



Mutua MBA

Via di Santa Cornelia, 9 - 00060 - Formello (RM) - Tel. 06 90198060 - info@mbamutua.org - www.mbamutua.org - C.F. 97496810587



mutua basis assistance

Regolamento del Sussidio “BASE 1”

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

Indice	Pagina
Sezione 1: Definizioni	3
Sezione 2: Norme generali che regolano il sussidio	5
Sezione 3: Norme relative a tutte le garanzie	8
Sezione 4.1: Garanzie ospedaliere	14
Sezione 4.2: Garanzie extraospedaliere	17
Sezione 4.3: Garanzie Prevenzione	20
Sezione 4.4: Sostegno (solo in caso di Formula Nucleo)	21
Sezione 4.5.: Long term care	23

Sezione 1: Definizioni

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

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

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.

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

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

Centrale Salute: gli uffici dedicati alla gestione delle pratiche di Rimborso e delle prese in carico in forma diretta, nonché a fornire le informazioni necessarie agli Assistiti per l'accesso alle prestazioni e ai servizi.

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

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

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

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

Indennità integrativa: importo giornaliero erogato dalla MBA per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della Malattia e/o dell'Infortunio (del parto e dell'aborto terapeutico ove

previsti). L'indennità viene riconosciuta qualora non venga richiesto il Rimborso delle spese per le prestazioni effettuate durante il Ricovero o ad esso comunque connesse (ad eccezione delle prestazioni pre e post Ricovero che verranno rimborsate secondo le modalità ed i limiti di seguito indicati).

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

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

Infortunio odontoiatrico: l'Infortunio, che provochi lesioni fisiche oggettivamente constatabili all'apparato dentale inteso come insieme di arcate gengivo-dentarie, documentate da specifico referto di Pronto Soccorso (attestante le circostanze dell'Evento, le cause e le conseguenze dell'Evento) e che abbiano dato luogo ad un Ricovero per un periodo non inferiore a 48 ore.

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

Intervento chirurgico anche la riduzione incruenta di fratture.

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

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

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

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

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

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

Quote di spesa a carico dell'Associato: importi di spesa che rimangono a carico

dell'Associato espressi in percentuale e/o in quota fissa.

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

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

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

Sezione 2: Norme Generali che regolano il sussidio

Art. 1 - Oggetto

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

Art. 2 - Persone Associate

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

Art. 3 - Nucleo Familiare

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

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

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

E' 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. 4 Limiti di età

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

Fermo restando quanto sopra, qualora l'Associato abbia compiuto il 75° anno di

età, anche durante la decorrenza del presente sussidio, dovrà presentare alal Mutua MBA - non oltre il termine del mese nel quale abbia compiuto i 75 anni, apposito questionario anamnestico.

Art. 5 - Variazione del Nucleo Familiare

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

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

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

Art. 6 - Durata del sussidio e tacito rinnovo

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

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

Art. 7 Obblighi contributivi dell'Associato

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

Art. 8 Dichiarazioni e comunicazione dell'Associato

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

Art.9 - Prestazioni per conto altrui

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

Art. 10 - Pagamento del contributo e decorrenza del sussidio

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

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

Art. 11 - Comunicazioni e modifiche

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

Art. 12 - Massimali

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

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

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

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

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

- 5 in caso di singole prestazioni, si applicherà un'unica Quota di spesa a carico per la spesa relativa alla prestazione effettuata;
- 6 in caso di ciclo di cura, la Quota di spesa a carico è da intendersi applicata per l'insieme delle prestazioni relative al ciclo di cura;
- 7 in caso di prestazioni legate al medesimo Evento, si applicherà un'unica Quota di spesa a carico per l'insieme delle prestazioni effettuate entro e non oltre 60 giorni dall'Evento; successivamente, verrà calcolata una seconda Quota di spesa a carico per ogni prestazione (vedi lett. a) o per un ulteriore Ciclo di Cura ove ne ricorrano i presupposti (vedi lett. b);
- 8 in entrambi i casi di cui alle lettere b) e c), qualora le prestazioni rientrino in differenti Massimali (es. Massimale per alta diagnostica e Massimale per visite specialistiche), verrà applicata

una Quota di spesa a carico per tutte le prestazioni e, ai fini dell'imputazione al Massimale la quota di spesa verrà detratta pro quota dalle singole prestazioni;

