



Regolamento del Sussidio “GI-CARE BASE”

Il Presente Regolamento è da considerarsi parte integrante dello Statuto e del Regolamento Applicativo dello Statuto della Società Generale di Mutuo Soccorso Basis Assistance.

Sezione 1: Definizioni	3
Sezione 2: Norme generali che regolano il sussidio	9
Sezione 3: Norme relative a tutte le garanzie	12
AREA SANITARIA	17
Sezione 4 - GARANZIE OSPEDALIERE	17
AREA SOSTEGNO per NON AUTOSUFFICIENZA	19
Sezione 5 - LONG TERM CARE	19
AREA PREVENZIONE	21
Sezione 6 - PREVENZIONE	21
AREA SOSTEGNO PSICOLOGICO/PSICOTERAPEUTICO	22
Sezione 7 - SOSTEGNO PSICOLOGICO/PSICOTERAPEUTICO	22
SERVIZI AGEVOLATI	23
Sezione 8 - AGEVOLAZIONI presso HEALTH POINT E STRUTTURE TERMALI	23
ALLEGATO 1 - Elenco "Grandi Interventi Chirurgici"	25
ALLEGATO 2 - Tabella dei Punteggi per la Determinazione del Grado di Non Autosufficienza	26

Sezione 1: Definizioni

Assistenza Diretta: modalità di erogazione del servizio in base alla quale le prestazioni previste dal presente sussidio sono 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). L'Assistenza diretta è sempre subordinata all'Autorizzazione alla Presa in Carico (PIC). L'elenco delle Strutture è presente e consultabile nell'Area Riservata di MBA.

Assistenza Indiretta: modalità di erogazione del servizio in base alla quale la Mutua MBA rimborsa le spese all'Associato dietro presentazione della documentazione medica e di spesa richiesta nei limiti di quanto previsto dal presente sussidio. L'Assistenza Indiretta è prestata anche presso i centri convenzionati con la Centrale Salute (c.d. Assistenza Indiretta in Network). In questo caso non è necessaria la preventiva autorizzazione alla Presa in Carico (Pic) ma, sarà necessario presentare il Modulo di Accesso al Network indiretto alla Struttura/professionista convenzionato per il proprio riconoscimento. L'elenco delle Strutture è presente e consultabile nell'Area Riservata di MBA.

Associato: persona fisica iscritta regolarmente alla Mutua ed il cui interesse è protetto dal Sussidio, residente stabilmente in Italia o nel territorio della Repubblica di San Marino e Città del Vaticano e più in generale nel territorio dell'Unione Europea. Sono associati anche i familiari aventi diritto ai sensi del presente Regolamento e dell'art. 22 del Regolamento Applicativo dello Statuto di Mutua MBA.

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

Animale domestico: l'animale che vive stabilmente in un'abitazione con un nucleo familiare. Ai fini del rimborso spese, l'inserimento nel nucleo familiare dovrà essere comunicato ad Mba unitamente a copia dell'iscrizione all'anagrafe canina da cui risulti anche il codice di 15 cifre del micro chip ovvero del tatuaggio.

Carenza (termine di aspettativa): lasso di tempo che intercorre tra la data di decorrenza della copertura e l'effettiva decorrenza (operatività) delle garanzie.

Cartella Clinica: documento ufficiale ed atto pubblico redatto durante il ricovero, diurno o con pernottamento, contenente le generalità per esteso, diagnosi all'ingresso, diagnosi alla dimissione, anamnesi patologica prossima e remota completa di tutti i riferimenti cronologici rispetto alla diagnosi di ingresso, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, atto operatorio, esami e diario clinico. In quanto atto pubblico non è ammessa alcuna alterazione ovvero alcuna modifica, aggiunta o cancellazione successiva alla formazione dell'atto medesimo

- anche se protese al ripristino della verità dei fatti in esso contenuti - se non da parte dello stesso pubblico ufficiale che l'ha formata, specificando le esatte ragioni dell'annotazione postuma.

Centrale Salute: gli uffici dedicati alla gestione delle pratiche di rimborso e delle prese in carico in forma diretta, nonché a fornire le informazioni necessarie agli Associati per l'accesso alle prestazioni e ai servizi (www.coopsalute.org).

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

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

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

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

Data evento: per i ricoveri o interventi chirurgici si intende la data in cui avviene il ricovero/intervento; per le altre prestazioni previste dal presente sussidio si intende la data in cui la prestazione è stata effettivamente erogata (se presenti più fatture relative allo stesso evento, la data dell'accadimento sarà considerata quella della prestazione relativa alla fattura con data antecedente).

