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

mutua basis assistance

Regolamento del Sussidio "Salus B"

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

Indice Pagina

Sezione 1: Definizioni 3

Sezione 2: Norme generali che regolano il sussidio 5

Sezione 3: Norme relative a tutte le garanzie 8

Sezione 4.1: Garanzie ospedaliere 14

Sezione 4.2: Garanzie extraospedaliere 17

Sezione 4.3: Garanzie Prevenzione 20

Sezione 4.4: Sostegno (solo in caso di Formula Nucleo) 21

Sezione 4.5.: Long term care 22

Sezione 1: Definizioni

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

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

Animale domestico: animale di affezione (cane e gatto) di proprietà di uno dei componenti il Nucleo Familiare detenuto conformemente alle vigenti leggi e che non venga utilizzato a scopo di lucro.
É richiesto che l'animale di affezione sia regolarmente iscritto all'Anagrafe canina e/o felina precedentemente alla data di adesione al sussidio sanitario.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sezione 2: Norme Generali che regolano il sussidio

Art. 1 – Oggetto

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

Art. 2 – Persone Associate

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

Art. 3 – Nucleo Familiare

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

Per nucleo si intendono, oltre al titolare del sussidio, il coniuge 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. 4 – Limiti di età

L'adesione al presente sussidio sarà possibile per tutti gli Associati che alla data di attivazione non abbiano compiuto i 66 anni di età.

L'adesione al presente sussidio prosegue anche superati i 66 anni a condizione che l'Assistito rinnovi, senza alcuna soluzione di continuità, di anno in anno l'adesione al sussidio. In caso di cessazione dell'adesione, una nuova adesione potrà avvenire soltanto con le specifiche modalità previste per i sussidi sanitari che ammettono l'adesione di Assistititi con oltre 66 anni.

Quanto previsto ai commi che precedono si intende valido anche nel caso di adesione al sussidio per tutto il nucleo familiare; in particolare, qualora uno dei componenti del nucleo familiare abbia già compiuto 66 anni di età, l'adesione al presente sussidio sarà possibile:

1) nella formula "singolo": per il solo componente del nucleo familiare con meno di 66 anni;
2) nella formula "nucleo": per tutti i componenti del nucleo familiare con meno di 66 anni, esclusi quindi coloro che abbiano già superato detto limite di età.

Art. 5 – Variazione del Nucleo Familiare

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

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

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

Art. 6 – Durata del sussidio e tacito rinnovo

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

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

Art. 7 – Obblighi contributivi dell'Associato

In caso di mancato versamento dei relativi contributi e fermo quanto previsto all'art. 10, la MBA si riserva il

diritto di adire le vie legali, previo tentativo di conciliazione ai sensi dell'Art. 14 del presente Regolamento.

Art. 8 – Dichiarazioni e comunicazione dell'Associato

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

Art.9 – Prestazioni per conto altrui

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

Art. 10 – Pagamento del contributo e decorrenza del sussidio

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

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

Art. 11 – Comunicazioni e modifiche

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

Art. 12 – Massimali

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

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

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

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

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

a) in caso di singole prestazioni, si applicherà un'unica Quota di spesa a carico per la spesa relativa alla prestazione effettuata;

b) in caso di ciclo di cura, la Quota di spesa a carico è da intendersi applicata per l'insieme delle prestazioni relative al ciclo di cura;

c) in caso di prestazioni legate al medesimo Evento, si applicherà un'unica Quota di spesa a carico per l'insieme delle prestazioni effettuate entro e non oltre 60 giorni dall'Evento; successivamente, verrà calcolata una seconda Quota di spesa a carico per ogni prestazione (vedi lett. a) o per un ulteriore Ciclo di Cura ove ne ricorrano i presupposti (vedi lett. b);

d) in entrambi i casi di cui alle lettere b) e c), qualora le prestazioni rientrino in differenti Massimali (es. Massimale per alta diagnostica e Massimale per visite specialistiche), verrà applicata una Quota di spesa a carico per tutte le prestazioni e, ai fini dell'imputazione al Massimale la quota di spesa verrà detratta pro quota dalle singole prestazioni;