- 9 in ogni caso, per l'applicazione di una sola Quota di spesa a carico, è necessario che l'Associato presenti, in un'unica richiesta, la documentazione; ove ciò non sia possibile, dovrà fornire evidenza scritta della riconducibilità delle prestazioni ad uno dei casi indicati alle lett. b) e c). Se le richieste di Rimborso o di autorizzazione in forma diretta vengono invece presentate singolarmente ed in momenti diversi, verrà applicata in ogni caso una Quota di spesa a carico per ogni singola prestazione.

Art. 14 - Risoluzione delle Controversie

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

Art. 15 - Rinvio alle norme

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

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

Art. 16 - Termini di Aspettativa (Carenze)

Fermo quanto previsto all'Art. 10 delle Norme Generali, disciplinante il giorno di effetto del sussidio, le garanzie decorrono:

- per gli Infortuni e l'aborto post-traumatico, dalle ore 24 del giorno di effetto del sussidio;
- per le Malattie ammesse dopo il 30° giorno successivo a quello di effetto del sussidio;
- per il parto dal 270° giorno successivo a quello di effetto del sussidio;
- per le Malattie dipendenti da gravidanza: dal 30° giorno successivo a quello di effetto del sussidio, a condizione che la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo all'effetto del sussidio stesso.

Fermo restando quanto sopra, qualora l'Associato provenga da una precedente copertura sanitaria non si applicheranno i termini di aspettativa di cui sopra.

Art. 17 Pregresse

Tutte le prestazioni conseguenti ad Infortuni avvenuti anteriormente alla data di adesione al presente sussidio si intendono espressamente escluse.

Altresì si intenderanno escluse tutte le prestazioni conseguenti a stati patologici manifestati, diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati prima della data della data di adesione al presente sussidio. Tale esclusione non opera una volta

trascorsi tre anni di adesione ininterrotta al presente Regolamento del sussidio.

In caso di adesione al presente sussidio senza soluzione di continuità rispetto ad altro sussidio messo a disposizione da parte di MBA verrà considerata come data di prima adesione, a tutti gli effetti e salvo particolari deroghe, quella relativa all'adesione al presente sussidio.

Nel caso in cui il sussidio di provenienza preveda l'inclusione delle pregresse decorsi tre anni ininterrotti di adesione al sussidio, l'esclusione delle prestazioni conseguenti a stati patologici manifestati, diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati prima della data della data di adesione al presente sussidio si intenderà valida solo per le maggiori e più ampie prestazioni previste dal presente sussidio rispetto a quello di provenienza. In tal caso, per tali maggiori e più ampie prestazioni, verrà pertanto considerata come data di prima adesione quella relativa al presente sussidio.

Art. 18- Esclusioni

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

1. le prestazioni non corredate da prescrizione medica attestante la patologia certa o presunta ovvero l'Infortuni;
2. le prestazioni conseguenti agli Infortuni non documentati da referto di Pronto Soccorso ovvero da specifico accertamento diagnostico (a titolo esemplificativo, TAC, RMN, radiografie) da cui sia chiaramente possibile evincere la data di accadimento dell'infortunio e le conseguenze traumatiche dello stesso.
3. le prestazioni relative a cure odontoiatriche e ortodontiche, salvo specifiche deroghe previste dal sussidio, ovvero che non siano conseguenza di Infortuni odontoiatrico documentato da referto di pronto Soccorso e che abbiano dato luogo ad un Ricovero di durata non inferiore a 48 ore;
4. le prestazioni di routine, controllo nonché i vaccini;
5. le prestazioni conseguenti a suicidio e tentato suicidio;
6. le prestazioni finalizzate all'eliminazione o correzione di difetti fisici e malformazioni preesistenti alla data di adesione del sussidio, ad eccezione degli Interventi per i bambini che non abbiano superato i 5 anni;
7. le prestazioni relative a Malattie mentali ed i disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche;
8. le prestazioni sanitarie e le cure aventi finalità estetica, salvo gli Interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva resi necessari da Malattia o Infortunio rimborsabili, purché effettuate nei 360 giorni successivi all'Intervento e comunque durante la validità del sussidio;
9. Infortuni o Malattie derivanti da dolo dell'Associato;
10. le prestazioni, le terapie e le cure non riconosciute dalla medicina ufficiale, quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, quelle omeopatiche, fitoterapiche, nonché quelle effettuate da medici o paramedici non abilitati all'esercizio dell'attività professionale;
11. i farmaci non riconosciuti dalla Farmacopea Ufficiale;