Data insorgenza patologia: la data in cui lo stato patologico si è manifestato e/o è stato diagnosticato e/o è stato sottoposto ad accertamenti e/o è stato sottoposto a cure.

Day hospital: degenza in istituto di cura con assegnazione di posto letto in esclusivo regime diurno documentata da cartella clinica e finalizzata all'erogazione di trattamenti diagnostici, terapeutici, riabilitativi.

Day surgery: degenza in istituto di cura con assegnazione di posto letto in esclusivo regime diurno documentata da cartella clinica e finalizzata all'erogazione di trattamenti chirurgici.

Decadenza: termine massimo entro il quale presentare la documentazione ai fini dell'Assistenza Indiretta (rimborso). La mancata o incompleta presentazione della

documentazione entro 120 giorni dalla data dell'evento, determina l'impossibilità di procedere all'erogazione del rimborso.

La sospensione dell'istruttoria della pratica di rimborso, a seguito di richiesta di integrazione documentale per incompletezza, non comporta interruzione del termine decadenziale di cui sopra.

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

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

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

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

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

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

Health Point: Centri di sanità leggera convenzionati con la Centrale Salute ubicati in luoghi pubblici ad elevata frequentazione (come centri commerciali, stazioni aeroportuali o ferroviarie ecc.) costituiti da moduli dotati di devices di ultima generazione che consentono di promuovere un corretto stile di vita e benessere ed effettuare prestazioni di diagnosi anche attraverso refertazioni e consulenze mediche on line per il controllo di parametri finora possibile solo in modo invasivo; i dati elaborati confluiscono in una cartella sanitaria (fascicolo sanitario elettronico). Per ulteriori informazioni si consulti il sito: <http://www.healthpoint.srl>.

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

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

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

Infortunio: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili che siano documentate da specifico referto di Pronto Soccorso di Struttura Sanitaria Pubblica (attestante le circostanze dell'evento, le cause, le modalità di accadimento e le conseguenze dell'evento) e che abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente oppure una invalidità temporanea o una delle altre prestazioni garantite dal presente sussidio.

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

Infortunio odontoiatrico: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che provochi lesioni fisiche oggettivamente constatabili all'apparato dentale inteso come insieme di arcate gengivo-dentarie, che siano documentate da specifico referto di Pronto Soccorso di Struttura Sanitaria Pubblica (attestante le circostanze dell'evento, le cause e le conseguenze dell'evento).

Integratori alimentari/dispositivi medici naturali (della S.B.M. S.r.l - Science of Biology in Medicine): prodotti a base di collagene che agiscono attivando e valorizzando le potenzialità interne del corpo umano quindi, ispirati al principio di cura della salute prima che di cura della malattia. Il collagene, introdotto nell'uso corrente come integratore alimentare, contribuisce al sostegno e al funzionamento fisiologico dell'organismo con obiettivi privilegiati di:

- rafforzare le articolazioni prevenendo dolori e infiammazioni
- mantenere la pelle sana, i capelli folti e le unghie resistenti
- ripristinare la barriera protettiva dello stomaco, evitando nausea e acidità

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

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

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

Invalidità permanente: la definitiva incapacità fisica, parziale o totale, ad attendere alle proprie occupazioni.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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 ordinario: la degenza comportante pernottamento in istituto di cura, documentata da cartella clinica, finalizzata all'erogazione di trattamenti medici e/o terapeutici e/o chirurgici, purché tale periodo di presenza in ambito ospedaliero comprenda un minimo di ore continuative pari ad almeno 20 (c.d. periodo di osservazione breve) e venga debitamente documentato da apposita certificazione ospedaliera.

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

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

Visita specialistica: la visita 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 Associati in conseguenza di infortunio, malattia e parto certificati, per eventi verificatisi nel corso di validità del presente Sussidio.

Art. 2 – Persone Associate

E' persona associata il Titolare del Sussidio che ha sottoscritto il modulo di adesione ad MBA richiedendo attivazione del Sussidio. Sono persone associate, altresì, i familiari i cui nominativi siano stati espressamente indicati dal Titolare in fase di adesione compatibilmente con le garanzie previste dal presente Sussidio e con l'art. 22 del Regolamento Applicativo dello Statuto MBA.

Indicando i nominativi dei propri familiari, l'Associato autocertifica con riferimento agli stessi il rispetto dei requisiti di cui al presente Sussidio e al Regolamento Applicativo (art. 22 cit.), per beneficiare delle garanzie. E' altresì necessario comunicare tempestivamente alla Mutua eventuali modificazioni del Nucleo Familiare in corso di validità del sussidio (vedi Art.5).

