



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 2”

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 o 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.

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 relativa 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. 9 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 impegna 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 o senza Intervento chirurgico

La Mutua MBA in caso di Ricovero, con o senza Intervento Chirurgico, reso necessario da Malattia o Infortunio che risultino garantiti nei termini del presente Regolamento, provvede a rimborsare le seguenti spese inerenti al Ricovero od all'Intervento Chirurgico:

A) nei 90 giorni precedenti il Ricovero, con un sub-Massimale di € 1.200,00 per Ricovero da intendersi unico e comprensivo anche delle spese di cui alla successiva lettera C):

- visite specialistiche ed accertamenti diagnostici, compresi onorari medici;

B) durante il Ricovero nei limiti del Massimale

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
- diritti di sala operatoria e materiale di Intervento (ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'Intervento);
- assistenza medica ed infermieristica, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami;
- rette di degenza fino ad un sub-Massimale giornaliero di € 100,00 al giorno;
- vitto e pernottamento in Istituto di cura dell'accompagnatore (con un sub-Massimale di € 50,00 al giorno per un massimo di 20 giorni per ogni Ricovero).

C) nei 90 giorni successivi al Ricovero, con un sub-Massimale di € 1.200,00 per Ricovero da intendersi unico e comprensivo anche delle spese di cui alla precedente lettera A):

- esami diagnostici e visite specialistiche;
- prestazioni mediche,
- trattamenti fisioterapici e rieducativi con un sub Massimale per Ricovero di € 180,00;
- acquisto di medicinali (previa prescrizione medica), con un sub Massimale per Ricovero di € 125,00;
- cure termali (escluse le spese alberghiere);
- assistenza infermieristica a domicilio, sino ad massimo di € 26,00 al giorno per un massimo di 40 giorni.

Nel caso in cui le prestazioni di cui al presente art. 4.1.1., vengano effettuate in una struttura sanitaria convenzionata con la Centrale Salute, in assistenza diretta, non si applicherà nessuna Quota di spesa a carico dell'Associato (fermo restando il Massimale annuo di cui al punto 4.1.5.).

Nel caso in cui, invece, le prestazioni di cui al presente art. 4.1.1. vengano effettuate in una struttura non convenzionata con la Centrale Salute, la MBA provvederà al Rimborso delle spese sostenute dall'Associato con applicazione di una **Quota di spesa a suo carico del 10%**

con un minimo non rimborsabile di € 1.000,00 ed un massimo non rimborsabile di € 3.000,00 per ogni Evento.

Diversamente in caso di prestazioni effettuate presso strutture sanitarie convenzionate ma da medici non convenzionati, le spese sostenute dall'Associato saranno rimborsate secondo le modalità sopra descritte per la parte in convenzione e non con la Centrale salute.

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

Relativamente agli Interventi Chirurgici sottoelencati, sia se resi presso strutture convenzionate che non convenzionate con la Centrale Salute, il sub-Massimale per annualità si intende fissato in euro 4.000,00 comprensivo delle spese precedenti e successive al Ricovero di cui all'art. 4.1.1. lettere A) e C), e con una Quota di spesa a carico dell'Associato del 15% sulla somma effettivamente spesa e documentata dall'Associato:

- Appendicectomia;
- Interventi al naso di qualsivoglia natura (esclusi quelli con finalità estetiche);
- Ernie (escluse ernie discali della colonna vertebrale);
- Colecistectomia
- Meniscectomia
- Legamenti crociati.

Con riferimento agli Interventi al naso di cui sopra, sono da intendersi rimborsabili nelle modalità di cui sopra solo gli interventi chirurgici che siano diretta conseguenza di una Malattia, fermo restando che per gli interventi conseguenti ad Infortunio si applicheranno le previsioni di cui al precedente art. 4.1.1.