12. le prestazioni erogate da medici o paramedici abilitati che non siano in possesso di specializzazione medica pertinente con la prestazione erogata;
13. le cure e gli Interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale;
14. l'aborto volontario non terapeutico;
15. i Ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in regime ambulatoriale, purché consentito dallo stato di salute dell'Assistito;
16. le prestazioni conseguenti a reati o ad azioni dolose compiute o tentate dall'Associato. Sono compresi nella garanzia quelle sofferte in conseguenza di imprudenza o negligenza anche gravi dell'Associato stesso;
17. gli Infortuni conseguenti ad assunzione di sostanze psicoattive (stupefacenti, farmaci, sostanze psicotrope), a scopo non terapeutico;
18. gli infortuni causati dallo stato di ebbrezza o di ubriachezza;
19. le Malattie correlate all'abuso di alcool o al consumo di stupefacenti e sostanze psicotrope, assunte non a scopo terapeutico;
20. gli Infortuni conseguenti alla pratica di sport aerei e gare motoristiche in genere o di sport costituenti per l'assistito attività professionale;
21. le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e delle accelerazioni di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.), nonché da campi elettromagnetici;
22. le conseguenze di inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche, movimenti tellurici;
23. i ricoveri causati dalla necessità dell'Associato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché Ricoveri di lunga degenza. In tal senso si intendono Ricoveri di lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Associato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituti di cura per Interventi di carattere assistenziale e fisioterapico di mantenimento.

Art. 19 - Sottoscrizione di più Sussidi

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

Art. 20- Limiti territoriali

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

Art. 21 - Responsabilità di terzi

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

Art. 22 - Oneri dell'Assistito.

La richiesta di rimborso deve essere corredata da:

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

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

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

Art. 23 - Modalità di erogazione delle prestazioni.

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

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

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

MBA provvederà a corrispondere direttamente alla struttura e ai medici/professionisti convenzionati le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate, senza applicazione di alcuna quota a carico dell'Assistito tranne quelle specificamente previste dal presente sussidio sanitario (anche in caso di utilizzo di strutture sanitarie e personale medico convenzionati) che dovranno essere versate alla struttura sanitaria e ai medici/professionisti

direttamente dall'Assistito.

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

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

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

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

Fermo quanto previsto alla lettera a), nel caso in cui un Associato si avvalga di una delle strutture sanitarie e di medici/professionisti convenzionati con MBA e, pur non avvalendosi dell'assistenza diretta, ha l'obbligo di richiedere, seguendo le istruzioni indicate nella Guida Operativa della Mutua e della Centrale Salute, l'applicazione delle specifiche agevolazioni tariffarie concordate da MBA con le strutture/medici/professionisti; in tal caso la Mutua provvede al rimborso all'Assistito delle spese sostenute, applicando le specifiche condizioni previste dal sussidio in caso di utilizzo delle prestazioni assistenza diretta (di cui alla lettera a).