Per nucleo si intendono, oltre al titolare del sussidio, il coniuge/partner unito civilmente ed il convivente more uxorio, nonché i figli fino a 26 anni, 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. 3 – Limiti di età

Non sono previsti limiti di età per l'attivazione del presente sussidio (fermi in ogni caso restando gli specifici limiti previsti per i figli, così come indicati all'art. 2, nel caso di attivazione della formula nucleo).

Art. 4 – 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 60 giorni dall'avvenuta variazione (es. nascita, matrimonio).

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

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

Art. 5 - Durata del sussidio e tacito rinnovo

Il presente sussidio ha durata di tre anni decorrenti 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 triennale, 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. 6 - 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. 12 del presente Regolamento.

Art. 7 - 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, comportano la perdita totale o parziale del diritto al pagamento della somma dovuta dalla Mutua in caso di Evento rimborsabile in base al presente sussidio.

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

Art. 8 - Sussidio a favore di terzi

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

Art. 9 - Pagamento del contributo e decorrenza del sussidio

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

Se l'Associato non paga la prima rata di contributo o le rate successive, la garanzia resta sospesa dalle ore 24:00 dello stesso giorno di scadenza del pagamento e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno di pagamento sempre che sia avvenuto entro 180gg (e ferme le successive scadenze).

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

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

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

Art. 10 – 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 Applicativo dello Statuto.

Art. 11 – Risoluzione delle Controversie

A fronte di ogni eventuale controversia che dovesse insorgere tra l'Associato e la MBA, anche in dipendenza di una diversa interpretazione del presente sussidio, prima di ricorrere ad un procedimento ordinario, le Parti esperiranno il tentativo di conciliazione, come previsto dall'Art. 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. 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.

Tutti i massimali e submassimali previsti dal presente Sussidio saranno pertanto da intendersi anno/nucleo.

Art. 13 – Sottoscrizione di più Sussidi

Qualora l'Associato abbia sottoscritto con la MBA più di un sussidio, avrà diritto ad ottenere la condizione più favorevole (Rimborso delle spese, erogazione di indennità o indennizzo) tra le garanzie riconosciutegli dai vari sussidi sottoscritti.

Art. 14 – Limiti territoriali

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

Art. 15 – Responsabilità di terzi

Nel caso in cui la prestazione riguardi eventi per i quali sia configurabile la responsabilità di terzi, ferma la generale esclusione di cui al successivo art.19, eccezionalmente potrà essere riconosciuto il rimborso delle spese e l'erogazione delle prestazioni connesse all'evento subordinatamente alla presentazione da parte dell'associato di comunicazione della compagnia assicurativa del terzo danneggiante che rigetta la richiesta di indennità ovvero riconosce tale indennità in una misura inferiore a quella prevista applicando i massimali di cui al presente Sussidio.

Art.16 – Rinvio alle norme

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

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

Art. 17 – 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 conseguenze di stati patologici non conosciuti dall'Associato ma insorti anteriormente alla data di effetto del presente sussidio: dal 170° giorno;
- per il parto: dal 270° giorno successivo a quello di effetto del sussidio;
- per le Malattie: dal 30° 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.

I suddetti termini di carenza non agiscono nel caso di provenienza senza soluzione di continuità da precedente e diverso Sussidio MBA; lo stesso in caso di provenienza da precedente altra

Mutua o Cassa o Fondo di Assistenza Sanitaria integrativa o Compagnia di Assicurazioni, purché si fornisca idonea certificazione dalla quale si evinca la continuità del periodo di copertura rispetto alla decorrenza (data di effetto) del presente Sussidio.

Art. 18 – Pregresse

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

Altresì si intenderanno escluse tutte le garanzie oggetto del presente Sussidio attivate in conseguenza di stati patologici manifestati, diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati prima della data di attivazione del presente sussidio. Tale esclusione non opera una volta trascorsi tre anni di attivazione ininterrotta del presente Sussidio.

In caso di attivazione del 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'attivazione del presente sussidio.

