



Regolamento del Sussidio “AUXILIUM PLATINUM”

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 Gennaio 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
Sezione A - LTC PERMANENTE	18
Sezione B - ASSISTENZA IN LTC	21
Sezione C - INDENNITÀ SOSTITUTIVA	23
Sezione D - AIUTI ALLA FAMIGLIA	27
Sezione E - TELEMEDICINA	28
Sezione F - BANCA DELLE VISITE	29
Sezione G - CONSULENZA	31
Sezione H - BENESSERE E SALUTE	32
Sezione I - CARE GIVER - SALUTE	32
Sezione L - CARE GIVER - Rapporto con i parametri ISEE	36
Sezione M - SUSSIDIO DI STABILITA'	40
Sezione N - CONTRIBUTO ANNUO ALLA MUTUA	41
Allegato 1 - Tabella dei Punteggi (per la Determinazione del Grado di Non Autosufficienza)	42
Allegato 2 - Elenco dei Grandi Interventi Chirurgici	44

Sezione 1.: Definizioni

Assistenza Diretta: modalità di erogazione del servizio in base alla quale le prestazioni previste dal presente Sussidio sono effettuate presso strutture sanitarie utilizzando personale medico (e/o sanitario) ambedue convenzionati con MBA, per il tramite di CoopSalute S.C.p.A, 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'Assistito ove previste). L'Assistenza diretta è sempre subordinata all'Autorizzazione alla Presa in Carico (PIC). L'elenco delle Strutture è presente e consultabile nell'Area Riservata di MBA.

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

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

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

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

Caregiver: figlio, coniuge/convivente, zio/a, cugino/a di primo grado, inteso come colui che gratuitamente, ed essendo legato da vincoli di reciproca affettività, aiuta un proprio congiunto non più autosufficiente, a causa dell'età avanzata oppure di patologie croniche invalidanti, e svolge compiti di cura nei confronti dello stesso.

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

Cartella Clinica: documento ufficiale ed atto pubblico redatto durante il ricovero, diurno o con pernottamento, contenente le generalità per esteso, diagnosi all'ingresso, diagnosi alla dimissione, anamnesi patologica prossima e remota completa di tutti i riferimenti cronologici rispetto alla diagnosi di ingresso, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, atto operatorio, esami e diario clinico. In quanto atto pubblico non è ammessa alcuna alterazione ovvero alcuna modifica, aggiunta o cancellazione successiva alla formazione dell'atto medesimo - anche se protese al ripristino della verità dei fatti in esso contenuti - se non da parte dello stesso pubblico ufficiale che l'ha formata, specificando le esatte ragioni dell'annotazione postuma.

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

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

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

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 una unica richiesta di rimborso.

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

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

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

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

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

Decadenza: termine massimo entro il quale presentare la documentazione ai fini dell'Assistenza Indiretta (rimborso). La mancata o incompleta presentazione della documentazione entro 120 giorni dall'evento, determina l'impossibilità di procedere all'erogazione del rimborso.

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

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

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

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

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

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

Guida Operativa per l'accesso ai servizi e alle prestazioni: è il documento complementare e parte integrante del presente Sussidio che illustra tempi, documentazione necessaria e modalità di accesso ai servizi e ai rimborsi sia in forma di Assistenza Diretta che in forma di

Assistenza Indiretta. La Guida Operativa è sempre consultabile nell'Area Riservata dell'Associato presente sul sito di MBA www.mbamutua.org oppure rinvenibile contattando direttamente il Back Office di MBA o il proprio promotore di riferimento.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Intervento chirurgico: l'atto medico, con diretta finalità terapeutica realizzato mediante cruentazione dei tessuti, e mediante l'uso di strumenti chirurgici e/o idonee apparecchiature. Si considera Intervento chirurgico anche la riduzione incruenta di fratture. Sempre che non sia diversamente regolato all'interno della specifica garanzia sul presente Sussidio, sono considerati interventi chirurgici anche gli accertamenti diagnostici invasivi, intendendosi per tali quelli che comportano il prelievo di tessuti per l'espletamento di indagini istologiche, quelli che comportano l'introduzione di cateteri, strumenti ottici o aghi 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: epoca in cui si manifesta la malattia con sintomi oggettivi, indipendentemente dalla diagnosi/accertamento della stessa.