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

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

SEZIONE 4.1.: GARANZIE OSPEDALIERE

4.1.1. Ricoveri con/senza intervento chirurgico (compresi Day Hospital, Day Surgery ed Interventi Ambulatoriali)

MBA in caso di ricovero con intervento chirurgico, reso necessario da malattia o infortunio che risultino compresi nei termini del presente Sussidio, provvede a rimborsare le seguenti spese inerenti al ricovero od all'intervento chirurgico:

1) nei 120 giorni precedenti il ricovero

- accertamenti diagnostici, compresi onorari medici e visite specialistiche;

2) durante Il ricovero nei limiti del massimale

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
- diritti di sala operatoria e materiale di intervento;
- assistenza medica ed infermieristica, cure e accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami;
- vitto e pernottamento in Istituto di cura dell'accompagnatore con un massimo di € 55,00 per un massimo di 30 giorni per ogni ricovero)
- rette di degenza;

3) dopo il ricovero con intervento chirurgico (nei 120 giorni successivi alla dimissione dal ricovero)

- esami di laboratorio ed accertamenti diagnostici, compresi gli onorari dei medici;
- esami, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e acquisto di medicinali;
- cure termali prescritte a seguito di intervento chirurgico (escluse le spese alberghiere).

Le spese di cui al punto n. 3 sono da intendersi rimborsabili solo qualora si tratti di:

- ricovero con intervento chirurgico;
- spese inerenti terapie oncologiche;
- ricovero in regime di Day-Hospital.

Mutua MBA provvederà al rimborso della retta di degenza nelle seguenti modalità:

- integralmente, senza applicazione di alcun scoperto, qualora sostenuta presso una Struttura Sanitaria convenzionata con la Centrale Salute;
- in tutti gli altri casi, nei limiti del massimale giornaliero di € 200,00 e per la restante parte nella misura del 50%.

Nel caso in cui le prestazioni di cui sopra e di cui all'art. 4.1.1. vengano effettuate in una struttura sanitaria convenzionata con la Centrale Salute in assistenza diretta, MBA provvederà

al rimborso delle spese sostenute dall'Associato con applicazione di una quota di spesa carico dell'Assistito di € 800,00 per ricovero, fermo restando il massimale annuo di cui all'art. 4.1.8.

Nel caso in cui, invece, le prestazioni suddette vengano effettuate in una struttura non convenzionata con la Centrale Salute, la MBA rimborserà le spese sostenute dall'Associato con applicazione di una **quota di spesa a carico dello stesso del 10% con un minimo non rimborsabile di € 1.200,00 per ogni ricovero, fermo restando il massimale annuo di cui al punto 4.1.8.**

Qualora le prestazioni fossero rese in strutture sanitarie Convenzionate, ma da medici non convenzionati, si applicheranno le medesime modalità di rimborso sopra descritte per le prestazioni rese in strutture non Convenzionate.

4.1.2. Altri interventi chirurgici compresi e relativi sub-Massimali e Quote di spesa a carico dell'Associato

Sono inoltre incluse le seguenti prestazioni o interventi, nei limiti dei sub-Massimali di seguito indicati, e nelle medesime modalità di cui all'art. 4.1.1. in ragione della struttura in cui viene eseguita la prestazione:

- parto naturale, fino ad un sub-Massimale complessivo per annualità di euro **2.600,00** (è da intendersi escluso il Rimborso delle spese di cui all'art. 4.1.1. lettere A) e C);
- parto cesareo e aborto terapeutico, fino ad un sub-Massimale complessivo per annualità di euro **5.000,00** (è escluso il Rimborso delle spese di cui al precedente art. 4.1.1. lettere A) e C);
- Prestazioni per chirurgia refrattiva e trattamenti con laser eccimeri, nei limiti di un sub-massimale di **euro 1.500,00 per annualità e per nucleo**, limitatamente a quelli effettuati in caso di anisometropia superiore a quattro diottrie e/o in caso di deficit visivo pari o superiore a 6 diottrie per ciascun occhio.

4.1.3. Trasporto Sanitario

In caso di necessità medica debitamente documentata, la MBA rimborsa le spese sostenute ed anch'esse debitamente documentate, per il trasporto con i seguenti mezzi: treno, aereo, ambulanza, eliambulanza a e dall'Istituto di Cura ad un altro, all'estero e ritorno in caso di intervento per l'assistito infermo ed un eventuale accompagnatore, sino ad un **massimo annuo di € 1.035,00 per evento, e fermo restando il massimale annuo di cui al punto 4.1.8.**

4.1.4. Rimpatrio della salma

La Mutua MBA, in caso di decesso dell'Associato all'estero, rimborserà le spese sostenute per il rimpatrio della salma al luogo di sepoltura in Italia nei limiti del **sub-massimale annuo di € 1.550,00**, fermo restando il massimale annuo di cui al successivo punto 4.1.9.