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

Art. 19 – Esclusioni

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

- a. le prestazioni non corredate da prescrizione medica attestante la diagnosi di patologia o quesito diagnostico (se patologia ancora da accertare);
- b. le prestazioni conseguenti agli Infortuni non documentati da referto di Pronto Soccorso Ospedaliero o di Struttura convenzionata con il SSN, o di Unità Medica di Primo Soccorso presente nel luogo dell'infortunio da cui sia chiaramente possibile evincere la data di accadimento dell'infortunio e le conseguenze traumatiche dello stesso. Sono escluse le conseguenze di eventi ove manchi l'esteriorità della causa come gli sforzi e gli atti di forza ossia l'impiego di energie muscolari concentrate nel tempo che esorbitano (sforzo) o meno (atto di forza) per intensità dalle ordinarie abitudini di vita dell' iscritto.
- c. le prestazioni relative o finalizzate a cure odontoiatriche, salvo specifiche deroghe previste dal Sussidio;
- d. le prestazioni di routine, controllo, prevenzione nonché i vaccini (sia l'acquisto del farmaco che l'infusione/somministrazione);
- e. le prestazioni conseguenti a suicidio e tentato suicidio;

- f. le prestazioni derivanti o finalizzate all'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla data di effetto del sussidio, ad eccezione degli Interventi sui bambini che non abbiano superato i 5 anni di età;
- g. le prestazioni relative a malattie mentali ed i disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche;
- h. le prestazioni sanitarie e le cure aventi finalità estetica e dietologica, salvo gli Interventi di chirurgia plastica o stomatologia 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 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 e rispetto alla diagnosi/quesito diagnostico per il quale la prestazione è erogata;
- m. le prestazioni erogate da professionisti non in possesso di regolare iscrizione all'Albo o abilitazione laddove prevista dalla normativa italiana.
- n. le cure e gli interventi chirurgici finalizzati al trattamento dell'infertilità (ad ovviare allo stato di infertilità) e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale;
- o. l'aborto volontario non terapeutico;
- p. i Ricoveri durante i quali vengono compiuti interventi e/o solamente accertamenti e/o terapie fisiche che, per loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in regime ambulatoriale, purché consentito dallo stato di salute dell'Associato;
- q. 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;
- r. gli Infortuni conseguenti ad assunzione di sostanze psicoattive (stupefacenti, farmaci, sostanze psicotrope), a scopo non terapeutico;
- s. gli infortuni causati dallo stato di ebbrezza o di ubriachezza;
- t. le Malattie correlate all'abuso di alcool o al consumo di stupefacenti e sostanze psicotrope, assunte non a scopo terapeutico;
- u. gli Infortuni conseguenti alla pratica di attività ludiche pericolose o sport estremi o sport aerei in genere (tra cui il volo da diporto o sportivo con deltaplani, ultraleggeri, paracadutismo, parapendio, pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali in genere, rafting, speleologia, salti dal trampolino con sci o idrosci, tutti controllati da corde elastiche, sci acrobatico o estremo, alpinismo con scalata di rocce o ghiaccio di grado superiore al terzo della scala U.I.A.A., discesa con slittino da gara, rugby, football americano, hockey, immersioni con autorespiratore, ecc...) o gare motoristiche e/o

motonautiche o sport in genere costituenti per l'Associato attività professionale (gare, prove e allenamenti) anche non prevalente per impegno temporale a qualsiasi altra occupazione;

- v. le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati dalle accelerazioni di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.), nonché da campi elettromagnetici;
- w. le conseguenze di inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche, movimenti tellurici;
- x. 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;
- y. eventi per i quali sia configurabile la responsabilità di terzi; fatto salvo quanto previsto nel precedente art.15;
- z. spese per il trasporto del plasma.

Art. 20 - Modalità di erogazione del servizio e tempi di presentazione delle richieste.

La mancata o incompleta presentazione della documentazione entro 120 giorni dalla data dell'evento, determina l'impossibilità di procedere all'erogazione del rimborso. La sospensione dell'istruttoria della pratica di rimborso non interrompe la decadenza indicata. Pertanto, nel caso di sospensione, l'Associato ha 60gg di tempo dalla data di comunicazione di richiesta di ulteriore documentazione per integrare la stessa e sempre entro 120 gg dalla data dell'evento. Decorsi 60 gg, la richiesta verrà respinta e l'Associato dovrà presentare nuova e completa richiesta comprensiva anche della documentazione integrativa, comunque entro i 120gg dalla data dell'evento oltre i quali il suo diritto decade.

Per tutte le informazioni necessarie ad accedere correttamente alle prestazioni sanitarie erogate in forma Diretta e Indiretta, nonché per la gestione dei relativi rimborsi si rimanda alla Guida Operativa che forma parte integrante del presente Sussidio ed è consultabile nell'Area Riservata dell'Associato presente sul sito di MBA www.mbamutua.org oppure rinvenibili contattando direttamente il Back Office di MBA o il proprio promotore di riferimento.