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

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

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

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

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

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

Quote di spesa a carico dell'Associato: importi di spesa che rimangono a carico dell'Associato espressi in percentuale e/o in quota fissa.

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

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

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

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

Sezione 2: Norme Generali che regolano il Sussidio

Art. 1 - Oggetto

Oggetto del presente Sussidio è il rimborso delle spese sanitarie, ovvero l'erogazione delle prestazioni, sostenute dagli Associati in conseguenza di uno stato di non autosufficienza derivante da Infortunio o Malattia, per eventi verificatisi nel corso di validità del presente Sussidio.

Art. 2 - Persone Associate

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

Indicando i nominativi dei propri familiari, l'Associato autocertifica con riferimento agli stessi il rispetto dei requisiti di cui al presente Sussidio e al Regolamento Applicativo (art. 22 cit.), per beneficiare delle garanzie. E' altresì necessario comunicare tempestivamente alla Mutua eventuali modificazioni del Nucleo Familiare in corso di validità del Sussidio (vedi Art. 4).

Per nucleo si intendono, oltre al titolare del Sussidio, il coniuge/partner unito civilmente ed il convivente more uxorio, nonché i figli fino a 26 anni di età, quest'ultimi anche se non residenti.

Sono inoltre inclusi nel Nucleo Familiare i figli oltre i 26 anni di età, conviventi con il titolare del Sussidio a condizione che questi ultimi siano fiscalmente a carico (a tal fine, al momento dell'adesione, dovrà essere presentata apposita autocertificazione in merito) oppure versino in uno stato di invalidità superiore al 66% (a tal fine, al momento dell'adesione, dovrà essere presentata idonea certificazione in merito).

E' equiparato al convivente more uxorio anche il convivente dello stesso sesso dell'Associato a condizione che gli stessi siano uniti da reciproci vincoli affettivi, che non vi sia parentela in linea retta entro il primo grado, affinità in linea retta entro il secondo grado, adozione, affiliazione, tutela, curatela o amministrazione di sostegno e che convivono stabilmente e si prestino assistenza e solidarietà materiale e morale.

Art. 3 - Limiti di età

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 di età a condizione che l'Associato 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 Associati che abbiano già compiuto i 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.

Le prestazioni previste dal presente Sussidio sono messe a disposizione degli Associati senza alcun limite di età in uscita.

Art. 4 - Variazione del Nucleo Familiare

Qualora sia prevista l'inclusione del Nucleo Familiare, l'Associato deve comunicare immediatamente le variazioni del proprio stato Familiare ad MBA in forma scritta, entro e non oltre 60 giorni dall'avvenuta variazione (es. nascita, matrimonio). In tal caso l'inclusione dei nuovi Associati decorrerà dalla data dell'evento.

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

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

Art. 5 – Durata del Sussidio e tacito rinnovo

Il presente Sussidio ha durata di tre anni decorrenti dal giorno di cui all'art. 9. In mancanza di comunicazione di non rinnovo, inviata mediante lettera raccomandata A/R o posta elettronica certificata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza triennale, il Sussidio sanitario s'intenderà rinnovato, di anno in anno, con obbligo di pagamento del contributo aggiuntivo e delle quote associative previste così come disciplinato dallo Statuto di MBA.

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

Art. 6 – Obblighi contributivi dell'Associato

In caso di mancato versamento dei relativi contributi e fermo quanto previsto all'art. 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, ai fini di ottenere il Rimborso delle spese, comportano la perdita totale o parziale del diritto al pagamento della somma dovuta dalla Mutua in caso di Evento rimborsabile in base al presente Sussidio.