4.1.5. Indennità sostitutiva

L'Associato nel caso in cui debba essere ricoverato in strutture del Servizio Sanitario Nazionale in conseguenza di malattia, infortunio o parto, rimborsabili secondo il presente

Regolamento, può chiedere in sostituzione integrale del rimborso delle spese previste il pagamento di una **somma giornaliera massima di € 100,00 per ogni giorno di ricovero e per la durata massima di 300 giorni per annualità.**

Il rimborso dovuto nei termini di quanto sopra, spetta a partire dal giorno stesso del ricovero fino al giorno antecedente a quello della dimissione.

4.1.7. Grandi Interventi Chirurgici.

Per il ricovero dell'Associato in una struttura sanitaria convenzionata e non convenzionata con la Centrale Salute per un "Grande Intervento Chirurgico" (secondo il solo elenco riportato nel successivo punto 4.1.7.: "Elenco dei Grandi Interventi Chirurgici") reso necessario a seguito di malattia o infortunio, MBA rimborserà integralmente, **nei limiti del massimale annuo indicato al successivo punto 4.1.8** per nucleo Familiare, le spese sostenute dallo stesso per il complesso delle prestazioni così come elencate dai punti 4.1.1. al 4.1.5., ivi comprese le spese pre e post ricovero.

In particolare la retta di degenza che MBA riconosce all'Associato sarà rimborsata integralmente senza applicazione di alcuna Quota di spesa a carico sia che venga sostenuta in Struttura Sanitaria convenzionata con la Centrale Salute che non.

4.1.8. Elenco dei Grandi Interventi Chirurgici

STOMACO-DUODENO

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

INTESTINO

- Colectomia totale.
- Resezione ileo-cecale con linfadenectomia.

RETTO-ANO

- Amputazione del retto per via addomino perineale: in un tempo.
- Idem per via addomino perineale: in più tempi.
- Resezione anteriore retto-colica.

ERNIE

- Intervento iatale con tonduplicatio.

FEGATO E VIE BILIARI

- Resezione epatica.
- Epatico e coledocotomia.
- Papillotomia per via trans-duodenale.
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari.

- Deconnessione azygos-portale per via addominale.

PANCREAS-MILZA

- Interventi di necrosi acuta del pancreas.
- Interventi per cisti e pseudo-cisti:
 - enucleazione delle cisti
 - marsupializzazione.
- Interventi per fistole pancreatiche.
- Interventi demolitivi sul pancreas:
 - a) totale o della testa
 - b) della coda.
- Anastomosi porta-cava, spleno renale, mesenterico-cava.

CHIRURGIA DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO

- Asportazione di neoplasie endocraniche, di aneurismi o per correzione di altre condizioni patologiche.
- Operazioni endocraniche per ascesso ed ematoma intracranico.
- Interventi per derivazione liquorale diretta ed indiretta.
- Operazione per encefalo-meningocele.
- Talamotomia-pallidotomia ed altri interventi simili.
- Interventi per epilessia focale.
- Interventi endorachidei per asportazione di neoplasie, cordotomie, radicotomie ed altre affezioni meningomidollari.
- Neurotomia retrogasseriana - sezione intracranica di altri nervi.
- Emisferectomia.
- Ernia del disco dorsale per via transtoracica.

SIMPATICO E VAGO

- Interventi associati sul simpatico toracico e sui nervi splacnici.
- Surrenelectomia ed altri interventi sulla capsula surrenale.

CHIRURGIA VASALE

- Interventi per aneurismi dei seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrale, succlavia, tronco brachiocefalico, iliache.
- Interventi sulla aorta e sui grossi vasi arteriosi.

CRANIO

(Vedi anche Chirurgia del sistema nervoso centrale e periferico)

- Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali.

FACCIA E BOCCA

- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario.

- Interventi demolitivi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale con svuotamento della loggia sottomascellare.
- Asportazione totale della parotide per neoplasie maligne.
- Resezione parotidea per tumore benigno o misto della parotide con preparazione del nervo facciale.
- Parotidectomia totale con preparazione del nervo facciale

COLLO

- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne.
- Timectomia per via cervicale.
- Resezione dell'esofago cervicale.