In ordine alla documentazione da presentare si evidenzia che la MBA potrà richiedere in ogni momento (sia prima del rimborso sia a rimborso effettuato) la produzione degli originali qualora le copie trasmesse risultino in tutto o in parte illeggibili, incompleti o presentino grafie diverse oppure per effettuare controlli di Audit a campione.

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

Art. 21 – Tempi di rimborso

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

Le spese relative alla prestazione erogata in assistenza diretta presso strutture/professionisti convenzionati con la Centrale Salute verranno corrisposte dalla MBA direttamente alle strutture/professionisti a termini del presente Sussidio e solo subordinatamente all'esito positivo di rimborsabilità conseguente all'analisi della documentazione medica e di spesa completa inoltrata dalla struttura/professionista alla Centrale Salute (in ciò il rilascio dell'Autorizzazione alla presa in carico costituendo mero strumento di attivazione del servizio).

b. Prestazioni effettuate in Assistenza indiretta

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

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

AREA SANITARIA

Sezione 4: GARANZIE OSPEDALIERE

PREMESSA: Qualora l'assistito, oltre al presente sussidio sanitario, abbia sottoscritto anche un altro sussidio MBA e chieda il rimborso delle spese di cui al presente Regolamento, resta valido quanto riportato nell'art. 13 Sezione 2 del presente Regolamento pertanto, avrà diritto ad ottenere la condizione ad egli più favorevole, ad eccezione di eventuali deroghe riportate nei singoli articoli.

LIMITE ANNUO GARANZIE OSPEDALIERE

Il Massimale annuo erogabile per il complesso degli eventi e prestazioni indicati ai successivi punti A e B è pari a **€ 100.000,00 per Anno/Nucleo**. Il sub-massimale per ciascun evento di cui al successivo punto A. è pari a **€ 25.000,00 Anno/Nucleo**.

A. RICOVERI PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO

In caso di **Ricovero ordinario per Grande Intervento Chirurgico** (secondo l'elenco esaustivo riportato nell'Allegato 1 al presente Sussidio "*Elenco dei Grandi Interventi Chirurgici*"), reso necessario da Malattia o Infortunio, Mba provvede a rimborsare le seguenti spese inerenti l'Intervento Chirurgico:

i) durante il Ricovero

- onorari del chirurgo, dell'aiuto operatore chirurgico, 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 e infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami;
- rette di degenza: al 100%;
- vitto e pernottamento in Istituto di cura dell'accompagnatore e fino ad un sub-massimale di € 100,00 al giorno per un massimo di 30 giorni anno/nucleo.

Si intende espressamente escluso il rimborso delle spese antecedenti e successive al Grande Intervento chirurgico.

MBA provvederà al rimborso delle spese sostenute dall'Associato a fronte delle prestazioni di cui al punto i) del presente art. A. come di seguito:

1. Nel caso di prestazioni erogate presso un **Centro Convenzionato con la Centrale Salute (Assistenza Diretta o Assistenza Indiretta in Network)** nessuna quota di spesa a suo carico;

2. Nel caso di prestazioni erogate presso **strutture del S.S.N. o presso strutture con questo convenzionate, i ticket sanitari** verranno rimborsati **senza applicazione di alcuna Quota di spesa** a carico dell'Associato.

Non sono previsti rimborsi per Ricoveri effettuati presso Centri non Convenzionati con la Centrale Salute.

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

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

A parziale deroga di quanto riportato in Premessa, qualora la condizione più favorevole per l'associato risulti questa riportata nel presente punto A., MBA provvederà a valutare l'eventuale parte eccedente al limite massimo previsto al primo comma del presente articolo secondo le modalità di rimborso previste nell'altro sussidio MBA sottoscritto dall'associato stesso.

A1. INDENNITÀ SOSTITUTIVA

Nel caso in cui l'Associato, a seguito di **Ricovero ordinario per Grande Intervento Chirurgico** non richieda alcun Rimborso di cui al precedente punti A., la Mutua corrisponderà un'Indennità giornaliera per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della Malattia o dell'Infortunio.

L'indennità sarà pari a **€ 150,00** per ogni notte e nel **limite massimo di 120 notti per anno/nucleo.**

Si intende espressamente escluso il rimborso delle spese antecedenti e successive al Grande Intervento chirurgico.

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

A parziale deroga di quanto riportato in Premessa e qualora sia previsto il riconoscimento dell'indennità di cui al presente punto A1, l'indennità sostitutiva si intende cumulativa rispetto ad un'altra indennità sostitutiva riconosciuta da un altro sussidio MBA.

L'indennità sostitutiva, dunque, non sarà erogabile qualora, in altro sussidio MBA, sia stata riconosciuta altra tipologia di Indennità o qualsiasi altro rimborso delle spese, tutte associate allo stesso grande intervento.