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

Art. 14 – 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.15 – Rinvio alle norme

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

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

Art. 16 – Termini di Aspettativa (Carenze)

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

- per gli Infortuni e l'aborto post-traumatico, dalle ore 24 del giorno di effetto del sussidio;
- per le Malattie (fermo in ogni caso quanto previsto al successivo Art. 17 per quanto riguarda le patologie pregresse) dopo il 30° giorno successivo a quello di effetto del sussidio;
- per il parto dal 270° giorno successivo a quello di effetto del sussidio;

- per le Malattie dipendenti da gravidanza: dal 30° giorno successivo a quello di effetto del sussidio, a condizione che la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo all'effetto del sussidio stesso.

Art. 17 – Pregresse

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

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

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

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

Art. 18 – Esclusioni

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

a. le prestazioni non corredate da prescrizione medica attestante la patologia certa o presunta ovvero l'Infortuni;
b. le prestazioni conseguenti agli Infortuni non documentati da referto di Pronto Soccorso ovvero da specifico accertamento diagnostico (a titolo esemplificativo, TAC, RMN, radiografie) da cui sia chiaramente possibile evincere la data di accadimento dell'infortunio e le conseguenze traumatiche dello stesso.
c. le prestazioni relative a cure odontoiatriche e ortodontiche, salvo specifiche deroghe previste dal sussidio, ovvero che non siano conseguenza di Infortuni odontoiatrico documentato da referto di pronto Soccorso e che abbiano dato luogo ad un Ricovero di durata non inferiore a 48 ore;
d. le prestazioni di routine, controllo nonché i vaccini;
e. le prestazioni conseguenti a suicidio e tentato suicidio;
f. le prestazioni finalizzate all'eliminazione o correzione di difetti fisici e malformazioni preesistenti alla data di adesione del sussidio, ad eccezione degli Interventi per i bambini che non abbiano superato i 5 anni;

g. le prestazioni relative a Malattie mentali ed i disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche;

h. le prestazioni sanitarie e le cure aventi finalità estetica, salvo gli Interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva resi necessari da Malattia o Infortunio rimborsabili, purché effettuate nei 360 giorni successivi all'Intervento e comunque durante la validità del sussidio;

i. Infortuni o Malattie derivanti da dolo dell'Associato;

j. le prestazioni, le terapie e le cure non riconosciute dalla medicina ufficiale, quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, quelle omeopatiche, fitoterapiche, nonché quelle effettuate da medici o paramedici non abilitati all'esercizio dell'attività professionale;

k. i farmaci non riconosciuti dalla Farmacopea Ufficiale;

l. le prestazioni erogate da medici o paramedici abilitati che non siano in possesso di specializzazione medica pertinente con la prestazione erogata;

m. le cure e gli Interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale;

n. l'aborto volontario non terapeutico;

o. i Ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in regime ambulatoriale, purché consentito dallo stato di salute dell'Assistito;

p. le prestazioni conseguenti a reati o ad azioni dolose compiute o tentate dall'Associato. Sono compresi nella garanzia quelle sofferte in conseguenza di imprudenza o negligenza anche gravi dell'Associato stesso;

q. gli Infortuni conseguenti ad assunzione di sostanze psicoattive (stupefacenti, farmaci, sostanze psicotrope), a scopo non terapeutico;

r. gli infortuni causati dallo stato di ebbrezza o di ubriachezza;

s. le Malattie correlate all'abuso di alcool o al consumo di stupefacenti e sostanze psicotrope, assunte non a scopo terapeutico;

t. gli Infortuni conseguenti alla pratica di sport aerei e gare motoristiche in genere o di sport costituenti per l'assistito attività professionale;

u. le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e delle accelerazioni di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.), nonché da campi elettromagnetici;

v. le conseguenze di inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche, movimenti tellurici;

w. i ricoveri causati dalla necessità dell'Associato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché Ricoveri di lunga degenza. In tal senso si intendono Ricoveri di lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Associato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituti di cura per Interventi di carattere assistenziale e fisioterapico di mantenimento.