TORACE

- Resezioni segmentarie e lobectomia.
- Pneumonectomia.
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi.
- Interventi per fistole bronchiali-cutanee.
- Pleuropneumonectomia.
- Toracectomia ampia.
- Resezione bronchiale con reimpianto.
- Timectomia per via toracica.
- Toracoplastica totale.

CHIRURGIA TORACICA

- Pericardiectomia parziale o totale.
- Sutura del cuore per ferite.
- Interventi per corpi estranei al cuore.
- Atriosettostomia per trasposizione dei grossi vasi.
- Derivazioni aorto-polmonari - Correzione di coartazione aortica.
- Interventi per fistole artero-venose del polmone.
- Legatura e resezione del dotto di Botallo.
- Operazione per embolia della arteria polmonare.
- Interventi a cuore aperto.
- Bypass aorto-coronarico.
- Commissurotomia (per stenosi mitralica).

ESOFAGO

(Vedi anche otorinolaringoiatria).

- Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica post-operatoria.
- Operazioni sull'esofago per stenosi benigne o megaesofago.
- Idem per tumori: resezioni parziali basse - alte - totali.
- Esofagoplastica.

- Reintervento per megaesofago.

CHIRURGIA PEDIATRICA

- Cranio bifido con meningocefalocele.
- Idrocefalo ipersecretivo.
- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia).
- Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma)
- Atresia congenita dell'esofago.
- Fistola congenita dell'esofago.
- Torace ad imbuto e torace carenato.
- Ernia diaframmatica.
- Stenosi congenita del piloro.
- Occlusione intestinale del neonato per ileo meconiale: resezione con anastomosi primitiva.
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino perineale.
- Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare: abbassamento addomino perineale
- Megauretere:
 - a) resezione con reimpianto
 - b) resezione con sostituzione di ansa intestinale.
- Megacolon: operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson.
- Nefrectomia per tumore di Wilms.
- Spina bifida: meningocele o mielomeningocele.

ARTICOLAZIONI

- Disarticolazione interscapolo toracica.
- Emipelvectomia.
- Artoplastica delle grandi articolazioni.
- Artoprotesi anca totale (comprensivo di ogni altro intervento preparatorio o concomitante).

UROLOGIA

- Interventi per fistola vescico-rettale.
- Estrofia della vescica e derivazione.
- Cistectomia totale ureterosigmoidostomia.
- Uretero-ileo anastomosi (o colon).

- Nefrotomia bivalve in ipotermia.
- Nefrectomia allargata per tumore.
- Nefro-ureterectomia totale.
- Surrenelectomia.

APPARATO GENITALE MASCHILE

- Orchiectomia per neoplasie maligne con linfoadenectomia.

GINECOLOGIA

- Pannisterectomia radicale per via addominale per tumore maligno.

OTORINOLARINGOIATRIA

Naso

- Intervento sull'ipofisi per via transfenoidale.

Laringe

- Laringectomia totale.
- Faringolaringectomia.

Oculistica

- Iridocicloterazione da glaucoma.

Orecchio

- Antro-atticotomia.

TRAPIANTI D'ORGANO

Tutti.

4.1.8. Massimale annuo

Il massimale annuo erogabile di sussidi per il complesso degli eventi indicati nella presente sezione è pari alla somma complessiva di € 100.000,00 per Nucleo Familiare. Nel caso di Grande Intervento Chirurgico di cui al punto 4.1.6. e 4.1.7. il massimale si intende complessivamente elevato ad € 150.000,00 annui per Nucleo Familiare.