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

Art. 8 – Sussidio a favore di terzi

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

Art. 9 – Pagamento del contributo e decorrenza del Sussidio

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

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

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

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

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

Art. 10 – Comunicazioni e modifiche

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

Art. 11 – Risoluzione delle Controversie

A fronte di ogni eventuale controversia che dovesse insorgere tra l'Associato 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 di validità del Sussidio, salvo casi specifici dove viene espresso diversamente nelle singole garanzie.

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

Tutti i Massimali e sub-Massimali previsti dal presente Sussidio saranno pertanto da intendersi per 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 riconosciute 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 garanzie decorrono:

- per gli Infortuni e l'aborto post-traumatico: dalle ore 24 del giorno di effetto del Sussidio;
- per le conseguenze di malattie non conosciute dall'Associato ma insorte anteriormente alla data di effetto del presente Sussidio: dal **180° giorno**;
- per le Malattie: dal 30° giorno successivo a quello di effetto del Sussidio;
- per le Malattie di Alzheimer e Parkinson: dal 5° anno successivo a quello di effetto del Sussidio.

I suddetti termini di carenza non agiscono nel caso di provenienza senza soluzione di continuità da precedente e diverso Sussidio MBA; lo stesso in caso di provenienza da precedente altra Mutua o Cassa o Fondo di Assistenza Sanitaria integrativa o Compagnia di Assicurazioni, purché si fornisca idonea certificazione dalla quale si evinca la continuità del periodo di copertura rispetto alla decorrenza (data di effetto) del presente Sussidio.

Art. 18 – Pregresse

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

Altresì si intenderanno escluse tutte le garanzie oggetto del presente Sussidio attivate in conseguenza di malattie manifestate, diagnosticate, sottoposte ad accertamenti o curate prima della data di attivazione del presente Sussidio.

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

Nel solo caso in cui il Sussidio di provenienza preveda l'inclusione delle pregresse oppure preveda il riconoscimento delle pregresse decorsi tre anni ininterrotti di attivazione del Sussidio, l'esclusione delle prestazioni conseguenti a 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.

Tutto quanto riportato nel presente articolo è da intendersi valido anche per la figura del Caregiver, opportunamente definito.

Art. 19 - Esclusioni

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

- a. le prestazioni non corredate da prescrizione medica attestante la diagnosi di patologia o quesito diagnostico (se patologia ancora da accertare);
- b. le prestazioni conseguenti agli Infortuni non documentati da referto di Pronto Soccorso Ospedaliero o di Struttura convenzionata con il SSN, o di Unità Medica di Primo Soccorso presente nel luogo dell'infortunio da cui sia chiaramente possibile evincere la data di accadimento dell'infortunio e le conseguenze traumatiche dello stesso. Sono escluse le conseguenze di eventi ove manchi l'esteriorità della causa come gli sforzi e gli atti di forza ossia l'impiego di energie muscolari concentrate nel tempo che esorbitano (sforzo) o meno (atto di forza) per intensità dalle ordinarie abitudini di vita dell' iscritto.
- c. le prestazioni relative o finalizzate a cure odontoiatriche, salvo specifiche deroghe previste dal Sussidio;
- d. le prestazioni di routine, controllo, prevenzione nonché i vaccini (sia l'acquisto del farmaco che l'infusione/somministrazione);
- e. le prestazioni conseguenti a suicidio e tentato suicidio;
- f. le prestazioni derivanti o finalizzate all'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla data di effetto del Sussidio, ad eccezione degli Interventi sui bambini che non abbiano superato i 5 anni di età;
- g. le prestazioni relative a malattie mentali ed i disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche;