B. TRASPORTO SANITARIO

La Mutua MBA, in caso di necessità medica debitamente documentata, rimborsa le spese sostenute dall'Associato per il trasporto sanitario effettuato con autoambulanza dal proprio domicilio all'Istituto di Cura e viceversa oppure, da un Istituto di cura ad un altro, sino ad un **massimale anno/nucleo di € 1.100,00 per il trasporto in Italia, elevato a € 2.000,00 per il trasporto all'estero.**

Si precisa che:

- ✓ la presente garanzia si intende valida per tutte le prestazioni sopra descritte relative al punto A.;
- ✓ le prestazioni della presente garanzia non saranno garantite in caso di dimissioni volontarie dell'Associato, contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale sia stato ricoverato.

AREA SOSTEGNO per NON AUTOSUFFICIENZA

Sezione 5: LONG TERM CARE

C. LONG TERM CARE

La presente garanzia non è cumulabile con le altre previste dal presente Sussidio. Si attiva all'insorgenza, nel corso di validità del presente sussidio, di eventi impreveduti ed invalidanti dell'Associato (Titolare e/o componente del Nucleo familiare), derivanti sia da Infortunio che da Malattia anch'essi insorti durante la vigenza del presente Sussidio e tali da comportare uno stato di non autosufficienza per il quale l'Associato non può svolgere autonomamente le attività elementari della vita quotidiana.

L'esclusione non opera una volta trascorsi tre anni di adesione ininterrotta al presente Sussidio, ricomprendendo dal quarto anno anche gli stati di non autosufficienza conseguenti a stati patologici diagnosticati, manifestati, sottoposti ad accertamenti o curati precedentemente al triennio di riferimento.

Lo stato di non autosufficienza verrà valutato secondo il criterio del punteggio (C1. e Allegato 2 Tabella dei Punteggi) ossia, ad ognuna delle attività elementari della vita quotidiana verrà assegnato un punteggio da 0 a 10 da parte di un comitato medico nominato da MBA.

Il comitato medico, eventualmente avvalendosi della consulenza tecnico-specialistica ritenuta necessaria, esaminerà e valuterà tempestivamente la documentazione ricevuta (si veda a tal proposito la Guida Operativa) entro e non oltre un mese dalla data di ricevimento della documentazione completa ed eventualmente predisporrà una visita.

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'Associato la sospensione ovvero la revoca definitiva delle prestazioni.

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 restituiti ad MBA.

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

C1. 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 proprio Comitato Medico, accerta il grado di autonomia della persona e assegna un punteggio secondo la tabella di valutazione Punteggi (Allegato 2).

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

L'accertamento con esito positivo dello stato di non autosufficienza dà diritto, a decorrere dalla data della richiesta derivante dallo stato di non autosufficienza, al rimborso di tutte le spese sanitarie e assistenziali sostenute sia nella Forma Diretta che Indiretta o presso SSN e strettamente collegate allo stato di non autosufficienza.

Tali spese, elencate nei successivi punti, saranno rimborsate, permanendo lo stato di non autosufficienza, nei limiti massimi di spesa si seguito riportati:

- a) **Assistenza domiciliare** (Badante, Operatore Socio Sanitario, Infermiere) con il limite massimo di **€ 250,00** per singolo mese di riferimento e per nucleo, e per un periodo massimo di **36 mesi** o per il minor tempo intercorso qualora dovesse venir meno per qualsivoglia motivo lo stato di non autosufficienza ovvero la qualifica di socio;
- b) **Spese per adeguamento dell'immobile**, è previsto un contributo una tantum pari a **€ 3.000,00**, seguito presentazione da parte dell'Associato delle fatture di spesa sostenute.

C2. Modalità di attivazione garanzia in forma diretta

L'Associato, una volta accertato lo stato di non autosufficienza sulla base del punteggio raggiunto, potrà richiedere l'erogazione in forma diretta delle prestazioni sanitarie e di assistenza domiciliare (quali ad esempio, infermiere, fisioterapista, badante) riconducibili e strettamente collegati allo stato di non autosufficienza, nei limiti dei Massimali di cui al punto C1. dietro espressa Autorizzazione alla Presa in Carico da parte della Centrale Salute (a tal proposito si rimanda alle procedure previste e consultabili nell'area riservata del portale MBA).

AREA PREVENZIONE

A parziale deroga di quanto riportato in Premessa si specifica che, per tutta l'area "PREVENZIONE E TELEMEDICINA", si intendono cumulativi i rimborsi o l'erogazione diretta, qualora le prestazioni siano le medesime presenti in altro sussidio MBA.