4.2.: GARANZIE EXTRAOSPDALIERE

4.2.1. Alta diagnostica e Visite specialistiche

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

- ALCOLIZZAZIONE
- AMNIOCENTESI oltre il 35° anno di età o se prescritta a seguito di sospetta malformazione del feto
- ANGIOGRAFIA
- ANGIOGRAFIA DIGITALE
- ARTERIOGRAFIA DIGITALE
- ARTROGRAFIA
- BRONCOGRAFIA

- BRONCOSCOPIA
- CAPTAZIONE TIROIDEA
- CHEMIOTERAPIA
- CISTERNOGRAFIA
- CISTOGRAFIA
- CISTOSCOPIA
- CLISMA OPACO
- COBALTOTERAPIA
- COLANGIOGRAFIA
- COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA
- COLECISTOGRAFIA
- COLONSCOPIA
- CORONAROGRAFIA
- DIAGNOSTICA RADIOLOGICA
- DIALISI
- DOC
- DOPPLER
- DUODENOSCOPIA
- ECOCARDIOGRAFIA
- ECOCOLORDOPPLER
- ECODOPPLER
- ECOGRAFIA
- ELETTROCARDIOGRAFIA
- ELETTROENCEFALOGRAFIA
- ELETTROSCOPIA
- ESOFAGOSCOPIA
- GALATTOGRAFIA
- GASTROSCOPIA
- HOLTER
- LASERTERAPIA
- LINFOGRAFIA
- MAMMOGRAFIA
- MIELOGRAFIA
- MOC
- RADIONEFROGRAMMA
- RADIOTERAPIA
- RECTOSIGMOIDOCOLONSCOPIA
- RETINOGRAFIA
- RETTOSCOPIA
- RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE
- RX ESOFAGO
- RX TUBO DIGERENTE

- SCINTIGRAFIA
- TAC
- TELECUORE
- TERAPIE RADIANTI
- UROFLUSSOMETRIA
- UROGRAFIA

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

La MBA rimborserà anche le spese sostenute per visite specialistiche, ivi inclusi gli onorari medici, con esclusione delle visite odontoiatriche ed ortodontiche, analisi ed esami diagnostici diversi da quelli sopra elencati.

Le spese sostenute per prestazioni effettuate sia in Struttura Sanitaria Convenzionata che non con la Centrale Salute, saranno rimborsate con applicazione di una Quota di spesa a carico dell'Associato del 20% e con un minimo non rimborsabile di € 50,00 per prestazione, fermo restando il Massimale annuo di cui al punto 4.2.2.

Qualora l'Associato per le prestazioni di cui al presente articolo si avvalga di Strutture del Servizio Sanitario Nazionale, la MBA rimborserà integralmente le spese sostenute per i Ticket sanitari, nei limiti del massimale annuo di cui all'art. 4.2.2.

Sono sempre esclusi i ticket per l'acquisto di farmaci.

4.2.2. Massimale annuo di rimborsi erogabili

Il limite annuo garantito per il complesso delle prestazioni di cui al precedente art. 4.2.1. è pari ad **€ 3.300,00 per Nucleo Familiare.**

4.2.3. Protesi ortopediche ed acustiche

MBA provvede al rimborso integrale nei confronti dell'Associato delle spese sostenute dallo stesso per le protesi ortopediche ed acustiche **nei limiti del massimale annuo di € 1.035,00 e per nucleo Familiare.**

4.2.4. Lenti ed occhiali

MBA rimborserà le spese sostenute per l'acquisto della montatura, delle lenti e/o lenti a contatto a seguito di modifica del visus o per prima prescrizione entro il **limite massimo annuale di € 300,00 per nucleo Familiare, nel limite di un sub massimale di € 105,00 per persona e con applicazione di una quota di spesa a carico dell'Associato di € 25,00 per Evento.**

La modifica del visus dovrà essere certificata da medico oculista e le spese relative a tale visita non saranno in nessun caso rimborsate.

