Regolamento del Sussidio "COOPERANDO 168" Fondo Interno Cooperando

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

Edizione 2019

Indice	Pagina

SEZIONE 1: Definizioni	**3**
SEZIONE 2: Norme Generali che regolano il Sussidio	**9**
SEZIONE 3: Norme relative a tutte le Garanzie	**13**
AREA SANITARIA	**17**
SEZIONE 4 - GARANZIE OSPEDALIERE	**17**
SEZIONE 5 – GARANZIE EXTRA-OSPEDALIERE	**21**
AREA PREVENZIONE	**26**
AREA SOSTEGNO ECONOMICO	**27**
AREA ASSISTENZA H24	**28**
CONSERVAZIONE DELLE CELLULE STAMINALI	**30**
Allegato 1 "Elenco dei Grandi Interventi Chirurgici"	**32**

Sezione 1.: Definizioni

Aborto: interruzione prematura di una gravidanza, per cause naturali o provocata artificialmente.

Aborto spontaneo: interruzione prematura di una gravidanza avvenuta per cause naturali, non causata da un intervento esterno.

Aborto terapeutico: interruzione di una gravidanza motivata esclusivamente da ragioni di ordine medico, come la presenza di gravi malformazioni del feto.

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

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

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

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.

Carenza (termine di aspettativa): periodo temporale che intercorre tra la data di decorrenza della copertura e l'effettiva operatività delle garanzie. Per carenza si intende il periodo durante il quale le garanzie del Sussidio non sono efficaci, ovvero il numero di giorni a far data dalla decorrenza del Regolamento durante i quali la garanzia non ha effetto. Qualora l'evento avvenga in tale periodo, MBA non corrisponde il Rimborso della prestazione prevista dal Sussidio.

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.healthassistance.it).

Centro Convenzionato: Ospedali, Istituti a carattere scientifico, Case di cura, Centri diagnostici, Centri polispecialistici, Laboratori di analisi, Centri fisioterapici, Studi medici specialistici, Studi odontoiatrici e qualsiasi altra Struttura/professionista che abbia stipulato un accordo con il Network MBA/Health Assistance per l'applicazione di tariffe agevolate applicabili alle prestazioni oggetto di garanzia sia in caso di Assistenza Diretta che Indiretta.

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

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

Ciclo di cura: insieme delle prestazioni connesse ad una medesima patologia/Infortunio, contestualmente prescritti dal Medico e presentati alla Mutua MBA in un'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.

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

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

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

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

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

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

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 il Network MBA/Health Assistance 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: www.healthpointitalia.com.

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

Indennità integrativa: importo giornaliero erogato da 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 da 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: 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 ed al funzionamento fisiologico dell'organismo con obiettivi privilegiati di:

- rafforzare le articolazioni prevenendo dolori ed infiammazioni
- mantenere la pelle sana, i capelli folti e le unghie resistenti
- ripristinare la barriera protettiva dello stomaco, evitando nausea ed 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 del 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 bioptici 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: momento in qui si manifesta la Malattia con sintomi oggettivi, indipendentemente dalla diagnosi/accertamento della stessa.

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

MBA o Mutua o Mutua MBA: Società Generale di Mutuo Soccorso Basis Assistance.

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.

Patologia pregressa: qualsiasi patologia che sia pregressa in quanto manifestata, diagnosticata, sottoposta ad accertamenti o curata prima della data di attivazione del presente Sussidio o che risulti correlata ad uno stato patologico antecedente alla decorrenza dello stesso.

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

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

Presa in Carico: documento che la Centrale Salute, a seguito di richiesta dell'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 improprio: il Ricovero durante il quale vengono compiuti Interventi e/o solamente accertamenti e/o terapie fisiche che, per loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in regime ambulatoriale, purché consentito dallo stato di salute dell'Associato.

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 regolamenta 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 ambulatoriale o domiciliare o consulto eseguita da Medico specialista in possesso del titolo di specializzazione che risulti chiaramente dal documento di spesa, per diagnosi e terapie cui tale specializzazione è 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** e **Malattia**, per eventi verificatisi nel corso di validità del presente Sussidio.

Art. 2 – Persone Associate

Le prestazioni garantite dal presente Sussidio sono prestate in favore dell'Associato Titolare del Sussidio – Dipendente della Cooperativa (più in generale persona giuridica) iscritta regolarmente al Fondo Interno "COOPERANDO" (istituito dalla Mutua MBA) ed associata a MBA

- nominativamente indicato nel modulo di adesione con il quale ha aderito al presente Regolamento aggiuntivo, nonché il relativo Nucleo Familiare.

Per **Nucleo Familiare** 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 convivano stabilmente e si prestino assistenza e solidarietà materiale e morale.

L'assistenza prevista del presente Sussidio è attivabile in forma collettiva a favore dei:

- Dipendenti iscritti alla Cooperativa

È data, altresì, facoltà al Dipendente della Cooperativa iscritta regolarmente al Fondo Interno "COOPERANDO", di estendere volontariamente la presente copertura al Nucleo familiare, a fronte del pagamento del relativo contributo, entro 15 giorni dalla data di decorrenza della copertura fornita alla Cooperativa.