Art. 19 – Sottoscrizione di più Sussidi

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

Art. 20 – Limiti territoriali

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

Art. 21 – Responsabilità di terzi

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

Art. 22 – Oneri dell'Assistito.

La richiesta di rimborso deve essere corredata da:

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

   Le certificazioni di cui sopra (prescrizione, referto, cartella clinica) dovranno anche indicare, in modo esauriente, la data di prima manifestazione e diagnosi della patologia, ovvero la data di accadimento dell'infortunio.

2) Copia della documentazione di spesa (distinte e ricevute) debitamente quietanzate.

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

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

Art. 23 – Modalità di erogazione delle prestazioni.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nel caso in cui, invece, l'assistito non richieda l'applicazione delle specifiche agevolazioni tariffarie concordate da MBA, la Mutua provvederà al rimborso delle spese come se si trattasse di prestazioni effettuate presso strutture sanitarie/medici/professionisti non convenzionati (vedi lettera b) nei limiti, in ogni caso, delle singole tariffe agevolate concordate da MBA con le strutture/medici/professionisti convenzionati, che sarebbero state

applicate ove l'Assistito ne avesse fatto richiesta così come indicato al primo capoverso della presente lettera c).

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

SEZIONE 4.1.: GARANZIE OSPEDALIERE

4.1.1. RICOVERI CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO

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

A) nei 90 giorni precedenti il Ricovero:

- visite specialistiche ed accertamenti diagnostici;

B) durante il Ricovero nei limiti del Massimale

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'Intervento;
- diritti di sala operatoria e materiale di Intervento (ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'Intervento);
- assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami;
- rette di degenza, al 100% in caso di struttura sanitaria convenzionata e fino ad un sub-massimale di € 250,00 al giorno in caso di struttura non convenzionata (tale sub-massimale si intende raddoppiato per i giorni di degenza effettuati nei reparti di terapia intensiva);
- vitto e pernottamento in Istituto di cura dell'accompagnatore (con un sub-Massimale di € 50,00 al giorno per un massimo di 20 giorni annui).
-

C) nei 90 giorni successivi al Ricovero:

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

Nel caso in cui le prestazioni di cui alla lettera B) del presente art. 4.1.1., vengano effettuate in assistenza diretta presso una Struttura sanitaria convenzionata con la Centrale Salute, non si applicherà nessuna Quota di spesa a carico dell'Associato.

Qualora, invece, le prestazioni di cui lettera B) del presente art. 4.1.1. vengano effettuate in una Struttura non convenzionata con la Centrale Salute, la MBA provvederà al Rimborso delle spese sostenute dall'Associato con applicazione di una **Quota di spesa a carico dell'Associato del 10% con un minimo non rimborsabile di € 1.000,00 ed un massimo non rimborsabile di € 3.000,00 per ogni Evento.**

Nel caso in cui, infine, le prestazioni di cui lettera B) le prestazioni vengano effettuate in strutture del S.S.N. o presso strutture con questo convenzionate, le spese per trattamento alberghiero e/o ticket sanitari verranno rimborsati senza applicazione di alcuna Quota di spesa a carico dell'Associato.

Fermo restando quanto sopra e solo con riferimento alle spese pre e post ricovero di cui alle lettere A) e C) del presente articolo, nel caso vengano effettuate in assistenza diretta presso strutture convenzionate con la Centrale Salute, non si applicherà nessuna Quota a carico dell'Assistito. Analogamente, MBA rimborserà integralmente i ticket sanitari, in caso di spese pre e post ricovero sostenute presso il S.S.N..