- h. le prestazioni sanitarie e le cure aventi finalità estetica e dietologica, salvo gli Interventi di chirurgia plastica o stomatologica limitatamente agli aspetti ricostruttivi di natura oncologica riferiti alla sede della neoformazione maligna se resi necessari da malattia, ed in caso di infortunio indennizzabile, limitatamente alla sede dell'apparato oggetto del trauma, purché effettuati nel 360 giorni successivi all'intervento e comunque durante la validità del Sussidio;
- i. Infortuni o Malattie derivanti da dolo dell'Associato;
- j. le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale, quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, quelle omeopatiche, fitoterapiche, nonché quelle effettuate da medici o paramedici non abilitati all'esercizio dell'attività professionale;
- k. i farmaci non riconosciuti dalla Farmacopea Ufficiale;
- l. le prestazioni erogate da medici o paramedici abilitati che non siano in possesso di specializzazione medica pertinente con la prestazione erogata e rispetto alla diagnosi/quesito diagnostico per il quale la prestazione è erogata;
- m. le prestazioni erogate da professionisti non in possesso di regolare iscrizione all'Albo o abilitazione laddove prevista dalla normativa italiana.
- n. le cure e gli interventi chirurgici finalizzati al trattamento dell'infertilità (ad ovviare allo stato di infertilità) e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale;
- o. l'aborto volontario non terapeutico;
- p. i Ricoveri durante i quali vengono compiuti interventi e/o solamente accertamenti e/o terapie fisiche che, per loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in regime ambulatoriale, purché consentito dallo stato di salute dell'Associato;
- q. le prestazioni conseguenti a reati o ad azioni dolose compiute o tentate dall'Associato. Sono compresi nella garanzia quelle sofferte in conseguenza di imprudenza o negligenza anche gravi dell'Associato stesso;
- r. gli Infortuni conseguenti ad assunzione di sostanze psicoattive (stupefacenti, farmaci, sostanze psicotrope), a scopo non terapeutico;
- s. gli Infortuni causati dallo stato di ebbrezza o di ubriachezza;
- t. le Malattie correlate all'abuso di alcool o al consumo di stupefacenti e sostanze psicotrope, assunte non a scopo terapeutico;
- u. gli Infortuni conseguenti alla pratica di attività ludiche pericolose o sport estremi o sport aerei in genere (tra cui il volo da diporto o sportivo con deltaplani, ultraleggeri, paracadutismo, parapendio, pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali in genere, rafting, speleologia, salti dal trampolino con sci o idrosci, tutti controllati da corde elastiche, sci acrobatico o estremo, alpinismo con scalata di rocce o ghiaccio di grado superiore al terzo della scala U.I.A.A., discesa con slittino da gara, rugby, football americano, hockey, immersioni con autorespiratore, etc.) o gare motoristiche e/o motonautiche o sport in genere costituenti per l'Associato attività professionale (gare,

prove e allenamenti) anche non prevalente per impegno temporale a qualsiasi altra occupazione;

- v. le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati dalle accelerazioni di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, etc.), nonché da campi elettromagnetici;
- w. le conseguenze di inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche, movimenti tellurici;
- x. i ricoveri causati dalla necessità dell'Associato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché Ricoveri di lunga degenza. In tal senso si intendono Ricoveri di lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Associato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituti di cura per Interventi di carattere assistenziale e fisioterapico di mantenimento;
- y. eventi per i quali sia configurabile la responsabilità di terzi; fatto salvo quanto previsto nel precedente art.15;
- z. spese per il trasporto del plasma.

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

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

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

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

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

Art. 21 – Tempi di rimborso

a. Prestazioni effettuate in Assistenza Diretta presso Strutture/professionisti convenzionati con la Centrale Salute.

Le spese relative alla prestazione erogata in Assistenza Diretta presso Strutture/professionisti convenzionati con la Centrale Salute verranno corrisposte 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.

PREMESSA:

Tutte le prestazioni previste dal presente Sussidio si attivano dal momento in cui è stato riconosciuto ed accertato lo stato di non autosufficienza, ad esclusione delle garanzie riportate nella sezione *Benessere e Salute*.