Sono inoltre incluse le seguenti prestazioni o interventi, nei limiti dei sub-Massimali di seguito indicati, e senza applicazione di Quote di spesa a carico dell'Associato, sia se resi presso strutture convenzionate che presso strutture non convenzionate:

- Day Hospital e Day Surgery, fino ad un sub - Massimale complessivo per annualità di € 4.000,00 (ivi comprese le spese pre e post di cui all'art. 4.1.1.,lett. A) e C) ed i relativi sub - Massimali previsti);
- parto naturale, fino ad un sub-Massimale complessivo per annualità di euro **2.000,00** (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 **2.500,00** (è escluso il Rimborso delle spese di cui al precedente art. 4.1.1. lettere A) e C);
- interventi ambulatoriali fino ad un limite di euro **1.500,00** per annualità da intendersi quale sub - massimale (ivi comprese le spese di cui al precedente art. 4.1.1. lettere A) e C) con i relativi sub Massimali);

- prestazioni per la conservazione delle Cellule Staminali fino ad un massimo per annualità di € 1.500,00, da intendersi ricompreso nel sub-Massimale annuo del parto naturale o del parto cesareo.

4.1.3. INDENNITÀ SOSTITUTIVA - alternativa all' Indennità integrativa di cui al successivo punto 4.1.4

Nel caso in cui l'Associato, a seguito di Ricovero garantito dal presente Regolamento, non richieda alcun Rimborso in virtù del presente sussidio, la Mutua corrisponderà un'Indennità per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della Malattia, dell'Infortunio, del parto dell'aborto terapeutico.

L'indennità sarà pari ad € 120,00 e verrà erogata per ogni giorno di Ricovero, fermo restando il limite di 90 giorni per ciascuna annualità.

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

Per le prestazioni di conservazione delle cellule staminali di cui al precedente art. 4.1.2., la MBA garantisce l'indennità sostitutiva nei limiti del sub Massimale annuo di € 750,00 da intendersi ricompreso nel sub Massimale annuo del parto naturale o del parto cesareo in ragione dell'Intervento a cui l'Associato sia stato sottoposto.

4.1.4. INDENNITÀ INTEGRATIVA - alternativa all'Indennità sostitutiva di cui al precedente punto 4.1.3

Nel caso in cui l'Associato, a seguito di Ricovero, garantito nei termini del presente Regolamento, non richieda alcun Rimborso a carico del presente sussidio, la Mutua corrisponderà un'indennità per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della Malattia, dell'Infortunio, del parto e dell'aborto terapeutico.

L'indennità sarà pari ad € 60,00 e verrà erogata per ogni giorno di Ricovero, fermo restando il limite massimo di 45 giorni per ciascuna annualità.

Qualora l'Associato richieda la presente Indennità integrativa, potrà richiedere il Rimborso delle sole spese di cui alle lettere A) e C) dell'art. 4.1.1. (pre e post Ricovero) eventualmente sostenute e riferibili al medesimo Ricovero.

Per le prestazioni di conservazione delle cellule staminali di cui al precedente art. 4.1.2., la MBA garantisce l'indennità di cui sopra nei limiti del sub Massimale annuo di € 750,00 da intendersi ricompreso nel sub Massimale annuo del parto naturale o del parto cesareo in ragione dell'Intervento a cui l'Associato sia stato sottoposto.

4.1.5. Massimale annuo

Il Massimale annuo erogabile per il complesso degli eventi e prestazioni indicati dal punto 4.1.1. al punto 4.1.4. è pari alla somma complessiva di € 100.000,00 per Nucleo Familiare.

4.2.: GARANZIE EXTRAOSPDALIERE

4.2.1. Alta diagnostica

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:

- Angiografia
- Broncoscopia
- Cistografia o Cistoscopia
- Ecocolordoppler cardiaco
- Ecocolordoppler vascolare
- Elettroencefalogramma
- Esofagogastroduodenoscopia
- Mammografia
- Scintigrafia di qualsiasi apparato o organo

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

Le spese sostenute per prestazioni effettuate in Struttura Sanitaria Convenzionata con la Centrale Salute, saranno rimborsate con applicazione di una Quota di spesa a carico dell'Associato del 10% e con un minimo non rimborsabile di € 30,00 per prestazione, fermo restando il Massimale annuo di cui al punto 4.2.3.

Qualora le prestazioni di cui sopra siano effettuate in struttura sanitaria non convenzionata con la Centrale Salute, le spese sostenute dall'Associato saranno rimborsate dalla MBA con applicazione di una Quota di spesa a suo carico del 20% e con un minimo non rimborsabile di € 60,00 per prestazione nei limiti del Massimale annuo di cui al punto 4.2.3.