Qualora, invece,le stesse di cui alle lettere A) e C) vengano effettuate presso strutture non convenzionate con la Centrale Salute, le spese sostenute dall'Associato saranno rimborsate con una Quota a carico del 10%.

4.1.2. Altri Interventi chirurgici compresi e relativi sub-massimali e quote di spesa a carico dell'Associato

Fermo restando quanto sopra, sono altresì incluse le seguenti prestazioni o Interventi, nei limiti dei sub-massimali omnicomprensivi (applicati in caso di prestazioni effettuate presso strutture convenzionate o non convenzionate o del S.S.N.) di seguito indicati:

1) parto naturale, fino ad un sub-Massimale complessivo per annualità di euro **2.000,00** (è da intendersi escluso il Rimborso delle spese di cui all'art. 4.1.1. lettere A) e C);
2) parto cesareo e aborto terapeutico, fino ad un sub-Massimale complessivo per annualità di euro **2.500,00** (è escluso il Rimborso delle spese di cui al precedente art. 4.1.1. lettere A) e C);
3) prestazioni per la conservazione delle Cellule Staminali fino ad un massimo per annualità di **€ 1.500,00**, da intendersi ricompreso nel sub-Massimale annuo del parto naturale o del parto cesareo;
4) Day hospital con e senza intervento, fino ad un sub Massimale complessivo per annualità di **€ 4.000,00** (ivi comprese le spese di cui al precedente art. 4.1.1. lettere A) e C) con i relativi sub Massimali).
5) Interventi ambulatoriali fino ad un limite di euro **1.500,00** per annualità (ivi comprese le spese di cui al precedenteart. 4.1.1. lettere A) e C) con i relativi sub Massimali);
6) Prestazioni per chirurgia refrattiva ed i trattamenti con laser eccimeri, con un sub-Massimale di **€ 1.000,00** per occhio per annualità, limitatamente a quelli effettuati in caso di ansiometropia superiore atre diottrie e/o in caso di deficit visivo pari o superiore a 3 diottrie per ciascun occhio (ivi comprese le spese di cui al precedente art. 4.1.1. lettere A) e C) con i relativi sub massimali).

Il rimborso delle spese avverrà senza applicazione di quote di spesa a carico dell'Associato.

4.1.3. TRASPORTO SANITARIO

La Mutua MBA, in caso di necessità medica debitamente documentata, rimborsa le spese sostenute dall'Associato per il trasporto sanitario effettuato con i seguenti mezzi: treno, aereo, ambulanza, eliambulanza a e da un Istituto di Cura ad un altro, sino ad un massimo annuo di € 1.100,00 per il trasporto in Italia, elevato a € 2.000,00 per il trasporto all'estero.

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

ricoverato.

4.1.4. INDENNITÀ SOSTITUTIVA - alternativa all'Indennità integrativa di cui al successivo punto 4.1.5.
Nel caso in cui l'Associato, a seguito di Ricovero/Day Hospital con o senza intervento garantito dal presente Regolamento, non richieda alcun Rimborso in virtù del presente sussidio, la Mutua corrisponderà un'Indennità per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della Malattia, dell'Infortunio, del parto dell'aborto terapeutico.

L'Indennità sarà pari ad € 120,00 e verrà erogata per ogni pernottamento in caso di Ricovero, ovvero giorno di degenza in caso di Day-hospital, fermo restando il limite di 90 giorni per ciascuna annualità.

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

4.1.5. INDENNITÀ INTEGRATIVA - alternativa all'Indennità Sostitutiva di cui al precedente punto 4.1.4.
Nel caso in cui l'Associato, a seguito di Ricovero/Day Hospital con o senza intervento, garantito nei termini del presente Regolamento, non richieda alcun Rimborso a carico del presente sussidio, la Mutua corrisponderà un'indennità per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della Malattia, dell'Infortunio, del parto e dell'aborto terapeutico.