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. 4).

Art. 3 – Limiti di età
Non sono previsti limiti di età.

Art. 4 – Variazione del Nucleo Familiare
Qualora sia prevista l'inclusione del Nucleo Familiare, l'Associato deve comunicare immediatamente a MBA, in forma scritta, le variazioni del proprio stato familiare, entro e non oltre 60 giorni dall'avvenuta variazione, ossia:

- nascita/adozione;
- matrimonio;
- insorgere di convivenza per il convivente more uxorio e/o per il familiare del dipendente;

- venir meno – per un familiare – di altra copertura collettiva delle spese sanitarie predisposta dal datore di lavoro.

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 **1 (uno) anno** decorrente dal giorno di cui all'art. 9. In mancanza di comunicazione di non rinnovo, inviata mediante lettera raccomandata A/R o posta elettronica certificata (PEC) spedita almeno 60 giorni prima della scadenza annuale, il Sussidio sanitario s'intenderà rinnovato per un ulteriore anno con obbligo di pagamento del contributo aggiuntivo e delle quote associative previste così come previsto da Statuto di MBA.
In ogni caso MBA, entro 90 giorni dalla scadenza annuale, si riserva la facoltà di comunicare a mezzo e-mail all'Associato le condizioni di rinnovo per le successive annualità.
La revoca dal Sussidio prima del suddetto termine potrà avvenire al verificarsi dei seguenti eventi:

a) cessazione dal servizio;
b) decesso dell'Associato o di un suo familiare;
c) divorzio;
d) venir meno di convivenza per il convivente more uxorio e/o per il familiare del dipendente;
e) adesione di un familiare ad una copertura sanitaria collettiva predisposta dal datore di lavoro;
f) variazione delle condizioni assistenziali/contributive.

Nel caso di revoche a seguito degli eventi di cui alle precedenti lett. c), d) e) ed f), il relativo recesso dovrà essere effettuato dall'Associato Titolare. Fermo restando il versamento dei relativi contributi, la copertura sanitaria resterà in vigore sino alla prima scadenza annuale.

Art. 6 – Obblighi contributivi dell'Associato

In caso di mancato versamento dei relativi contributi e fermo quanto previsto all'art. 9, MBA si riserva il diritto di adire le vie legali, previo tentativo di conciliazione ai sensi dell'art. 11 del presente Regolamento.

Art. 7 – Dichiarazioni e comunicazioni dell'Associato

Le dichiarazioni non veritiere rese dall'Associato al momento della domanda di ammissione o, successivamente, al fine 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, 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.
Nel caso in cui sia previsto il versamento dei contributi a carico del Dipendente per l'inserimento in copertura dei familiari, 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, sempre che sia avvenuto entro 180 gg e ferme le successive scadenze.

Art. 10 – Comunicazioni e modifiche
Le comunicazioni inerenti al rapporto associativo o le variazioni ed integrazioni al presente Sussidio sanitario avverranno nelle modalità indicate e accettate 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 ed 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 assistenziale, 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 sub-Massimali previsti dal presente Sussidio saranno pertanto da intendersi anno/nucleo.

Art. 13 – Sottoscrizione di più Sussidi
Qualora l'Associato abbia sottoscritto con 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. 9 delle Norme Generali, disciplinante il giorno di effetto del Sussidio, le prestazioni messe a disposizione sono garantite da MBA senza applicazione di periodi di carenza, anche per le ipotesi di estensione volontaria al Nucleo familiare.

Art. 18 – Pregresse
Per i Dipendenti, Associati in forma collettivo-totalitaria, tutte le garanzie oggetto del presente Sussidio attivate in conseguenza di Infortuni avvenuti anteriormente alla data di stipula dello stesso sono da intendersi incluse.
Altresì, si intenderanno incluse nella copertura assistenziale le prestazioni conseguenti a qualsiasi patologia che sia pregressa in quanto manifestata, diagnosticata, sottoposta ad

accertamenti o curata prima della data di attivazione del presente Sussidio o che risulti correlata ad uno stato patologico antecedente alla decorrenza dello stesso.

In caso di estensione volontaria al Nucleo familiare, sono da intendersi escluse per i familiari del Dipendente tutte le garanzie attivate in conseguenza di Infortuni avvenuti anteriormente alla data di stipula dello stesso, nonché tutte le prestazioni conseguenti a qualsiasi patologia che sia pregressa in quanto manifestata, diagnosticata, sottoposta ad accertamenti o curata prima della data di attivazione del presente Sussidio o che risulti correlata ad uno stato patologico antecedente alla decorrenza dello stesso.

