione delle quote di spesa a carico dell'Assistito previste in caso di Assistenza Indiretta fuori Network.

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

D. INDENNITA' SOSTITUTIVA - in alternativa all'Indennità integrativa di cui al successivo punto E.

Nel caso in cui l'Assistito non richieda alcun Rimborso a seguito di **Prestazioni Ospedaliere** per Ricovero ordinario/Day Hospital/Day Surgery di cui ai precedenti punti effettuate presso Strutture del SSN o con esso accreditate, può richiedere a MBA la corresponsione dell'Indennità Sostitutiva giornaliera di cui al presente articolo per far fronte alle necessità legate al recupero della salute a seguito della Malattia o dell'Infortunio o del Parto/Aborto Terapeutico.

L'Indennità sarà pari ad **€ 100,00 al giorno** per ogni giornata di Ricovero comprendente il pernottamento ovvero per ogni giorno di degenza in caso di Day Hospital e Day Surgery, sino ad un massimo di **90** giorni complessivi per annualità.

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

E. INDENNITA' INTEGRATIVA - in alternativa all'Indennità Sostitutiva di cui al precedente punto D.

Nel caso in cui l'Assistito non richieda alcun Rimborso a seguito di **Prestazioni Ospedaliere** per Ricovero ordinario/Day Hospital/Day Surgery di cui ai precedenti punti effettuate presso Strutture del SSN o con esso accreditate, può richiedere a MBA la corresponsione dell'Indennità Integrativa giornaliera di cui al presente articolo per far fronte alle necessità legate al recupero della salute a seguito della Malattia o dell'Infortunio o del Parto/Aborto Terapeutico.

L'Indennità sarà pari ad **€ 50,00 al giorno** per ogni giornata di Ricovero comprendente il pernottamento ovvero per ogni giorno di degenza in caso di Day Hospital e Day Surgery, sino ad un massimo di **45** giorni complessivi per annualità.

Qualora l'Assistito richieda la presente Indennità integrativa, potrà richiedere il Rimborso anche delle spese di cui ai punti i) e iii) alle sezioni A) e B) al punto ii) della sezione C) come indicate eventualmente sostenute e riferibili al medesimo Ricovero/Day Hospital/Day Surgery, fermi gli eventuali sub limiti indicati nei medesimi articoli.

Il rimborso delle prestazioni di cui ai sopra citati articoli avverrà nella seguente modalità:

- Senza alcuna quota di spesa a carico dell'Assistito, in caso di Assistenza diretta o indiretta presso Centro Convenzionato con la Centrale Salute.
- Con applicazione di una quota di spesa a carico del 10%, in caso di Assistenza Indiretta presso Centro Non Convenzionato con la Centrale Salute.
- Senza alcuna quota di spesa a carico dell'Assistito, in caso ricorso al SSN (ticket SSN).

SEZIONE 5 – GARANZIE EXTRA-OSPEDALIERE

F. ALTA DIAGNOSTICA E TERAPIE

Mutua MBA, nei limiti del **Sostegno anno/nucleo** pari ad € 4.000,00, sostiene l'Assistito per le spese relative alle seguenti prestazioni extra-ospedaliere di Alta Diagnostica.

Alta Diagnostica

- Angiografia
- Broncoscopia
- Cistografia o Cistoscopia
- Coronarografia
- Ecocolordoppler cardiaco
- Ecocolordoppler vascolare
- Elettroencefalogramma
- Esofagogastroduodenoscopia
- Isterosalpingografia

- Mammografia
- Mammotome (agobiopsia mammaria stereotassica)
- Mielografia
- Pancoloscopia
- 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.

L'Assistito:

1. sostiene una spesa a suo carico pari al **10%** con minimo non rimborsabile pari a **€ 30,00** per ogni accertamento/ciclo di terapia, in caso di prestazioni effettuate in **Assistenza Diretta e Assistenza Indiretta in Network**;
2. riceve un rimborso senza l'applicazione di **alcuna spesa a suo carico**, in caso di prestazioni sostenute a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale ed erogate sotto forma di **ticket sanitari**;
3. riceve un rimborso delle spese con una quota di spesa a suo carico pari al **20%** con minimo non rimborsabile pari a **€ 60,00** per ogni accertamento/ciclo di terapia, in caso di prestazioni effettuate in **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'Assistito, quest'ultimo avrà diritto a richiedere a Mutua MBA il rimborso delle spese sostenute entro il limite delle Tariffe concordate fra Mutua MBA e la Struttura Sanitaria. Le maggiori spese sostenute in ragione della mancata applicazione del Tariffario – determinata dalla mancata attivazione della convenzione da parte dell'Assistito - saranno quindi da intendersi a carico dell'Assistito stesso. Inoltre, Mutua

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

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

F.1. DIAGNOSTICA PER ANIMALE DOMESTICO

Mutua MBA rimborserà senza alcuna quota a carico e **nel sub-Sostegno di € 200,00 anno/nucleo** le spese sostenute per le seguenti prestazioni diagnostiche in favore dell'Animale domestico facente parte del Nucleo Familiare: radiografie, ecografie, endoscopia, tomografia computerizzata, risonanza magnetica, elettrocardiografia.