L'indennità sarà pari ad € 60,00 e verrà erogata per ogni pernottamento in caso di Ricovero, ovvero giorno di degenza in caso di Day-hospital, fermo restando il limite massimo di 45 giorni per ciascuna annualità.

Qualora l'Associato richieda la presente Indennità integrativa, potrà richiedere il Rimborso anche delle spese di cui alle lettere A) e C) ci sui all'art. 4.1.1. eventualmente sostenute e riferibili al medesimo Ricovero/Day Hospital fermi gli eventuali sub limiti indicati nel medesimo articolo.

Il rimborso delle prestazioni di cui alle lettere A) e C) è inoltre previsto anche per i Ricoveri/Day Hospital di cui all'art. 4.1.2, fermo in ogni caso restando l'applicazione dei sub limiti indicati nel medesimo art. 4.1.2.

Nel caso in cui le prestazioni di cui alle citate lettera A) e C) vengano effettuate in assistenza diretta presso una Struttura sanitaria convenzionata con la Centrale Salute non si applicherà nessuna quota di spesa a carico dell'Associato.

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

Nel caso di utilizzo di Strutture del Servizio Sanitario Nazione, saranno rimborsate integralmente le spese per ticket sanitari.

4.1.6.Massimale annuo

Il Massimale annuo erogabile per il complesso degli eventi e prestazioni indicati dal punto 4.1.1. al 4.1.5 .è pari alla somma complessiva di € 100.000,00 per Nucleo Familiare.

SEZIONE 4.2.: GARANZIE EXTRAOSPDALIERE

4.2.1. ALTA DIAGNOSTICA E TERAPIE

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

a) 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

b) TERAPIE

- Dialisi
- Chemioterapia
- Radioterapia
- Laserterapia

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

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

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

4.2.2. Diagnostica Animale domestico

L'Associato potrà scegliere di utilizzare un importo massimo **annuo di € 100,00** (rientrante nel Massimale di cui all'art. 4.2.3.), per richiedere a MBA il Rimborso delle spese sostenute per le seguenti prestazioni diagnostiche in favore dell'Animale domestico facente parte del proprio Nucleo Familiare: radiografie, ecografie, endoscopia, Tomografia computerizzata, risonanza magnetica, elettrocardiografia.

Le spese di cui sopra saranno rimborsate dalla MBA senza Quote di spesa a carico dell'Assistito.
Sono in ogni caso escluse dal Rimborso le visite specialistiche di qualsiasi natura in favore dell'Animale domestico.

4.2.3. Massimale annuo di rimborsi erogabili

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

4.2.4. VISITE SPECIALISTICHE ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

MBA, **entro il Massimale annuo** di cui all'Art. 4.2.5., in caso di Malattia o di Infortunio rimborsabile ai sensi del presente sussidio, anche in assenza di Ricovero od Intervento chirurgico, su prescrizione medica indicante la motivazione clinica, provvede al Rimborso delle spese per Visite mediche specialistiche ed accertamenti diagnostici.

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

Le spese sostenute per prestazioni effettuate, in assistenza diretta, in Struttura Sanitaria Convenzionata con la Centrale Salute, saranno rimborsate con applicazione di una Quota di spesa a carico dell'Associato del 10% e con un minimo non

rimborsabile di € 30,00 per prestazione, fermo restando il Massimale annuo di cui al punto 4.2.5.

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

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

4.2.6. Ticket Sanitari
Qualora l'Associato effettui le prestazioni di cui all'art. 4.2.1. (esami di alta diagnostica o terapie) ovvero quelle di cui all'Art. 4.2.4. (visite specialistiche ed accertamenti diagnostici) ricorrendo al Servizio Sanitario Nazionale, la Mutua MBA provvede all'integrale Rimborso delle spese per i **ticket sanitari** nei limiti dei massimali di cui all'art. 4.2.3 o 4.2.5., in ragione della prestazione effettuata.