4.2.5. Cure dentarie da infortunio

MBA provvede al rimborso delle spese sostenute per cure dentarie rese necessarie a seguito di infortunio entro **il limite massimo annuale di € 1.550,00 per nucleo Familiare, e con applicazione di una quota di spesa a carico dell'Assistito del 20% con un minimo non rimborsabile pari ad € 50,00 per ciclo di cura.**

4.2.9. Cure Oncologiche

Nel caso di malattia oncologica, si provvederà al rimborso delle spese sostenute dall'Assistito per le terapie radianti, assistenza infermieristica domiciliare, chemioterapia e visite specialistiche relative alla malattia oncologica. Le spese relative alle prestazioni su indicate saranno rimborsate dalla Mutua MBA nei limiti del **massimale annuo di € 6.000,00 per nucleo Familiare.**

SEZIONE 5: SERVIZI AGGIUNTIVI ALLA CENTRALE SALUTE

5.1 ASSISTENZA H24

5.1.2. - PRESTAZIONI EROGATE PER L'ASSISTENZA H24

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

5.1.3. CONSULENZA MEDICA TELEFONICA

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

5.1.4. INVIO DI UN MEDICO AL DOMICILIO

Qualora l'Associato necessiti di un medico presso la propria abitazione, durante le ore notturne o nei giorni festivi, e non riesca a reperire il suo medico curante, la Centrale Operativa provvede, dopo che il proprio medico di guardia ne ha accertata la necessità tramite un primo contatto telefonico, ad inviare gratuitamente uno dei propri medici convenzionati. In caso di irreperibilità immediata del medico e qualora le circostanze lo rendano necessario, la Centrale Operativa organizza, tenendo a proprio carico i relativi costi, il trasferimento dell'Associato con ambulanza ad un pronto soccorso. Validità territoriale: Italia.

5.1.5. INVIO AMBULANZA (VALIDITA' TERRITORIALE ITALIA)

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

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

Non danno luogo alla prestazione i trasporti per terapie continuative.

5.1.6. In caso di necessità

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

5.1.7. La Centrale per l'assistenza H24

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

5.1.8. Rischi esclusi per la garanzia Assistenza H24

Per tutte le garanzie esposte nei precedenti Art. 5.3 – 5.5. (Assistenza H 24) e successivi sottarticoli, è escluso ogni indennizzo, prestazione, conseguenza e/o evento derivante direttamente od indirettamente da:

- a) cause ed eventi non adeguatamente documentati.
- b) comportamenti illeciti o dolosi, sia compiuti che tentati dall'Associato; suicidio o tentato suicidio.
- c) malattie mentali, stati d'ansia, stress e depressione, disturbi psichici in genere e nevrosi; reazione psicologica derivante dalla paura (ad es. di un atto di guerra, insurrezione popolare, atto di terrorismo, incidente aereo).
- d) intossicazioni, malattie ed infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcolici e di psicofarmaci, nonché dall'uso non terapeutico di allucinogeni e stupefacenti.
- e) infortuni derivanti da atti di temerarietà o attività sportive pericolose (a titolo esemplificativo e non esaustivo: alpinismo, trekking oltre i 2500 metri, salti dal trampolino con sci o idro-sci, guida e uso di guidoslitte e bob, deltaplano, parapendio, immersione con autorespiratore, speleologia, pugilato, canoa e rafting, concorsi di equitazione, caccia e tiro, hockey su ghiaccio, sci fuoripista, rugby, football americano, bungee-jumping, atletica pesante e lotta nelle sue varie forme).

- f) infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale o dilettantistico o inerenti a partecipazioni a gare.
- g) pratica venatoria; possesso di armi e munizioni, ancorché provvisti di apposite licenze e autorizzazioni.
- h) atti di sabotaggio, vandalismo o terrorismo in genere, compreso l'utilizzo di ogni tipo di ordigno nucleare o chimico.
- i) eventi derivanti da fenomeni di trasmutazione dell'atomo, radiazioni ionizzanti o contaminazione radioattiva o da contaminazione chimico- biologica o batteriologica, inquinamento dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da qualsiasi danno ambientale.
- j) catastrofi naturali ed altri sconvolgimenti della natura.
- k) pandemia, se definita come tale dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

5.2 CONVENZIONE CONSERVAZIONE CELLULE STAMINALI

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

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

5.2.1 Crio - conservazione delle cellule staminali del cordone ombelicale.

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

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

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

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

5.2.2 Informazione scientifica.

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

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

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

5.2.3. Consulenza medica.

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

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

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

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



Mutua MBA

Via di Santa Cornelia, 9 - 00060 - Formello (RM) - Tel. 06 90198060 - info@mbamutua.org - www.mbamutua.org - C.F. 97496810587