Il sub-sostegno annuo della presente garanzia è da intendersi come sub-limite del massimo sostegno annuale di cui al punto F. "ALTA DIAGNOSTICA E TERAPIE".

Sono in ogni caso escluse dal Rimborso le visite specialistiche di qualsiasi natura.

G. VISITE SPECIALISTICHE ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Mutua MBA, nei limiti del **Sostegno anno/nucleo** pari ad **€ 1.500,00**, sostiene l'Assistito per le spese per Visite Mediche Specialistiche e Accertamenti Diagnostici (ad esclusione di quelli previsti al punto F. "ALTA DIAGNOSTICA E TERAPIE").

L'Assistito:

1. sostiene una spesa a suo carico pari al **10%** con minimo non rimborsabile pari a **€ 30,00** per ogni prestazione in caso di prestazioni effettuate in **Assistenza Diretta e Assistenza Indiretta in Network**;
2. riceve un rimborso senza l'applicazione di **alcuna spesa a suo carico**, in caso di prestazioni sostenute a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale ed erogate sotto forma di **ticket sanitari**;
3. riceve un rimborso delle spese con una quota di spesa a suo carico pari al **20%** con minimo non rimborsabile pari a **€ 60,00** per ogni prestazione, in caso di prestazioni effettuate in **Assistenza Indiretta fuori Network**.

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

Nel caso di Assistenza indiretta in Network: qualora la richiesta di rimborso spese non sia accompagnata dal Modulo di Accesso al Network compilato e sottoscritto dalla Struttura Sanitaria e quest'ultima non abbia applicato le tariffe agevolate in favore dell'Assistito, quest'ultimo avrà diritto a richiedere a Mutua MBA il rimborso delle

spese sostenute entro il limite delle Tariffe concordate fra Mutua MBA e la Struttura Sanitaria. Le maggiori spese sostenute in ragione della mancata applicazione del Tariffario – determinata dalla mancata attivazione della convenzione da parte dell'Assistito - saranno quindi da intendersi a carico dell'Assistito stesso. Inoltre, Mutua MBA provvederà al rimborso delle spese previa applicazione delle quote di spesa a carico dell'Assistito previste in caso di Assistenza Indiretta fuori Network.

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

H. FISIOTERAPIE A SEGUITO DI GRAVI MALATTIE

Mutua MBA, nel limite del **Sostegno anno** pari a **€2.000,00**, sostiene l'Assistito per le spese relative a **fisioterapie al verificarsi di una o più delle seguenti malattie:**

1. **Infarto miocardico acuto:** coronaropatia qualora dia origini a necrosi ischemiche acute del miocardio da brusca riduzione del flusso coronarico che provochi ricovero in unità coronarica di almeno 5 giorni. La diagnosi viene formulata per la presenza contemporanea dei seguenti caratteri:
 - a. dolore precordiale
 - b. alterazione tipiche all'ECG
 - c. aumento dell'attività sierica degli enzimi liberati dalle cellule miocardiche.
2. **Ictus cerebrale** (accidente cerebrovascolare acuto): emorragia od infarto cerebrale (trombosi od embolia) ad esordio brusco immediatamente riscontrato in ambito di ricovero ospedaliero che produca danno neurologico sensitivo o motorio.
3. **Tumore:** neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale, la cui diagnosi venga basata e dimostrata da esame istopatologico o da altra certificazione ospedaliera. Limitatamente alla sola copertura in oggetto, vengono esclusi: i carcinomi in situ, la degenerazione neoplastica dei polipi intestinali, i carcinomi della mammella che non hanno interessamento linfonodale metastatico, i carcinomi della vescica urinaria limitati al I stadio ed i tumori cutanei ad eccezione del melanoma maligno del III e IV stadio di Clarke.
4. **Insufficienza Renale:** malattia renale irreversibile in dialisi cronica.