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

4.2.7. CURE ODONTOIATRICHE
La Mutua MBA provvede al rimborso delle spese per cure odontoiatriche entro **il limite massimo annuale di € 150,00 per Nucleo Familiare.**

Le spese sostenute per prestazioni effettuate, in assistenza diretta, in Struttura Sanitaria/odontoiatrica Convenzionata con la Centrale Salute, saranno rimborsate con applicazione di una Quota di spesa a carico dell'Associato del 10%, fermo restando il Massimale annuo di cui sopra.

Qualora le prestazioni di cui sopra siano effettuate in struttura sanitaria/odontoiatrica non convenzionata con la Centrale Salute, le spese sostenute dall'Associato saranno rimborsate da MBA con applicazione di una quota di spesa a carico dell'Associato del 20%.

Qualora l'Associato effettui le prestazioni di cui al presente ricorrendo al Servizio Sanitario Nazionale, la Mutua MBA provvede all'integrale Rimborso delle spese per i **ticket sanitari** sempre nei limiti dei massimali di cui al primo comma del presente art. 4.2.7.

Unitamente alla richiesta di Rimborso, l'Associato dovrà presentare il piano di cure predisposto dallo studio odontoiatrico che ha eseguito le stesse, dal quale risultino i denti trattati e le motivazioni cliniche del trattamento, con indicazione del dente trattato per arcata e numero. Altresì dovrà indicarsi, qualora previsto, il periodo massimo di trattamento che il medico ritenga opportuno per la conclusione della cura sullo stesso dente.

SEZIONE 4.3.: PREVENZIONE

4.3.1. PACCHETTO GRAVIDANZA

La Mutua riconosce il Rimborso delle spese sanitarie sostenute dall'Associato nel periodo di gravidanza (ferme restando le previsioni di cui all'art. 15, Sez. 3) per visite di controllo, ecografie, monitoraggio dello sviluppo del feto, analisi di laboratorio, translucenza nucale e qualsiasi tipo di accertamento relativo allo stato di gravidanza e di salute della mamma **sino ad un massimo annuo di € 150,00 per Nucleo Familiare e senza Quote di spesa a carico dell'Associato,** sia se effettuate presso strutture convenzionate che non convenzionate e anche se effettuate presso il SSN .

4.3.2. CHECK UP PROSTATICO/MAMMARIO (rimborso ticket sanitari)

La Mutua MBA rimborserà le spese effettuate presso strutture del SSN sostenute dall'Associato per i **ticket sanitari** relativi alle prestazioni a scopo di prevenzione indicate ai punti 1) e 2) che seguono.

MBA provvede al rimborso delle spese per i suddetti ticket entro il **Massimale annuo per Nucleo Familiare di € 100,00 e con applicazione di una quota di spesa a carico dell'Assistito di € 20,00 per ogni evento.**

1) Check Up Prostatico:

- Emocromocitometrico e morfologico (Hb, GR, GB, piastrine, indici eritrocitari der. F.L.);
- Velocità di sedimentazione delle emazie;
- Glicemia;
- Azotemia;
- Creatininemia;
- Colesterolo HDL e LDL;
- Colesterolo totale o colesterolemia;
- Transaminasi glutammico ossalacetica (GOT) e glutammico piruvica (GPT);
- Urine, esame chimico e microscopico completo;
- Antigene prostatico specifico (PSA);
- Ecografia prostatica e vescicale sovra pubica.

2) Check up Mammario:

- Emocrocitometrico e morfologico (Hb, GR, GB, piastrine, indici eritrocitari der. F.L.);
- Velocità di sedimentazione delle emazie;
- Glicemia;
- Azotemia;
- Creatininemia;
- Colesterolo HDL e LDL;
- Colesterolo totale o colesterolemia;
- Transaminasi glutammico ossalacetica (GOT) e glutammico piruvica (GPT);

- Urine, esame chimico e microscopico completo;
- Citologia per diagnostica tumorale (Pap Test) o citologico endocervicale – più striscio batteriologico vaginale;
- Mammografia bilaterale.