Si precisa, inoltre, che qualora l'Associato riceva il contributo economico previsto ai sensi del presente regolamento per la non autosufficienza e per il tempo massimo pari a:

- ❖ 5 anni in caso di Assistenza domiciliare (Badante, Operatore Socio Sanitario, Contributo RSA) per non autosufficienza dovuta a infortunio o malattia;
- ❖ 7 anni in caso Assistenza domiciliare (Badante, Operatore Socio Sanitario, Contributo RSA) per non autosufficienza dovuta a patologie degenerative (a titolo di esempio: Parkinson, Alzheimer);
- ❖ 12 mesi in caso di non autosufficienza temporanea inferiore a dodici mesi;

il sussidio cesserà automaticamente alla prima scadenza utile.

SEZIONE A.: LONG TERM CARE PERMANENTE

A.1. LONG TERM CARE

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

Lo stato di non autosufficienza verrà valutato secondo il criterio del punteggio (A1. e Allegato 1 "Tabella dei Punteggi") ossia, ad ognuna delle attività elementari della vita quotidiana verrà assegnato un punteggio da 0 a 10 da parte di un comitato medico nominato da MBA.

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

In particolare dovrà essere comunicata ad MBA la seguente documentazione:

- Modulo di richiesta di rimborso (scaricabile dalla sezione personale del sito di 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 dalla sezione

18

personale del sito di 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 etc.) utile alla valutazione del quadro clinico;
- Ogni altro documento che MBA ritenga necessario produrre per attestare l'insorgenza dello stato di non autosufficienza.

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

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

MBA, in ogni caso, ha la facoltà di procedere, eventualmente alla presenza del Medico curante dell'Associato, a controlli presso il beneficiario ed, in particolare, di farlo esaminare da un Medico di sua scelta. Potrà inoltre richiedere l'invio di ogni documento che ritenga necessario per valutare il suo stato di salute.

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

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

MBA ha facoltà di richiedere, con cadenza annuale, certificazione di permanenza in vita del beneficiario.

A.1.1. 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 MBA, sulla base di una valutazione del proprio Comitato Medico, accerta il grado di autonomia della persona e assegna un punteggio secondo la tabella di valutazione Punteggi (Allegato 1).

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

L'accertamento con esito positivo dello stato di non autosufficienza dà diritto, a decorrere dalla data della richiesta derivante dallo stato di non autosufficienza, al rimborso di tutte le spese sanitarie e assistenziali sostenute sia nella Forma Diretta che Indiretta o presso SSN e strettamente collegate allo stato di non autosufficienza (importi cumulabili per la medesima tipologia di prestazione eventualmente riconosciuta ai sensi di altro Sussidio attivato per il tramite di MBA), quali:

- Assistenza domiciliare (Badante, Operatore Socio Sanitario, Contributo RSA) per non autosufficienza dovuta ad infortunio o malattia: entro un massimale di **€ 1.500,00 al mese**, massimo per **5 anni**;
- Assistenza domiciliare (Badante, Operatore Socio Sanitario, Contributo RSA) per non autosufficienza dovuta a patologie degenerative (a titolo di esempio: Parkinson, Alzheimer): entro un massimale di **€ 1.700,00 al mese**, massimo per **7 anni**;
- Fast Economic Help: **3 mesi anticipati**;
- LTC temporanea inferiore a dodici mesi: entro un massimo di **€ 200,00 al mese** massimo per **12 mesi**;
- Spese per adeguamento dell'immobile: fino ad un massimale di **€ 4.000,00** corrisposto *una tantum*;
- Sostegno psicologico: entro un massimo di **€ 100,00 al mese** e massimo **€ 400,00 all'anno**;
- Parere di una terza parte medica: **1 volta** (le ulteriori indagini restano a carico dell'Associato).

L'Associato, entro 60 giorni dall'accertamento dello stato di non autosufficienza, dovrà inviare ad MBA l'apposito modulo compilato con l'indicazione della figura del Caregiver. E' data la possibilità, nel corso della durata della non autosufficienza, di designare una nuova figura di Caregiver, differente dalla prima. Il Caregiver subentrante potrà beneficiare delle garanzie previste nelle sezioni a lui dedicate, a meno di quelle prestazioni eventualmente già utilizzate dal Caregiver uscente.