4.2.2. Alta Diagnostica Animale domestico

L'Associato potrà scegliere di utilizzare un importo massimo **annuo di € 100,00** (rientrante nel Massimale di cui all'art. 4.2.3.), per richiedere ad MBA il Rimborso delle spese sostenute per prestazioni di alta diagnostica in favore dell'Animale domestico facente parte del proprio Nucleo Familiare.

Le spese di cui sopra saranno rimborsate dalla MBA senza Quote di spesa a carico e nella sola forma indiretta.

Sono in ogni caso escluse dal Rimborso le visite specialistiche di qualsiasi natura in favore dell'Animale domestico.

4.2.3. Massimale annuo di rimborsi erogabili

Il limite annuo garantito per il complesso delle prestazioni di cui ai precedenti punti 4.2.1. e 4.2.2. è pari ad **€ 3.500,00 per Nucleo Familiare.**

4.2.4. VISITE SPECIALISTICHE ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

MBA, **entro il Massimale annuo** di cui all'Art. 4.2.5., 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 visite mediche specialistiche ed accertamenti diagnostici.

Le spese sostenute per prestazioni effettuate in struttura sanitaria convenzionata con la Centrale Salute, saranno rimborsate con applicazione di una Quota di spesa a carico dell'Associato del 10% e con un minimo non rimborsabile di € 30,00 per prestazione, fermo restando il Massimale annuo di cui al punto 4.2.5.

Qualora le prestazioni di cui sopra siano effettuate in struttura sanitaria non convenzionata con la Centrale Salute, le spese sostenute dall'Associato saranno rimborsate dalla MBA con applicazione di una Quota di spesa a suo carico del 20% e con un minimo non rimborsabile di € 60,00 per prestazione nei limiti del Massimale annuo di cui al punto 4.2.5.

Sono escluse dalle spese rimborsabili previste nel presente articolo, le visite, gli esami e gli accertamenti diagnostici odontoiatrici e ortodontici nonché le visite con finalità dietologica.

4.2.5. Massimale annuo di rimborsi erogabili

Il limite annuo garantito per le prestazioni di cui al precedente punto 4.2.4. è **pari ad € 2.000,00 per Nucleo Familiare.**

4.2.6. Ticket Sanitari

Qualora l'Associato effettui Visite specialistiche ed accertamenti diagnostici ricorrendo al Servizio Sanitario Nazionale, la Mutua MBA provvede all'integrale Rimborso delle spese per i

ticket sanitari nei limiti del **sub - Massimale di € 700,00** da considerarsi incluso nel Massimale di cui all'art. 4.2.5.

Qualora l'Associato effettui prestazioni di Alta Diagnostica ricorrendo al Servizio Sanitario Nazionale la Mutua MBA provvede all'integrale Rimborso delle spese per i **ticket sanitari** nei limiti del Massimale annuo delle prestazioni di Alta Diagnostica di cui all'art. 4.2.3.

In caso di ticket con importi superiori a quelli indicati la Mutua MBA non provvederà al Rimborso degli stessi per l'eccedenza.

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

4.2.7. Cure odontoiatriche

La Mutua MBA provvede al Rimborso delle spese di visite e cure odontoiatriche entro **il limite massimo annuale di € 150,00 per Nucleo Familiare, con applicazione di una Quota di spesa a carico dell'Associato del 20% con un minimo non rimborsabile pari ad € 40,00 per ogni Evento (sia se effettuate presso strutture convenzionate che effettuate presso strutture non convenzionate).**

Unitamente alla richiesta di Rimborso, l'Associato dovrà presentare il piano di cure predisposto dallo studio odontoiatrico che ha eseguito le stesse, dal quale risultino i denti trattati e le motivazioni cliniche del trattamento, con indicazione del dente trattato per arcata e numero.

Altresì dovrà indicarsi, qualora previsto, il periodo massimo di trattamento che il medico ritenga opportuno per la conclusione della cura sullo stesso dente.