La presente esclusione non opera una volta trascorsi 3 (tre) anni di adesione ininterrotta al 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 alla stipula 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 Malattie manifestate, diagnosticate, sottoposte ad accertamenti o curate 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 copia della prescrizione medica attestante la diagnosi di patologia o quesito diagnostico (se patologia ancora da accertare);
b. le prestazioni conseguenti agli Infortuni non documentati da referto di Pronto Soccorso Ospedaliero o di Struttura convenzionata con il SSN, o di Unità Medica di Primo Soccorso presente nel luogo dell'Infortunio da cui sia chiaramente possibile evincere la data di accadimento dell'Infortunio e le conseguenze traumatiche dello stesso, ovvero da specifico accertamento diagnostico completo di referti ed immagini (a titolo esemplificativo, TAC, RMN, radiografie) da cui sia chiaramente ed obiettivamente possibile evincere la data di accadimento dell'Infortunio e le conseguenze traumatiche dello stesso. Sono escluse le conseguenze di eventi ove manchi l'esteriorità della causa come gli sforzi e gli atti di forza ossia l'impiego di energie muscolari concentrate nel tempo che esorbitano (sforzo) o meno (atto di forza) per intensità dalle ordinarie abitudini di vita dell'Iscritto.
c. le prestazioni di routine, controllo, prevenzione, nonché i vaccini (sia l'acquisto del farmaco che l'infusione/somministrazione);
d. le prestazioni conseguenti a suicidio e tentato suicidio;

e. 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;
f. le prestazioni relative a Malattie mentali ed i disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche;
g. le prestazioni sanitarie e le cure aventi finalità estetica e dietologica, salvo gli Interventi di chirurgia plastica o stomatologica limitatamente agli aspetti ricostruttivi di natura oncologica riferiti alla sede della neoformazione maligna se resi necessari da Malattia, e in caso di Infortunio rimborsabile, limitatamente alla sede dell'apparato oggetto del trauma, purché effettuati nei 360 giorni successivi all'Intervento e comunque durante la validità del Sussidio;
h. Infortuni o Malattie derivanti da dolo dell'Associato;
i. 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;
j. i farmaci non riconosciuti dalla Farmacopea Ufficiale;
k. la cura delle Malattie professionali e sindromi correlate, così come definite dal D.Lgs. n. 38 del 2000 e successive modifiche e/ o integrazioni;
l. le prestazioni prescritte e/ o erogate da medici o paramedici abilitati che non siano in possesso di specializzazione medica pertinente con la prestazione rilasciata e rispetto alla diagnosi/ quesito diagnostico per il quale la prestazione è prescritta/ erogata;
m. le prestazioni prescritte e/ o 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. il Parto naturale o cesareo;
p. l'Aborto volontario non terapeutico;
q. i Ricoveri durante i quali vengono compiuti Interventi e/o solamente accertamenti e/o terapie fisiche che, per loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in regime ambulatoriale, purché consentito dallo stato di salute dell'Associato;
r. le prestazioni relative o finalizzate a cure odontoiatriche, ortodontiche e protesi dentarie, salvo specifiche deroghe previste dal Sussidio;
s. 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;
t. gli Infortuni conseguenti ad assunzione di sostanze psicoattive (stupefacenti, farmaci, sostanze psicotrope), a scopo non terapeutico;
u. gli Infortuni causati dallo stato di ebbrezza o di ubriachezza;
v. le Malattie correlate all'abuso di alcool o al consumo di stupefacenti e sostanze psicotrope, assunte non a scopo terapeutico;
w. 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 o fuori pista, 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;

x. gli Infortuni subiti in qualità di passeggero durante i viaggi aerei diversi dai regolari voli di linea;
y. gli Infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizi resi in corpi militari;
z. gli Infortuni subiti sul lavoro in miniera, in cava (anche a cielo aperto), in lavori subacquei o in mare aperto;
aa. le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati dalle accelerazioni di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.), nonché da campi elettromagnetici;
bb. le conseguenze di inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche, movimenti tellurici;
cc. i Ricoveri causati dalla necessità dell'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;
dd. eventi per i quali sia configurabile la responsabilità di terzi; fatto salvo quanto previsto nel precedente art. 15;
ee. spese per il trasporto del plasma.

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

La mancata o incompleta presentazione della documentazione determina l'impossibilità di procedere all'erogazione del Rimborso. Pertanto, nel caso di sospensione dell'istruttoria della pratica di Rimborso, l'Associato ha 60 gg di tempo dalla data di comunicazione di richiesta di ulteriore documentazione per integrare la stessa. Decorsi 60 gg, la richiesta verrà respinta e l'Associato dovrà presentare nuova e completa richiesta comprensiva anche della documentazione integrativa.

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 rinvenibile contattando direttamente il Back Office di MBA o il proprio promotore di riferimento.
In ordine alla documentazione da presentare si evidenzia che MBA potrà richiedere in ogni momento (sia prima del Rimborso sia a Rimborso effettuato) la produzione degli originali qualora le copie trasmesse risultino in tutto o in parte illeggibili, incomplete o presentino grafie diverse oppure per effettuare controlli di Audit a campione.

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 il Network MBA/Health Assistance S.C.p.A.**
   Le spese relative alla prestazione erogata in Assistenza Diretta presso Strutture/professionisti Convenzionati con il Network MBA/Health Assistance verranno corrisposte da 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: LIMITE ANNUO PER L'ASSISTENZA SANITARIA

Il **Massimale complessivo** di Rimborso per il complesso degli eventi e delle prestazioni di cui all'area ospedaliera è pari ad **€ 60.000,00** anno/nucleo.
I **Massimali annui** indicati nella presente sezione sono da intendersi come **sub-Massimali** inclusi nei **€ 60.000,00** e sempre per anno/nucleo, salvo ove sia diversamente indicato.