Le prestazioni di cui sopra saranno garantire da MBA, permanendo lo stato di non autosufficienza e fermo restando il regolare versamento dei contributi dovuti o per il minor tempo intercorso qualora dovesse venir meno, per qualsivoglia motivo, lo stato di non autosufficienza ovvero qualifica di socio.

Ai fini del rimborso delle spese di cui al presente punto A.1.1., l'Associato dovrà fornire ad MBA la documentazione comprovante la data, il costo e l'oggetto della prestazione di cui è presentata domanda di rimborso (fatture, certificato medico etc.).

A.1.2. Modalità di attivazione garanzia in forma Diretta

Fermo restando quanto sopra, MBA mette a disposizione degli Associati un Network di Strutture e professionisti Convenzionati a cui poter accedere per le prestazioni previste dalla presente Sezione "Long Term Care".

L'Associato, una volta accertato lo stato di non autosufficienza sulla base del punteggio raggiunto, potrà richiedere l'erogazione in forma Diretta delle prestazioni sanitarie e di assistenza domiciliare (quali ad esempio, OSS, badante etc.) riconducibili e strettamente collegati allo stato di non autosufficienza, nei limiti dei Massimali di cui al punto A1.1. dietro espressa Autorizzazione alla Presa in Carico da parte della Centrale Salute (a tal proposito si rimanda alle procedure previste e consultabili nell'area riservata del portale MBA).

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, 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.

In nessun caso, la Struttura Sanitaria e/o il professionista Convenzionato/a, potrà promuovere a qualsiasi titolo azione di rivalsa nei confronti dell'Associato, salvo che per i crediti relativi a spese non previste ai sensi del presente Regolamento, per la parte eccedente il massimale dei rimborsi previsti o per tutte le spese non espressamente autorizzate dalla Centrale Salute.

SEZIONE B.: ASSISTENZA IN LTC

B.1 CURE TERMALI

La Mutua MBA riconosce, all'Associato per il quale è stato accertato lo stato di non autosufficienza, il rimborso delle spese sostenute per Cure termali (ad esclusione delle spese di natura alberghiera), in misura pari ad **€ 70,00 al mese, entro il massimale annuo di € 400,00.**

MBA provvederà al rimborso delle prestazioni di cui sopra sia se effettuate presso un Centro Convenzionato con la Centrale Salute (**Assistenza Diretta e Indiretta in Network**) sia presso un Centro non Convenzionato con la Centrale Salute (**Assistenza Indiretta fuori Network**), sia se effettuate presso **Strutture del S.S.N. o presso Strutture con questo Convenzionate (ticket sanitari).**

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 ad 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.

Le spese devono essere effettuate da personale medico o paramedico abilitato o presso Istituti autorizzati all'esercizio delle attività sanitarie termali. Non rientrano in copertura quindi, prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, centri benessere anche se con annesso centro medico.

L'Associato dovrà fornire ad MBA, ove richiesto, documentazione comprovante l'erogazione a suo favore delle prestazioni di cui al presente punto B.1.

B.2. CONSEGNA FARMACI E SPESA ALIMENTARE A DOMICILIO

Art. B.2.1. Operatività della garanzia

La Mutua MBA provvederà a predisporre la consegna dei farmaci (nel rispetto delle norme che ne regolano il trasporto) al domicilio dell'Associato non autosufficiente, nonché della spesa relativa a generi alimentari.

La consegna sarà garantita per un massimo di **tre volte l'anno**.

Art. B.2.2. Precisazioni in merito alle condizioni di operatività

Resta inteso che il costo dei medicinali e della spesa alimentare restano a carico dell'Associato che dovrà provvedere anticipatamente rispetto alla consegna da parte di MBA. Sarà cura inoltre dell'associato fornire preventivamente le prescrizioni mediche necessarie per ritirare i medicinali ad MBA.

