



mutua basis assistance

Regolamento del Sussidio “LTC – tutela 2”

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

Sezione 1: Definizioni	3
Sezione 2: Norme generali che regolano il sussidio	4
Sezione 3: Norme relative a tutte le garanzie	6
Sezione 4.: Long term care	9

Sezione 1: Definizioni

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

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

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

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

Centro Convenzionato: Istituti di Cura e Centri diagnostici convenzionati con Mutua MBA, che 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.

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

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

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.

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 Mutua Basis Assistance (ora innanzi anche **MBA**).

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 chirurgo 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 stati di non autosufficienza, 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 Limiti di età

L'adesione al presente sussidio non è subordinata a limiti di età.

Art. 4 - Durata del sussidio e tacito rinnovo

Il presente sussidio ha durata di un anno decorrente dal giorno di cui all'art. 8. 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. 5 Obblighi contributivi dell'Associato

In caso di mancato versamento dei relativi contributi e fermo quanto previsto all'art. 8, la MBA si riserva il diritto di adire le vie legali, previo tentativo di conciliazione ai sensi dell'Art. 12 del presente Regolamento.

Art. 6 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 Evento rimborsabile in base al presente sussidio.

Art.7 - 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. 8 - 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. 9 - 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. 10 - 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. 11 - Applicazione delle Quote di spesa a carico dell'Associato

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

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

- a) in caso di singole prestazioni, si applicherà un'unica Quota di spesa a carico per la spesa relativa alla prestazione effettuata;
- b) 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;
- c) 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);
- d) 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 rientranti nel relativo Massimale;
- e) 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. 12 - 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. 13- 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.14 - 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. 15 - Termini di Aspettativa (Carenze)

Fermo quanto previsto all'Art. 8 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.

Art. 16- 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.

Art. 17 - Esclusioni

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

- a. le prestazioni non corredate da prescrizione medica attestante la

- patologia certa o presunta ovvero l'Infortuni;
- b. le prestazioni conseguenti agli Infortuni non documentati da referto di Pronto Soccorso;
 - c. le prestazioni relative a cure odontoiatriche e ortodontiche, salvo specifiche deroghe previste dal sussidio, ovvero che non siano conseguenza di infortunio documentato da referto di pronto Soccorso e che abbiano dato luogo ad un Ricovero di durata non inferiore a 48 ore;
 - d. le prestazioni di routine e/o controllo nonché i vaccini;
 - e. le prestazioni conseguenti a suicidio e tentato suicidio;
 - f. 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;
 - g. le prestazioni relative a Malattie mentali ed i disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche;
 - h. le prestazioni sanitarie e le cure aventi finalità estetica, 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;
 - i. Infortuni o Malattie derivanti da dolo dell'Associato;
 - j. 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;
 - k. i farmaci non riconosciuti dalla Farmacopea Ufficiale;
 - l. le prestazioni erogate da medici o paramedici abilitati che non siano in possesso di specializzazione medica pertinente con la prestazione erogata;
 - m. le cure e gli Interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale;
 - n. l'aborto volontario non terapeutico;
 - o. 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;
 - p. 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;
 - q. gli Infortuni conseguenti ad assunzione di sostanze psicoattive (stupefacenti, farmaci, sostanze psicotrope), a scopo non terapeutico;

- r. Infortuni causati dallo stato di ebbrezza o di ubriachezza;
- s. le Malattie correlate all'abuso di alcool o al consumo di stupefacenti e sostanze psicotrope, assunte non a scopo terapeutico;
- t. gli Infortuni conseguenti alla pratica di sport aerei e gare motoristiche in genere o di sport costituenti per l'assistito attività professionale;
- u. 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;
- v. le conseguenze di inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche, movimenti tellurici;
- w. 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.

indennizzo) dovuta per il sussidio più favorevole.

Art. 19- 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. 18 - Sottoscrizione di più Sussidi

Qualora l'Associato abbia sottoscritto con la MBA più di un sussidio, avrà diritto ad ottenere la migliore prestazione (Rimborso delle spese, erogazione di indennità o

SEZIONE 4: LONG TERM CARE

4.1. Long Term Care

La garanzia relativa alle cure denominate “Long Term Care” si attiva in relazione all’insorgenza di eventi imprevisti ed invalidanti dell’Associato – titolare del sussidio-derivanti sia da infortunio che da malattia, **avvenuto e/o insorta per la prima volta nel corso della validità del sussidio**, tali da comportare uno *stato di non autosufficienza* per il quale l’Associato non può svolgere autonomamente le attività elementari della vita quotidiana.

Altresì, ai fini dell’erogazione della presente garanzia, è necessario che lo stato di non autosufficienza sia conseguenza di infortunio e/o malattia occorso/insorta durante la vigenza del presente sussidio, fermo restando che per i casi di non autosufficienza conseguente a stati patologici manifestati, diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati prima della data della data di adesione al presente sussidio è da intendersi esclusa l’attivazione della presente garanzia

Lo *stato di non autosufficienza* verrà valutato secondo il criterio del punteggio (Art. 4.2.), ossia ad ognuna delle attività elementari della vita quotidiana verrà assegnato un punteggio da 0 a 10.

Un comitato medico incaricato dalla MBA valuterà lo stato dell’Associato in base alla richiesta dello stesso, corredata di tutta la documentazione necessaria:

- **modulo di richiesta di Rimborso**
(scaricabile nell’area riservata del sito della MBA o richiedibile alla Centrale Salute)
- **diagnosi e/o patologia**
certificato del medico curante attestante l’insorgere della non autosufficienza corredata dalla tabella dei punteggi (scaricabile dall’area riservata nel sito della MBA o richiedibile alla Centrale Salute) compilata dal medico curante
- **relazione medica sulle cause della perdita di autosufficienza**
- **documentazione sanitaria** (Cartelle Cliniche, relazioni mediche, accertamenti diagnostici utili alla valutazione del quadro clinico)
- ogni altro documento che fosse necessario per attestare l’insorgenza dello stato di non autosufficienza.