A. RICOVERO ORDINARIO CON GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO

In caso di **Ricovero ordinario con 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 che risultino compresi nei termini del presente Sussidio, MBA, entro il **Massimale annuo/nucleo** pari ad **€ 60.000,00**, nei limiti del Massimale annuo di cui in premessa, provvederà a rimborsare le spese inerenti al Ricovero e all'Intervento così come segue:

i) Prima del Ricovero (nei 100 giorni precedenti al Ricovero) - *entro il **sub-Massimale unico** per evento per spese prima e dopo il Ricovero pari ad **€ 1.000,00;***

- visite specialistiche ed accertamenti diagnostici (inerenti alla patologia causa del Ricovero) effettuati anche al di fuori dell'Istituto di cura;

ii) Durante il Ricovero

- retta di degenza;
- onorari del chirurgo, dell'aiuto operatore chirurgo, 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 chirurgico);
- medicinali ed esami;
- cure e assistenza medica;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi;

iii) Dopo il Ricovero (nei 100 giorni successivi al Ricovero) - *entro il **sub-Massimale unico** per evento per spese prima e dopo il Ricovero pari ad **€ 1.000,00;***

- visite specialistiche ed esami diagnostici (inerenti alla patologia causa del Ricovero);
- prestazioni mediche;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi previa prescrizione di Medico specialista in materia;
- acquisto di medicinali (previa prescrizione medica completa di motivazione clinica correlata al Ricovero prescritta dal Medico curante all'atto delle dimissioni);

MBA, provvederà al Rimborso delle spese sostenute dall'Associato a fronte delle prestazioni di cui ai **punti i), ii)** e **iii)** come di seguito riportato:

- ❖ senza applicazione di alcuna **quota di spesa a carico** in caso di prestazioni effettuate presso un Centro Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance (**Assistenza Diretta e Indiretta in Network**);

- ❖ in caso di prestazioni sostenute a **totale carico del Servizio Sanitario Nazionale** ed erogate sotto forma di **ticket sanitari**, MBA rimborserà integralmente le spese sostenute dall'Associato.

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.

B. TRASPORTO SANITARIO

MBA, in caso di necessità medica debitamente documentata, rimborsabile ai sensi del presente Sussidio, Rimborsa le spese sostenute dall'Associato per il trasporto sanitario anche all'estero, effettuato in ambulanza o altro mezzo attrezzato al trasporto sanitario da un Istituto di Cura ad un altro e viceversa e per il rientro al proprio domicilio, a seguito di rilascio di quietanza di pagamento valida fiscalmente.

Il Rimborso opererà entro il **Massimale annuo** di cui in premessa ed entro il sub-Massimale annuo pari ad **€ 1.000,00** sia per il trasporto in Italia che per il trasporto all'estero**.**

Si precisa che:

- è compreso il trasporto dell'Associato in treno o con aereo di linea;
- la presente garanzia si intende valida per le prestazioni sopra descritte di cui al precedente punto **A.**;
- la garanzia comprende il trasporto anche di un eventuale accompagnatore all'estero in treno o aereo di linea.

Le prestazioni della presente garanzia non saranno assicurate in caso di dimissioni volontarie dell'Associato contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale sia stato ricoverato.

C. ASSISTENZA INFERMIERISTICA A DOMICILIO A SEGUITO DI GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO

In caso di **Ricovero ordinario con Grande Intervento Chirurgico** di cui al precedente art. **A.**, rimborsabile ai sensi del presente Sussidio, Mba, nei 100 giorni successivi alla data delle dimissioni, garantisce all'Associato, nei limiti di un **sub-Massimale anno/nucleo** pari ad **€ 6.000,00**, il Rimborso delle spese sostenute per prestazioni di Assistenza Infermieristica a domicilio prescritte dal Medico in fase di dimissioni e mirate a fornire sostegno nonché a favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio in dipendenza di tale evento.

Il Rimborso sarà garantito con applicazione di una percentuale di **spesa a carico** dell'Associato pari al **10%.**

D. DIARIA SOSTITUTIVA PER RICOVERO ORDINARIO CON GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO – *alternativa alla Diaria Integrativa di cui al successivo art. E.*

Nel caso in cui, a seguito di **Ricovero ordinario con Grande Intervento Chirurgico**, l'Associato non richieda alcun Rimborso, di cui ai precedenti **artt. A.**, **B.** e **C.**, MBA

corrisponderà, una Diaria sostitutiva per far fronte alle necessità legate al recupero della salute a seguito del Ricovero e dell'Intervento.

La Diaria sarà pari ad **€ 80,00 al giorno per ogni giornata di Ricovero comprendente il pernottamento** sino ad un massimo di **70 giorni** complessivi per annualità.