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

4.4.1. NORME GENERALI

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

4.4.2. SOSTEGNO ECONOMICO PER PERDITA ANNO SCOLASTICO

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

Il Sostegno Economico sarà riconosciuto a condizione che:

1. Il figlio risulti regolarmente iscritto in una scuola primaria, secondaria di primo grado o secondaria di secondo grado, pubblica o privata e legalmente riconosciuta;
2. l'impossibilità a frequentare la scuola sia stata diretta conseguenza di un Intervento chirurgico – a seguito di Infortunio o Malattia- che abbia comportato una degenza non inferiore a quindici (15) giorni;
3. l'impossibilità a frequentare la scuola, quale conseguenza diretta dell'Evento di cui al precedente punto 2), si sia protratta per un periodo di tempo non inferiore a 60 giorni consecutivi, in ragione del Ricovero e/o della Convalescenza comprovata da documentazione e prescrizione medica;

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

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

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

4.4.3. SOSTEGNO ECONOMICO PER PREMORIENZA DEL TITOLARE DEL SUSSIDIO

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

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

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

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

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

SEZIONE 4.5.: LONG TERM CARE

4.5.1. LONG TERM CARE- riservata esclusivamente all'associato/ titolare del sussidio

La garanzia relativa alle cure denominata "Long Term Care", **è riservata esclusivamente all'associato – titolare del sussidio** – e si attiva in relazione all'insorgenza di eventi imprevisti ed invalidanti dell'Associato stesso, derivanti sia da Infortunio che da Malattia, tali da comportare uno stato di non autosufficienza per il quale l'Associato non può svolgere autonomamente le attività elementari della vita quotidiana.

Altresì, ai fini dell'erogazione della presente garanzia, è necessario che lo stato di non autosufficienza sia conseguenza di infortunio e/o malattia occorsi/insorti durante la vigenza del presente Sussidio, fermo restando che per i casi di non autosufficienza conseguente a stati patologici manifestati, diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati prima della data della data di adesione al presente Sussidio è da intendersi esclusa l'attivazione della presente garanzia (ex art. 17 Sez. 3).

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, **fermo restando che lo stato di non autosufficienza si sia manifestato nel periodo di validità del Sussidio e non prima della data di adesione**.

Lo stato di non autosufficienza verrà valutato secondo il criterio del punteggio (Art. 4.5.3.), ossia ad ognuna delle attività elementari della vita quotidiana verrà assegnato un punteggio da 0 a 10.

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

- **modulo di richiesta di Rimborso**
  (scaricabile nell'area riservata del sito della MBA o richiedibile alla Centrale Salute)

- **diagnosi e/o patologia**
  certificato del medico curante attestante l'insorgere della non autosufficienza corredata dalla tabella dei punteggi (scaricabile dall'area riservata nel sito della MBA o richiedibile alla Centrale Salute) compilata dal medico curante

- **relazione medica sulle cause della perdita di autosufficienza**

- **documentazione sanitaria** (Cartelle Cliniche, relazioni mediche, accertamenti diagnostici utili alla valutazione del quadro clinico)

- ogni altro documento che fosse necessario per attestare l'insorgenza dello stato di non autosufficienza.

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

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

L'accertamento con esito positivo dello stato di non autosufficienza dà diritto, a decorrere dalla data della richiesta derivante dallo stato di non autosufficienza, al Rimborso di tutte le spese sanitarie e assistenziali sostenute (nel caso di pagamento in forma diretta si rimanda all'art. 4.5.4.), strettamente collegate allo stato di non autosufficienza, entro un **limite massimo di € 150,00** per singolo mese di riferimento delle spese.