5. Ustioni del 3° grado

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

L'Assistito:

1. sostiene una spesa a suo carico pari al **30%** sia in caso di prestazioni effettuate in **Assistenza Diretta e Assistenza Indiretta in Network** e sia in Assistenza **Indiretta fuori Network** ;
2. riceve un rimborso senza l'applicazione di **alcuna spesa a suo carico**, in caso di prestazioni sostenute a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale ed erogate sotto forma di **ticket sanitari**;

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

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

SEZIONE 6 – AREA PREVENZIONE

I. CHECK UP PROSTATICO/MAMMARIO (TICKET SSN)

La Mutua MBA rimborserà le spese effettuate presso strutture del SSN sostenute dall'Assistito per i **ticket sanitari** relativi alle prestazioni a scopo di prevenzione indicate ai punti 1) e 2) che seguono.

MBA provvede al rimborso delle spese per i suddetti ticket SSN entro il **Sostegno annuo per Nucleo Familiare di € 100,00 e con applicazione di una quota di spesa a carico dell'Assistito di € 20,00 per ogni evento.**

1) Check Up Prostatico:

- Emocromocitometrico e morfologico (Hb, GR, GB, piastrine, indici eritrocitari der.F.L.);
- Velocità di sedimentazione delle emazie;
- Glicemia;
- Azotemia;
- Creatininemia;
- Colesterolo HDL e LDL;
- Colesterolo totale o colesterolemia;
- Transaminasi glutammico ossalacetica (GOT) e glutammico piruvica (GPT);
- Urine, esame chimico e microscopico completo;
- Antigene prostatico specifico (PSA);
- Ecografia prostatica e vescicale sovra pubica.

2) Check up Mammario:

- Emocrocitometrico e morfologico (Hb, GR, GB, piastrine, indici eritrocitari der. F.L.);
- Velocità di sedimentazione delle emazie;
- Glicemia;
- Azotemia;
- Creatininemia;
- Colesterolo HDL e LDL;
- Colesterolo totale o colesterolemia;
- Transaminasi glutammico ossalacetica (GOT) e glutammico piruvica (GPT);
- Urine, esame chimico e microscopico completo;
- Citologia per diagnostica tumorale (Pap Test) o citologico endocervicale – più strisciobatteriologico vaginale;
- Mammografia bilaterale.

SEZIONE 7 – AREA SOSTEGNO

J. NON AUTOSUFFICIENZA (riservato esclusivamente all'Assistito titolare del sussidio)

La presente prestazione si attiva all'insorgenza, nel corso di validità del presente Sussidio, di eventi impreveduti ed invalidanti dell'Assistito Titolare del Sussidio, derivanti sia da Infortunio che da Malattia, anch'essi insorti durante la vigenza del presente Sussidio e tali da comportare uno stato di non autosufficienza per il quale l'Assistito non può svolgere autonomamente le attività elementari della vita quotidiana.

La presente prestazione non è cumulabile con le altre previste dal presente Sussidio; ossia accertato lo stato di non autosufficienza non sono attivabili altre prestazioni del presente Sussidio, riconducibili allo stato di non autosufficienza stessa.

J.1. Definizione dello stato di non autosufficienza

È considerato in stato di non autosufficienza l'Assistito che, a causa di una Malattia o di Infortunio si trovi per un periodo non inferiore a 90 giorni continuativi, in uno stato tale – presumibilmente in modo permanente – da aver bisogno dell'assistenza di un'altra persona per aiutarlo nello svolgimento delle attività ordinarie della vita quotidiana –ADL (Activities of Daily Living), nonostante l'utilizzo di apparecchiature mediche e/o chirurgiche.

È definita persona non autosufficiente la persona che risulti incapace di svolgere in tutto o in parte alcune attività elementari della vita quotidiana:

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

Lo stato di non autosufficienza verrà valutato secondo il criterio del punteggio all'art. J.5. - *Elenco dei punteggi per la determinazione del grado di non autosufficienza*, ossia, ad ognuna delle attività elementari della vita quotidiana, sulla base di una valutazione del proprio Comitato Medico-Legale, Mutua MBA accerta il grado di autonomia della persona e assegna un punteggio da 0 a 10.

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

J.2. Accertamento dello stato di non autosufficienza

Il Comitato Medico – Legale, eventualmente avvalendosi della consulenza tecnico-specialistica ritenuta necessaria, esaminerà e valuterà tempestivamente la

documentazione ricevuta (si veda a tal proposito la Guida Operativa) entro e non oltre un mese dalla data di ricevimento della documentazione completa ed eventualmente predisporrà una visita.

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

- Modulo di richiesta di rimborso (scaricabile dalla sezione personale del sito di Mutua MBA o richiedibile alla Centrale Salute);
- Diagnosi e/o patologia (certificato del medico curante attestante l'insorgere della non autosufficienza corredata dalla tabella dei punteggi – scaricabile dalla sezione personale del sito di Mutua MBA o richiedibile alla Centrale Salute – compilata dal medico curante);
- Relazione medica sulle cause della perdita di autosufficienza;
- Documentazione sanitaria (cartelle cliniche, relazioni mediche, accertamenti diagnostici, etc.) utile alla valutazione del quadro clinico;
- Ogni altro documento che Mutua MBA ritenga necessario produrre per attestare l'insorgenza dello stato di non autosufficienza.