Qualora l'Associato richieda la presente Diaria sostitutiva si intenderà escluso il Rimborso di qualsiasi altra spesa, anche precedente o successiva al Ricovero (di cui ai punti i) e iii) del precedente art. A.), eventualmente sostenuta e riferibile al medesimo Ricovero.

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

E. DIARIA INTEGRATIVA PER RICOVERO ORDINARIO CON GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO – *alternativa alla Diaria Sostitutiva di cui al precedente art. D.*

Nel caso in cui l'Associato, a seguito di **Ricovero ordinario con Grande Intervento Chirurgico,** di cui al precedente **art. A.**, reso necessari da Malattia o Infortunio garantiti ai sensi del presente Sussidio, non richieda alcun Rimborso di cui ai precedenti **artt. A.**, **B. C.** e **D.**, MBA corrisponderà una Diaria Integrativa per far fronte alle necessità legate al recupero della salute a seguito della Malattia o dell'Infortunio.

La Diaria sarà pari ad **€ 40,00 al giorno per ogni giornata di Ricovero comprendente il pernottamento,** fermo restando il **limite massimo** di **35 giorni** per ciascuna annualità.

Qualora l'Associato richieda la presente Diaria Integrativa, potrà richiedere il Rimborso anche delle spese (pre e post Ricovero) eventualmente sostenute di cui ai punti **i)** e **iii)** del precedente **art. A.** e riferibili al medesimo Ricovero, fermi gli eventuali sub-Massimali indicati nel medesimo articolo.

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

SPESE PRE E POST DIARIA INTEGRATIVA PER RICOVERO ORDINARIO CON GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO

Il Rimborso delle citate prestazioni di cui ai punti **i)** e **iii)** (spese **pima** e **dopo** il Ricovero) di cui al precedente **art. A.,** avverrà, entro il **Massimale anno/nucleo** pari ad **€ 1.000,00**, nei limiti temporali (100 giorni prima e 100 giorni dopo il Ricovero) e nei limiti degli eventuali sub-Massimali di cui al medesimo **art. A.**

Il Rimborso sarà garantito senza applicazione di **alcuna quota** di **spesa a carico** dell'Associato sia in caso di prestazioni effettuate presso un Centro Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance **(Assistenza Diretta e Indiretta in Network)** o presso un Centro non Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance **(Assistenza Indiretta fuori Network)**,

che in caso di prestazioni sostenute a **totale carico del Servizio Sanitario Nazionale** ed erogate sotto forma di **ticket sanitari.**

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

F. RICOVERO ORDINARIO CON INTERVENTO CHIRURGICO E DAY SURGERY- *differente dai Grandi Interventi Chirurgici di cui al precedente art. A.*

MBA, in caso di **Ricovero ordinario con Intervento Chirurgico** o **Day Surgery,** differente dai Grandi Interventi Chirurgici di cui al precedente **art. A.**, reso necessario da Malattia e Infortunio ricompresi nei termini del presente Sussidio, corrisponderà, fermo il **Massimale anno/nucleo** pari ad **€ 60.000,00** di cui in premessa:

1) una Diaria giornaliera - per far fronte alle necessità legate al recupero della salute a seguito del Ricovero e dell'Intervento - pari ad **€ 70,00 per ogni giorno di Ricovero comprendente il pernottamento in caso di Ricovero ordinario** e **per ogni giornata di degenza in caso di Day Surgery** e sino ad un massimo di **50 giorni** complessivi per annualità;

oppure, in alternativa

2) il Rimborso al 100%, nei limiti di **€ 1.000,00 per anno**, delle spese per prestazioni inerenti al Ricovero ordinario con Intervento Chirurgico o al Day Surgery (spese di cui ai punti i), ii) e iii), del precedente art. A.) effettuate a **totale carico del SSN** ed **erogate sottoforma di ticket SSN.**

Le due tipologie di Rimborso, si intendono in alternativa.

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

SEZIONE 5) - GARANZIE EXTRA-OSPEDALIERE

G. ALTA DIAGNOSTICA E TARAPIE

MBA, entro il **Massimale anno/nucleo** pari ad **€ 8.500,00**, garantirà all'Associato il Rimborso delle spese sostenute per le seguenti prestazioni di Alta Diagnostica e Terapie.

Alta Diagnostica

- Angiografia
- Broncoscopia
- Cistografia o Cistoscopia
- Coronarografia
- Ecocolordoppler cardiaco

- Ecocolordoppler vascolare
- Elettroencefalogramma
- Esofagogastroduodenoscopia
- Isterosalpingografia
- Mammografia
- Mammotome (agobiopsia mammaria stereotassica)
- Mielografia
- Pancolonscopia
- Risonanza magnetica Nucleare (RMN)
- Scintigrafia di qualsiasi apparato o organo
- Tomografia assiale computerizzata (TAC)
- Tomografia ad emissione di Positroni (PET)
- Urografia

Terapie

- Dialisi
- Chemioterapia
- Laserterapia

Il Rimborso sarà garantito come segue:

- con applicazione di una quota di **spesa a carico** pari ad **€ 30,00** per evento in caso di prestazioni effettuate presso un Centro Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance **(Assistenza Diretta e Indiretta in Network);**

- con applicazione di una percentuale di **spesa a carico** pari al **25%** con **minimo non rimborsabile** pari ad **€ 60,00** per evento in caso di prestazioni effettuate presso un Centro non Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance **(Assistenza Indiretta fuori Network);**

- in caso di prestazioni sostenute a **totale carico del Servizio Sanitario Nazionale** ed erogate sotto forma di **ticket sanitari**, MBA rimborserà integralmente le spese sostenute dall'Associato.