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

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

In ogni caso, lo stato di non autosufficienza è soggetto a verifica e revisione ogni 12 mesi o a intervalli più frequenti qualora il comitato medico lo reputi opportuno.

Pertanto, la MBA avrà diritto di richiedere accertamenti medici che attestino la permanenza dello stato di non autosufficienza e qualora l'accertamento evidenzi il recupero della autosufficienza, comunicherà all'assistito la sospensione ovvero la revoca definitiva delle

prestazioni, con diritto al Rimborso delle eventuali somme erogate dopo la data del recupero dell'autosufficienza.

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

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

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

Art. 4.5.2. Definizione dello stato di non autosufficienza
È definita persona non autosufficiente la persona che risulti incapace, tendenzialmente in modo permanente e comunque per un periodo superiore a 90 giorni, di svolgere in tutto o in parte alcune attività elementari della vita quotidiana:

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

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

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

Art. 4.5.3. Tabella Punteggi
(Tabella per l'accertamento dello stato di non autosufficienza)

Lavarsi
1° grado
l'Assistito è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo:
punteggio 0

2° grado

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

3° grado
l'Assistito necessita di assistenza per entrare e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno:
punteggio 10

Vestirsi e svestirsi
1° grado
l'Assistito è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo:
punteggio 0

2° grado
l'Assistito necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi o per la parte superiore o per la parte inferiore del corpo:
punteggio 5

3° grado
l'Assistito necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi sia per la parte superiore che per la parte inferiore del corpo:
punteggio 10

Igiene personale
1° grado
l'Assistito è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti
gruppi di attività identificati con (1), (2) e (3):
(1) andare al bagno
(2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi
(3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno:
punteggio 0

2° grado
l'Assistito necessita di assistenza per almeno 1 o al massimo 2 dei suindicati gruppi di attività:
punteggio 5

3° grado
l'Assicurato necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività:
punteggio 10

Mobilità
1° grado
l'Assistito è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza assistenza di terzi:

punteggio 0

2° grado
l'Assistito necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici, come ad esempio la sedia a rotelle o le stampelle. È però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto:
punteggio 5

3° grado
l'Assistito necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi:
punteggio 10

Continenza
1° grado
l'Assistito è completamente continente:
punteggio 0

2° grado
l'Assistito presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno:
punteggio 5

3° grado
l'Assistito è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come pannoloni, catetere o colostomia:
punteggio 10

Alimentazione
1° grado
l'Assistito è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti:
punteggio 0

2° grado
l'Assistito necessita di assistenza per 1 o più delle seguenti attività:
- sminuzzare/tagliare i cibi;
- sbucciare la frutta;
- aprire contenitore/una scatola;
- versare bevande nel bicchiere:

punteggio 5

3° grado
l'Assistito non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale:
punteggio 10.

4.5.4. Modalità di attivazione garanzia in forma diretta

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

In particolare, l'Associato, una volta accertato lo stato di non autosufficienza sulla base dei criteri determinati dall'art. 4.5.3., potrà richiedere l'erogazione in forma diretta delle prestazioni di assistenza (quali ad esempio, infermiere, fisioterapista, badante, così come accertamenti, cure e Ricoveri riconducibili e strettamente collegati allo stato di non autosufficienza concordati tra l'Associato o un suo delegato o il medico curante e la Centrale Salute), nei limiti del Massimale di cui all'art. 4.5.1., comunicandolo alla Centrale Salute le procedure specificamente previste e consultabili nell'area riservata del portale MBA.

Pertanto, qualora l'Associato decida di avvalersi di una struttura e/o professionista convenzionato e di richiedere l'erogazione in forma diretta delle prestazioni della presente Sezione, la MBA procederà a rimborsare direttamente alla struttura/professionista le spese per le prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali erogate ed espressamente autorizzate dalla Centrale Salute, nei limiti previsti dall'art. 4.5.1.

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

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