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

Il comitato medico, eventualmente avvalendosi della consulenza tecnico-specialistica ritenuta necessaria, esaminerà e valuterà tempestivamente la documentazione ricevuta entro e non oltre un (1) mese dalla data di ricevimento della documentazione completa richiesta.

L'accertamento con esito positivo dello stato di non autosufficienza dà diritto, a decorrere dalla data della richiesta derivante dallo stato di non autosufficienza, al Rimborso di tutte le spese sanitarie e assistenziali sostenute e da sostenere (nel caso di pagamento in forma diretta si rimanda all'art. 4.4.), strettamente collegate allo stato di non autosufficienza, entro un **limite massimo di € 1.000,00** per singolo mese di riferimento delle spese.

Le prestazioni di cui sopra saranno garantite dalla MBA, permanendo lo stato di non autosufficienza, per un periodo di **12 anni** successivi al giorno di validazione dello stato di non autosufficienza, o al minor tempo intercorso qualora dovesse venir meno per qualsivoglia motivo lo stato stesso.

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

In ogni caso, lo stato di non autosufficienza è soggetto a verifica e revisione ogni 12 mesi o a intervalli più frequenti qualora il comitato medico lo reputi opportuno. Pertanto, la MBA avrà diritto di richiedere accertamenti medici che attestino la permanenza dello stato di non autosufficienza e qualora l'accertamento evidenzi il recupero della autosufficienza, comunicherà all'assistito la sospensione ovvero la revoca definitiva delle prestazioni, con diritto al Rimborso delle eventuali somme erogate dopo la data del recupero dell'autosufficienza.

La MBA in ogni caso ha la facoltà di sottoporre l'Assistito, eventualmente alla presenza del suo medico curante, sia a controlli presso la sua residenza/domicilio/dimora e sia ad esame da parte di un Medico a scelta di MBA. La Mutua potrà inoltre richiedere l'invio di ogni documento che ritenga necessario per valutare lo stato di salute dell'Assistito.

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

La MBA ha facoltà di richiedere certificazione di esistenza in vita dell'Assistito con cadenza annuale.

Art. 4.2. Definizione dello stato di non autosufficienza

È definita persona non autosufficiente la persona che risulti incapace, tendenzialmente in modo permanente e comunque per un periodo superiore a 90 giorni, di svolgere in tutto o in parte alcune attività elementari della vita quotidiana:

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

Per ognuna di queste attività la MBA, sulla base di una valutazione del Comitato Medico, accerta il grado di autonomia della persona e assegna un punteggio secondo una tabella di valutazione, riconosciuta idonea a tale valutazione dalla MBA e frequentemente utilizzato in Italia per tale valutazione.

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

Art. 4.3. Tabella Punteggi

(Tabella per l'accertamento dello stato di non autosufficienza)

Lavarsi

1° grado

l'Assistito è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo:
punteggio 0

2° grado

l'Assistito necessita di assistenza per entrare e/o uscire dalla vasca da bagno:
punteggio 5

3° grado

l'Assistito necessita di assistenza per entrare e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno:
punteggio 10

Vestirsi e svestirsi

1° grado

l'Assistito è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo:
punteggio 0

2° grado

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

punteggio 5

3° grado

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

punteggio 10

Igiene personale

1° grado

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

(1) andare al bagno

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

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

punteggio 0

2° grado

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

punteggio 5

3° grado

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

punteggio 10

Mobilità

1° grado

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

punteggio 0

2° grado

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

punteggio 5

3° grado

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

punteggio 10

Continenza

1° grado

l'Assistito è completamente continente:

punteggio 0

2° grado

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

punteggio 5

3° grado

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

punteggio 10

Alimentazione

1° grado

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

punteggio 0

2° grado

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

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

punteggio 5

3° grado

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

punteggio 10.

4.4. Long Term Care - modalità di attivazione garanzia forma diretta

Fermo restando quanto sopra previsto, la MBA mette a disposizione degli Associati un network di strutture e di professionisti convenzionati a cui poter accedere per le prestazioni previste dalla presente Sezione "Long Term Care".

In particolare, l'Associato, una volta accertato lo stato di non autosufficienza sulla base dei criteri determinati dall'art. 4.3., potrà richiedere l'erogazione in forma diretta delle prestazioni di assistenza (quali ad esempio, infermiere, fisioterapista, badante, così come accertamenti, cure e Ricoveri riconducibili e strettamente collegati allo stato di non autosufficienza concordati tra l'Associato o un suo delegato o il medico curante e la Centrale

Salute), nei limiti del Massimale di cui all'art. 4.2., comunicandolo alla Centrale Salute attraverso l'apposito modulo scaricabile dalla sezione personale del sito della MBA.

Pertanto, qualora l'Associato decida di avvalersi di una struttura e/o professionista convenzionato e di richiedere l'erogazione in forma diretta delle prestazioni della presente Sezione, la MBA procederà a rimborsare direttamente alla struttura/professionista le spese per le prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali erogate ed espressamente autorizzate dalla Centrale Salute, nei limiti previsti dall'art. 4.2..

Ad ogni modo la struttura sanitaria e/o il professionista convenzionata/o, non potranno in nessun caso promuovere azione di rivalsa nei confronti dell'Associato, fatto salvo per tutti i casi di crediti relativi a spese non previste ai sensi del presente Regolamento, per la parte eccedente il Massimale di Rimborsi previsti oppure per tutte le spese non espressamente autorizzate dalla Centrale Salute.

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.