L'elenco delle prestazioni di cui sopra è da considerarsi esaustivo con ciò intendendosi escluse le prestazioni non espressamente indicate.

Restano, inoltre, escluse le prestazioni elencate ma finalizzate alla diagnosi o all'erogazione di prestazioni odontoiatriche.
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.

H. VISITE SPECIALISTICHE ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

MBA, entro il **Massimale anno/nucleo** pari ad **€ 900,00**, provvederà al Rimborso delle spese sostenute dall'Associato per Visite Specialistiche ed Accertamenti Diagnostici con applicazione delle seguenti quote di spesa a carico:

- quota di **spesa a carico** pari ad **€ 30,00** per prestazione in caso di prestazioni effettuate presso un Centro Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance **(Assistenza Diretta e Indiretta in Network);**

- percentuale di **spesa a carico** del **15%** con **minimo non rimborsabil**e pari ad **€ 50,00** per prestazione in caso di prestazioni effettuate presso un Centro non Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance **(Assistenza Indiretta fuori Network);**

- in caso di prestazioni sostenute a **totale carico del Servizio Sanitario Nazionale** ed erogate sotto forma di **ticket sanitari**, MBA rimborserà integralmente le spese sostenute dall'Associato.

Sono escluse dalla presente garanzia le visite con finalità dietologiche, nonché le visite e gli accertamenti odontoiatrici ed ortodontici.

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.

I. ECOGRAFIE ED ACCERTAMENTI IN STATO DI GRAVIDANZA

MBA, entro il **Massimale anno/nucleo** pari ad **€ 700,00**, garantisce all'Associata in stato di gravidanza il Rimborso integrale delle spese sostenute per Ecografie ed Accertamenti.
Il Rimborso sarà garantito senza applicazione di alcuna Quota di spesa a carico solo in caso di prestazioni sostenute a **totale carico del Servizio Sanitario Nazionale** ed erogate sotto forma di **ticket sanitari.**

L. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI

MBA, entro il **Massimale anno/nucleo** pari ad **€ 350,00**, garantisce all'Associato il Rimborso delle spese sostenute per Trattamenti Fisioterapici.

Il Rimborso sarà garantito con applicazione delle seguenti quote di spesa a carico:

- quota di **spesa a carico** pari ad **€ 25,00** per ciclo di terapia in caso di prestazioni effettuate presso un Centro Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance **(Assistenza Diretta e Indiretta in Network);**

- quota di **spesa a carico** pari ad **€ 50,00** per ciclo di terapia in caso di prestazioni effettuate presso un Centro non Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance **(Assistenza Indiretta fuori Network**);

- in caso di prestazioni sostenute a **totale carico del Servizio Sanitario Nazionale** ed erogate sotto forma di **ticket sanitari**, MBA rimborserà integralmente le spese sostenute dall'Associato.

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.

M. CURE DENTARIE

MBA, entro il Massimale anno/nucleo pari ad **€ 650,00**, provvederà al Rimborso delle spese sostenute dall'Associato per le seguenti Cure Dentarie:

- otturazioni;
- estrazioni;

- impianti osteointegrati.

Il Rimborso sarà garantito come segue:

- con applicazione di una percentuale di **spesa a carico** del **30%** in caso di prestazioni effettuate presso un Centro Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance (**Assistenza Diretta e Indiretta in Network);**

- con applicazione di una percentuale di **spesa a carico** del **50%** in caso di prestazioni effettuate presso un Centro non Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance **(Assistenza Indiretta fuori Network);**

- in caso di prestazioni sostenute a **totale carico del Servizio Sanitario Nazionale** ed erogate sotto forma di **ticket sanitari**, MBA rimborserà integralmente le spese sostenute dall'Associato.

Unitamente alla richiesta di Rimborso, l'Associato dovrà presentare il piano di cure predisposto dallo studio dentistico 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, nonché i referti degli accertamenti diagnostici strumentali (RX, OPT, TAC, RMN) dai quali sia possibile evincere con chiarezza la sede da curare. Altresì dovrà indicarsi, qualora previsto, il periodo massimo di trattamento che il Medico ritenga opportuno per la conclusione della cura sullo stesso dente.

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.

N. CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

MBA, entro il **Massimale anno/nucleo** pari ad **€ 2.000,00,** provvederà al Rimborso delle spese sostenute dall'Associato a fronte di Cure Dentarie a seguito di Infortunio (documentato da referto di Pronto Soccorso).