Sezione 6: PREVENZIONE

D. VISITA SPECIALISTICA DI PREVENZIONE ALZHEIMER O ALTRE MALATTIE DEGENERATIVE

Al compimento del 70° anno di età dell'Associato Titolare o di qualsiasi componente del Nucleo Familiare, e a seguire successivamente ogni 3 anni, fermo restando l'adesione continuativa al presente sussidio, MBA rimborserà senza alcuna quota a carico la spesa sostenuta per **1 visita specialistica**, relativa alla prevenzione dell'Alzheimer o altre malattie degenerative.

E. PRESTAZIONI DI PREVENZIONE NEUROLOGICHE

A partire dal 5° anno di fedeltà al presente sussidio e a seguire successivamente ogni 3 anni, mette a disposizione dell'Associato Titolare o di qualsiasi componente del Nucleo familiare, un **massimale pari a € 150,00 annui**, da utilizzare in un'unica soluzione, per **prestazioni neurologiche**, relative alla prevenzione di malattie degenerative.

Per le modalità di attivazione della garanzia si rimanda alla Guida Operativa.

Per ulteriori dettagli in merito alle prestazioni eseguibili presso gli Health Point si rimanda al sito www.healthpoint.srl.

AREA SOSTEGNO PSICOLOGICO/PSICOTERAPEUTICO

A parziale deroga di quanto riportato in Premessa si specifica che, per tutta l'area "SOSTEGNO", si intendono cumulativi i rimborsi o l'erogazione diretta, qualora le prestazioni siano le medesime presenti in altro sussidio MBA.

Sezione 7: SOSTEGNO PSICOLOGICO/PSICOTERAPEUTICO

F. COLLOQUI DA PSICOLOGO/PSICOTERAPEUTA seguito Grande Intervento Chirurgico

La Mutua, a seguito di un Ricovero per Grande Intervento chirurgico (non necessariamente legato ad uno degli eventi rimborsabili di cui al punto A.), rimborsa all'Associato Titolare e/o componente del Nucleo Familiare (in caso di adesione in forma Nucleo) le spese prescritte ed effettuate da psicologo/psicoterapeuta, entro un **limite massimo di € 50,00** mese/Nucleo, per un massimo di n. **3 mesi**.

G. COLLOQUI DA PSICOLOGO/PSICOTERAPEUTA seguito Long Term Care

La Mutua, a seguito di Long Term Care accertata (non necessariamente legata ad uno degli eventi rimborsabili di cui al punto C.), rimborsa all'Associato Titolare e/o componente del Nucleo Familiare (in caso di adesione in forma Nucleo) le spese prescritte ed effettuate da psicologo/psicoterapeuta, entro un **limite massimo di € 50,00** mese/Nucleo, per un massimo di n. **3 mesi**.

SERVIZI AGEVOLATI

A parziale deroga di quanto riportato in Premessa si specifica che, per tutta l'area "SERVIZI AGEVOLATI", si intendono cumulativi i rimborsi o l'erogazione diretta, qualora le prestazioni siano le medesime presenti in altro sussidio MBA.

Sezione 8: AGEVOLAZIONI presso HEALTH POINT E STRUTTURE TERMALI

H. AGEVOLAZIONI presso HEALTH POINT

MBA offre, all'Associato Titolare o a un componente del Nucleo Familiare (in caso di adesione in forma Nucleo), la possibilità di effettuare gratuitamente e direttamente c/o un qualsiasi Health Point, per un massimo di **3 volte l'anno per Nucleo e per ciascuna prestazione**, la misurazione di:

- Pressione arteriosa
- Saturimetria
- Frequenza cardiaca

Per ulteriori dettagli in merito alle prestazioni eseguibili presso gli Health Point si rimanda al sito www.healthpoint.srl

I. AGEVOLAZIONI presso STRUTTURE TERMALI

Per tutta la durata del presente Sussidio, la MBA mette a disposizione dell'Associato Titolare e dei membri del nucleo familiare il servizio di assistenza, consulenza ed accesso a tariffe agevolate fino al 35% presso Strutture termali.

Grazie alla convenzione con A.M.A.T. (Associazione Mondiale Attività Termali), sarà possibile per l'Associato godere dei servizi offerti da quest'ultima. In particolare, l'A.M.A.T. offre un servizio di informazione e consulenza sulle strutture termali e centri benessere nonché il servizio di prenotazione secondo le personali esigenze.