Mutua MBA avrà diritto di richiedere accertamenti medici che attestino la permanenza dello stato di non autosufficienza e qualora l'accertamento evidenzi il recupero della autosufficienza, comunicherà all'Assistito la sospensione ovvero la revoca definitiva delle prestazioni.

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

Mutua MBA, in ogni caso, ha la facoltà di procedere, eventualmente alla presenza del Medico curante dell'Assistito, a controlli presso il beneficiario e, in particolare, di farlo esaminare da un Medico di sua scelta. Potrà inoltre richiedere l'invio di ogni documento che ritenga necessario per valutare il suo stato di salute.

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

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

Mutua MBA ha facoltà di richiedere, con cadenza annuale, certificazione di permanenza in vita del beneficiario.

J.3. Rimborso delle spese sanitarie e assistenziali

L'accertamento con esito positivo dello stato di non autosufficienza dà diritto, a decorrere dalla data della richiesta derivante dallo stato di non autosufficienza, al rimborso di tutte le spese sanitarie e assistenziali sostenute sia presso Centri Convenzionati (sia nella Forma Diretta che Indiretta), sia presso Centri non Convenzionati e sia presso SSN e strettamente collegate allo stato di non autosufficienza (importi cumulabili per la medesima tipologia di prestazione eventualmente riconosciuta ai sensi di altro Sussidio attivato per il tramite di Mutua MBA), nel limite di **€ 200,00** al mese.

Le prestazioni di cui sopra saranno garantite da Mutua MBA, permanendo lo stato di non autosufficienza, per un periodo **massimo di 24** mesi successivi al giorno di validazione dello stato di non autosufficienza, fermo restando il regolare versamento dei contributi dovuti o per il minor tempo intercorso qualora dovesse venir meno, per qualsivoglia motivo, lo stato di non autosufficienza ovvero la qualifica di socio.

Ai fini del rimborso delle spese di cui al presente punto J.3., l'Assistito dovrà fornire a Mutua MBA la documentazione comprovante la data, il costo e l'oggetto della prestazione di cui è presentata domanda di rimborso (fatture, certificato medico etc.).

J.4. Modalità di attivazione prestazione in forma diretta

Fermo restando quanto sopra, Mutua MBA mette a disposizione degli Assistiti un Network di Strutture e professionisti Convenzionati a cui poter accedere per le prestazioni previste dall'art. J.3.

L'Assistito, una volta accertato lo stato di non autosufficienza sulla base del punteggio raggiunto, potrà verificare con la Centrale Salute la possibilità di attivare in forma Diretta sul territorio di residenza/domicilio la prestazione di Assistenza domiciliare (Badante, Operatore Socio-Sanitario).

Pertanto, qualora l'Assistito decida di avvalersi di una Struttura e/o professionista Convenzionato e di richiedere l'erogazione in forma Diretta delle prestazioni della presente Sezione, Mutua MBA procederà a rimborsare direttamente alla Struttura/professionista le spese per le prestazioni sanitarie e/o socioassistenziali erogate ed espressamente autorizzate dalla Centrale Salute.

In nessun caso, la Struttura Sanitaria e/o il professionista Convenzionato/a, potrà promuovere a qualsiasi titolo azione di rivalsa nei confronti dell'Assistito, salvo che per i crediti relativi a spese non previste ai sensi del presente Regolamento, per la parte eccedente il limite dei rimborsi previsti o per tutte le spese non espressamente autorizzate dalla Centrale Salute.

J.5. Elenco dei punteggi per la determinazione del grado di non autosufficienza

Lavarsi

1° grado

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

punteggio 0

2° grado

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

punteggio 5

3° grado

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

punteggio 10

Vestirsi e svestirsi

1° grado

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

punteggio 0

2° grado

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

punteggio 5

3° grado

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

punteggio 10

Igiene personale

1° grado

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

(1) andare al bagno

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

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

punteggio 0

2° grado

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

punteggio 5

3° grado

l'Assistito necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività:

punteggio 10

Mobilità1° grado

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

punteggio 0

2° grado

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

punteggio 5

3° grado

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

punteggio 10

Continenza1° grado

l'Assistito è completamente continente:

punteggio 0

2° grado

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

punteggio 5

3° grado

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

punteggio 10

Alimentazione1° grado

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

punteggio 0

2° grado

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

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

punteggio 5

3° grado

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

punteggio 10

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.