Il Rimborso avverrà dietro applicazione delle seguenti quote di spesa a carico dell'Associato:

- percentuale di **spesa a carico** del **20%** per evento sia in caso di prestazioni effettuate presso un Centro Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance **(Assistenza Diretta e Indiretta in Network)** che in caso di prestazioni effettuate presso un Centro non Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance **(Assistenza Indiretta fuori Network);**

- in caso di prestazioni effettuate a **totale carico del Servizio Sanitario Nazionale** ed erogate sotto forma di **ticket sanitari,** MBA rimborserà integralmente le spese sostenute dall'Associato.

Unitamente alla richiesta di Rimborso, l'Associato dovrà presentare il piano di cure predisposto dallo studio dentistico 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, nonché i referti degli accertamenti diagnostici strumentali (RX, OPT, TAC, RMN) dai quali sia possibile evincere con chiarezza la sede da curare. Altresì dovrà indicarsi, qualora previsto, il periodo massimo di trattamento che il Medico ritenga opportuno per la conclusione della cura sullo stesso dente.

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.

AREA PREVENZIONE

O. PREVENZIONE ODONTOIATRICA

MBA, offre all'Associato la possibilità di usufruire, una volta l'anno, di **1 (uno)** pacchetto di Prevenzione Odontoiatrica comprendente una Seduta di Detartrasi (Ablazione del tartaro).

La prestazione potrà essere effettuata, esclusivamente, previa autorizzazione per il tramite della Centrale Salute e solo in forma diretta, ricorrendo a Centri Convenzionati con il Network MBA/Health Assistance **(Assistenza Diretta in Network)**.

P. TICKET PREVENZIONE E CONTROLLO

MBA offre all'Associato la possibilità di effettuare prestazioni a solo scopo preventivo e di controllo ricorrendo al Servizio Sanitario Nazionale o a Struttura Sanitaria convenzionata con il SSN.
MBA provvederà al Rimborso delle spese per i **ticket sanitari** con una **quota di spesa a carico** pari ad **€ 15,00** per prestazione e fino a concorrenza del **massimale anno/nucleo** pari ad **€ 200,00.**

La presente garanzia si intende valida anche con riferimento a prestazioni diagnostiche e specialistiche, quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, ecografie, mammografie, doppler, analisi cliniche, pap test, markers tumorali, eseguite unicamente a scopo preventivo.

Q. CHECK UP CARDIOLOGICO

MBA, a partire **dal 25° (venticinquesimo) mese di adesione ininterrotta al presente Sussidio**, garantisce all'Associato, la possibilità di usufruire, una volta l'anno, di **1 (uno)** Check Up Cardiologico.

Di seguito l'elenco delle prestazioni previste nel Check Up.

CHECK UP CARDIOLOGICO – cod. 17

- Emocromocitometrico e morfologico (HB, GR, GB, piastrine, indici eritrocitari der. F.L.9)
- Velocità di sedimentazione delle emazie
- Glicemia
- Azotemia
- Creatininemia
- Colesterolo totale e colesterolemia
- Transaminasi glutammico ossalacetica GOT e glutammico piruvica (GPT)
- Urine, esame chimico e microscopico completo

Le prestazioni potranno essere effettuate, esclusivamente, in un'unica soluzione, previa autorizzazione per il tramite della Centrale Salute e solo in forma diretta, ricorrendo a Centri Convenzionati con il Network MBA/Health Assistance **(Assistenza Diretta in Network).**

AREA SOSTEGNO ECONOMICO

R. CONTRIBUTO ECONOMICO IN CASO DI DECESSO – *Garanzia valida solo in caso di morte del Titolare del Sussidio*

In caso di premorienza **dell'Associato Titolare del Sussidio**, nel corso di validità dello stesso Sussidio, a seguito di Malattia o Infortunio, fatta eccezione per le ipotesi di cui all'art. 19, sez. 3 (Esclusioni), MBA riconoscerà il versamento a favore degli eredi facenti parte del Nucleo familiare di **un Contributo economico** pari ad **€ 1.500,00.**

Per eredi si intendono il coniuge/partner unito civilmente (o in alternativa il convivente more uxorio) ed i figli. In mancanza di una di queste figure, il contributo spetta ai genitori e/o ai fratelli e sorelle, solo se conviventi e a carico del defunto.

In caso di decesso dell'Associato, gli eredi, al fine di ottenere il Rimborso di cui al presente **art. R.,** dovranno inviare alla Centrale Salute i seguenti documenti:

- Modulo di richiesta (scaricabile dall'area riservata di MBA);
- Copia del Certificato attestante l'avvenuto decesso del Titolare del Sussidio;
- Dichiarazione sostitutiva del superstite ex art. 47 D.P.R. 445/2000 (attestante la qualifica di superstite come sopra definito);
- Dichiarazione sostitutiva di notorietà dalla quale si evincano i dati identificativi degli eredi;
- IBAN dell'erede designato per l'accredito del Contributo.

Si precisa che, ai fini dell'attivazione della presente garanzia, gli eredi legittimi e/o beneficiari dovranno delegare, con procura autenticata da notaio o altra autorità competente, un solo erede ai fini della riscossione dell'intera somma concessa.