SEZIONE 4.3.: PREVENZIONE

4.3.1. Pacchetto Gravidanza

La Mutua riconosce il Rimborso delle le spese sanitarie sostenute dall'Associato nel periodo di gravidanza (ferme restando le previsioni di cui all'art. 14, Sez. 3) per visite di controllo, ecografie, monitoraggio dello sviluppo del feto, analisi di laboratorio, translucenza nucale e qualsiasi tipo di accertamento relativo allo stato di gravidanza e di salute della mamma **sino ad un massimo annuo di € 150,00 per Nucleo Familiare e senza Quote di spesa a carico dell'Associato.**

4.3.2. Rimborso Ticket Check Up Prostatico/Mammario

Nei casi in cui l'Associato decida di avvalersi delle strutture del S.S.N. per l'erogazione, a scopo di prevenzione, di una o più prestazioni di seguito indicate, la Mutua MBA rimborserà le spese sostenute dall'Associato per i **ticket** entro il **Massimale annuo di € 100,00, e con applicazione di una Quota di spesa a suo carico 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 striscio batteriologico vaginale;
- Mammografia bilaterale.

SEZIONE 4.4.: SOSTEGNO (solo in caso di Formula Nucleo)

4.4.1. Norme Generali

Le garanzie della presente Sezione 4.4. “SOSTEGNO” sono usufruibili sono nel caso in cui il presente sussidio sia stato prescelto nella Formula Nucleo.

4.4.2. SOSTEGNO ECONOMICO PER PERDITA ANNO SCOLASTICO

MBA riconosce all’Associato un importo pari ad **€ 1.000,00** a titolo di sostegno economico, qualora il figlio facente parte del Nucleo Familiare abbia perso un anno scolastico in ragione di un Intervento chirurgico a seguito di Malattia e/o Infortunio.

Il Sostegno Economico sarà riconosciuto a condizione che:

1. Il figlio risulti regolarmente iscritto in una scuola primaria, secondaria di primo grado o secondaria di secondo grado, pubblica o privata e legalmente riconosciuta;
2. l'impossibilità a frequentare la scuola sia stata diretta conseguenza di un Intervento chirurgico – a seguito di Infortunio o Malattia- che abbia comportato una degenza non inferiore a quindici (15) giorni;

3. l'impossibilità a frequentare la scuola, quale conseguenza diretta dell'Evento di cui al precedente punto 2), si sia protratta per un periodo di tempo non inferiore a 60 giorni consecutivi, in ragione del Ricovero e/o della Convalescenza comprovata da documentazione e prescrizione medica;

Il pagamento dell'indennità è subordinato alla presentazione di una dichiarazione da parte dell'Istituto scolastico, accompagnata da certificazione medica, dalla quale risulti che la perdita dell'anno scolastico sia imputabile alla perdurante assenza a seguito del Ricovero e della Convalescenza.

L'erogazione del Sostegno Economico potrà essere richiesta, per una sola volta per tutta la durata di validità del presente sussidio.

Per richiedere il Sostegno Economico l'Associato dovrà compilare ed inviare alla Centrale Salute, unitamente alla documentazione su indicata, anche l'apposito modulo di richiesta (scaricabile nell'area riservata di MBA).

4.4.3. SOSTEGNO ECONOMICO PER PREMORIENZA DEL TITOLARE DEL SUSSIDIO

In caso di Premorienza dell'Associato titolare del sussidio, la Mutua MBA riconosce il versamento in favore dei superstiti, facenti parte del Nucleo Familiare, di un'indennità complessiva pari ad **€ 1.000,00 a titolo di sostegno economico**.

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

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

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

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

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 sotto-articoli, è escluso ogni indennizzo, prestazione, conseguenza e/o evento derivante direttamente od indirettamente da:

- a) cause ed eventi non adeguatamente documentati.
- b) comportamenti illeciti o dolosi, sia compiuti che tentati dall'Associato; suicidio o tentato suicidio.
- c) malattie mentali, stati d'ansia, stress e depressione, disturbi psichici in genere e nevrosi; 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



Mutua MBA

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

sono indicate nella Guida Operativa della Mutua MBA e della Centrale Salute consultabili nell'Area Riservata del portale della Mutua MBA.