In tal senso, sarà sufficiente che l'Associato prenda contatti con l'A.M.A.T. ai seguenti numeri telefonici:

- **Telefono: 06.86761050**
- **Email: amat@assoterme.com**

Oltre al servizio di informazione e assistenza di cui sopra, la MBA, attraverso la convenzione con A.M.A.T., permette all'Associato di accedere ad una scontistica del **10% su tutte le prestazioni alberghiere e Centri benessere per vacanza o per tutta la durata della terapia termale come previsto da apposita prescrizione medica.**

L'agevolazione di cui sopra verrà garantita solamente qualora la prestazione avvenga a seguito di contatto diretto dell'Associato con la Centrale Salute. A tal proposito l'Associato, al fine di usufruire dell'agevolazione, in loco presso la struttura prescelta dovrà presentare apposito tesserino di riconoscimento dal quale si evinca la sua provenienza da MBA.

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 facente parte integrante del presente Sussidio consultabile nell'Area Riservata del portale della Mutua MBA.

ALLEGATO 1 – Elenco dei “Grandi Interventi Chirurgici”

Cardiochirurgia

- Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione
- Sostituzione valvolare multipla
- Interventi per malformazioni del cuore o dei grossi vasi
- Resezione cardiaca (per aneurisma, infarto, tumore)
- Bypass aorto-coronarico singolo o multiplo con prelievo di vasi
- Asportazione corpi estranei o tumori del cuore

Chirurgia Vascolare

- Interventi sull’aorta toracica e addominale compreso bypass aorto-bisiliaco o bifemorale
- Interventi per stenosi o aneurismi sui seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrali, succlavie, renali, iliache
- Tromboendarteriectomia aorto-iliaca

Neurochirurgia

- Anastomosi dei vasi intra-extra cranici
- Asportazione di tumori o aneurismi endocranici
- Asportazione di tumori orbitali per via endocranica
- Interventi endorachidei per asportazione di tumori, cordotomie, rizotomie e affezioni meningomidollari
- Interventi per tumori della base cranica per via transorale
- Interventi sulla cerniera atlo-occipitale
- Interventi sull’ipofisi per via transfenoidale
- Neurotomia retrogasseriana o sezione intracranica di altri nervi
- Rizotomia chirurgica intracranica
- Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi simili

Chirurgia Toracica

- Lobectomia polmonare o resezione segmentaria
- Resezione bronchiale con reimpianto
- Interventi sul mediastino per tumori
- Asportazione totale del timo
- Pneumonectomia, pleuropneumonectomia
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi lobare o polmonare

Chirurgia Generale

- Tiroidectomia per tumori maligni con svuotamento funzionale del collo
- Anastomosi porta-cava o spleno-renale o mesenterica-cava
- Pancreaticoduodenectomia radicale
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari
- Colectomia totale con linfadenectomia
- Esofagectomia totale
- Gastrectomia totale con linfadenectomia

- Esofago-gastrectomia per via toraco-laparotomica
- Amputazione del retto per via addomino-perineale o addomino-sacrale

Chirurgia Ginecologica

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

Chirurgia Ortopedica

- Artroprotesi totale di anca
- Artroprotesi totale di ginocchio
- Artrodesi vertebrali per via anteriore
- Interventi per rimozione e reimpianto di protesi d'anca o di ginocchio

Chirurgia Otorinolaringoiatrica e Maxillo-Facciale

- Interventi demolitivi del massiccio facciale per tumori maligni
- Interventi demolitivi del cavo oro-faringeo per tumori maligni
- Laringectomia totale, laringofaringectomia
- Intervento per neurinoma dell'ottavo paio

Chirurgia Urologica

- Nefrectomia allargata per tumore
- Nefro-ureterectomia totale
- Cistectomia radicale con ureterosigmoidostomia
- Uretero-ileo anastomosi mono o bilaterale
- Surrenalectomia

Trapianti d'organo

- Tutti

ALLEGATO 2 – TABELLA DEI PUNTEGGI PER LA DETERMINAZIONE DEL GRADO DI NON AUTOSUFFICIENZA

Lavarsi

1° grado

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

2° grado

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

3° grado

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

punteggio 0

2° grado

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

punteggio 0

2° grado

l'Associato 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'Associato necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi:
punteggio 10

Continenza

1° grado

l'Associato è completamente continente:
punteggio 0

2° grado

l'Associato presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno:
punteggio 5

3° grado

l'Associato è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come pannoloni, catetere o colostomia:
punteggio 10

Alimentazione

1° grado

l'Associato è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti:
punteggio 0

2° grado

l'Associato 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'Associato non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale:
punteggio 10.