AREA ASSISTENZA H24

S. ASSISTENZA H24

S.1. PRESTAZIONI EROGATE PER L'ASSISTENZA H24

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

S.2. 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.

S.3. INVIO DI UN MEDICO AL DOMICILIO

Qualora l'Associato necessiti di un Medico presso la propria abitazione, durante le ore notturne (dalle ore 20:00 alle ore 8:00) o nei giorni festivi (tutto il giorno), e non riesca a reperire il suo Medico curante, la Centrale Operativa provvede, dopo l'accertamento tramite un primo contatto telefonico del suo Medico di guardia, 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.

S.4. INVIO AMBULANZA (VALIDITA' TERRITORIALE ITALIA)

Qualora l'Associato, in seguito ad Infortunio o Malattia, necessiti, successivamente al Ricovero di primo soccorso di:

- essere trasportato 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, qualora a giudizio del Medico curante, l'Associato non possa utilizzare un mezzo diverso dall'autoambulanza;

la Centrale Operativa invia direttamente l'autoambulanza tenendo a proprio carico il costo sino ad **un massimo di 100 km** di percorso complessivo (andata e ritorno).

Non danno luogo alla prestazione i trasporti per terapie continuative.

S.5. In caso di necessità

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

S.6. 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, 365 gg. all'anno, in lingua italiana.

S.7. Rischi esclusi per la garanzia assistenza H24

Per tutte le garanzie esposte nel precedente art. S. (Assistenza H24) e successivi sotto-articoli, è escluso ogni Rimborso, 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, nonché sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS); 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) Malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche croniche e preesistenti alla data di inizio della copertura e note all'Associato.
f) Malattie dipendenti dalla gravidanza, oltre la 26ma settimana di gestazione.
g) 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).

h) *Infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale o dilettantistico o inerenti a partecipazioni a gare.*

i) *Missioni di lavoro che prevedano lo svolgimento di attività prevalentemente di natura manuale e/o manifatturiera e/o con l'ausilio di strumenti e macchinari meccanici o industriali.*

j) *Pratica venatoria; possesso di armi e munizioni, ancorché provvisti di apposite licenze e autorizzazioni.*

k) *Viaggi intrapresi allo scopo di sottoporsi a trattamenti medico-chirurgici, estetici o riabilitativi.*

l) *Viaggi intrapresi in zone dove vi sia lo sconsiglio a viaggiare del Ministero degli Esteri; viaggi estremi in zone remote raggiungibili solo con mezzi speciali o dove persistano situazioni di conflitto armato, ostilità, guerra, guerra civile, ribellione, rivoluzione, insurrezione e sommosse, legge marziale, usurpazione del potere.*

m) *Atti di sabotaggio, vandalismo o terrorismo in genere, compreso l'utilizzo di ogni tipo di ordigno nucleare o chimico.*

n) *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.*

o) *Catastrofi naturali ed altri sconvolgimenti della natura.*

p) *Pandemia, se definita come tale dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).*

CONSERVAZIONE DELLE CELLULE STAMINALI

T. Conservazione delle 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 il Network MBA/Health Assistance e la Società StemWay Biotech Limited con sede italiana a Roma in via Luigi Chiarelli n. 12.

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, nonché usufruire dei pacchetti sottoelencati a costi agevolati.

a) 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 catastrofali.

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.

b) 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.

c) Consulenza medica.
StemWay BIOTECH non vuole limitarsi, quindi, alla sola conservazione delle cellule staminali, ma vuole essere il centro di competenze scientifiche e mediche unico ed ideale per ogni ulteriore esigenza che possa maturare a conservazione avvenuta.
Qualora nel corso del periodo di stoccaggio dovesse presentarsi una patologia per la quale la disponibilità di proprie cellule staminali possa consentire l'utilizzo di un trattamento o di una terapia a base di staminali, StemWay BIOTECH potrà assicurare la migliore assistenza nella selezione, a livello internazionale, dei professionisti, degli ospedali e delle cliniche più avanzate supportando, se richiesto, la struttura sanitaria che ha in cura il paziente.
Inoltre, StemWay BIOTECH si prenderà cura del trasporto dei campioni presso la struttura sanitaria indicata dai Genitori, supportando gli stessi, attraverso il proprio personale tecnico, nel coordinamento di tutte le complesse attività terapeutiche.

Tutte le informazioni necessarie per accedere correttamente alle prestazioni sanitarie erogate in forma Diretta e Indiretta, nonché la gestione dei relativi Rimborsi sono indicate nella Guida Operativa facente parte integrante del presente Sussidio consultabile nell'Area Riservata del portale della Mutua MBA.

ALLEGATO 1 ELENCO DEI GRANDI INTEVENTI 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
- Tromboendoarteriectomia 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 similari

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 linfoadenectomia

- Esofagectomia totale
- Gastrectomia totale con linfoadenectomia
- Esofago-gastrectomia per via toraco-laparotomica
- Amputazione del retto per via addomino-perineale o addomino-sacrale

Chirurgia Ginecologica
- Eviscerazione pelvica
- Vulvectomia allargata con linfoadenectomia
- Isterectomia totale con annessiectomia e linfoadenectomia 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