B.3. RICERCA E CONSEGNA PRESIDI ORTOPEDICI

Art. B.3.1. Operatività della garanzia

La Mutua MBA provvederà a ricercare e a disporre la consegna, al domicilio dell'Associato non Autosufficiente, di presidi ortopedici necessari in conseguenza dell'accertato stato di non autosufficienza.

MBA garantisce la consegna nel limite massimo di **una volta l'anno**.

Art. B.3.2. Precisazioni in merito alle condizioni di operatività

Resta inteso che il costo dei presidi ortopedici resta a carico dell'Associato che dovrà provvedere anticipatamente rispetto alla consegna da parte di MBA.

L'associato dovrà inoltre fornire preventivamente ad MBA documentazione medica indicante la tipologia e le caratteristiche funzionali dei presidi richiesti.

B.4. ASSISTENZA INFERMIERISTICA DOMICILIARE

Art. B.4.1. Operatività della garanzia

MBA, garantisce, all'Associato non autosufficiente e per il tramite la propria **rete convenzionata**, prestazioni di **Assistenza infermieristica domiciliare** prescritte dal medico

Art. B.4.2. Precisazioni in merito alle condizioni di operatività

Le prestazioni verranno rimborsate **senza l'applicazione di alcuna quota di spesa a carico** dell'Associato sia se erogate da Centri Convenzionati e Personale Convenzionato e sia se erogate da Centri non Convenzionati e/o da personale non convenzionato, nel limite di un **massimale annuo di € 200,00 e per un massimo di due volte l'anno**.

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.

L'Associato dovrà fornire ad MBA, ove richiesto, documentazione comprovante l'erogazione a suo favore delle prestazioni di cui al presente punto B.4.

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

SEZIONE C.: OSPEDALIZZAZIONE

PREMESSA

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

C.1 RICOVERI PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO

In caso di **Ricovero ordinario per Grande Intervento Chirurgico** (secondo l'elenco esaustivo riportato nell'Allegato 2 al presente Sussidio "*Elenco dei Grandi Interventi Chirurgici*"), reso necessario da Malattia, Infortunio o Long Term Care, fermo restando che sia stato accertato per l'Assistito lo stato di non autosufficienza ai sensi del presente sussidio, Mba provvede a rimborsare le spese inerenti l'Intervento Chirurgico, come di seguito riportato:

i) nei 90 giorni precedenti al Ricovero

- visite specialistiche ed accertamenti diagnostici;

ii) durante il Ricovero

- 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

iii) 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 sino ad un massimo di € 80,00 al giorno per un massimo di 20 giorni annui.

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

1. Nel caso di prestazioni erogate presso un Centro Convenzionato con la Centrale Salute (**Assistenza Diretta o Assistenza Indiretta in Network**) nessuna **quota di spesa a suo carico**;
2. Nel caso di prestazioni erogate presso strutture del S.S.N. o presso strutture con **questo convenzionate, i ticket sanitari** verranno rimborsati **senza applicazione di alcuna Quota di spesa** a carico dell'Associato.

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

Nel caso di Assistenza indiretta in Network: qualora la richiesta di rimborso spese non sia accompagnata dal Modulo di Accesso al Network compilato e sottoscritto dalla Struttura Sanitaria e quest'ultima non abbia applicato le tariffe agevolate in favore dell'Associato,

quest'ultimo avrà diritto a richiedere a MBA il rimborso delle spese sostenute entro il limite delle Tariffe concordate fra MBA e la Struttura Sanitaria. Le maggiori spese sostenute in ragione della mancata applicazione del Tariffario – determinata dalla mancata attivazione della convenzione da parte dell'Associato - saranno quindi da intendersi a carico dell'Associato stesso. Inoltre, la Mutua provvederà al rimborso delle spese previa applicazione delle quote di spesa a carico dell'Associato previste in caso di Assistenza Indiretta fuori Network.

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

Il Massimale annuo erogabile per il complesso degli eventi e prestazioni ricompresi nel presente art. C.1. e successivo sub. art. C.1.1 è pari a **€ 35.000,00**.

C.1.1. INDENNITA' SOSTITUTIVA

Nel caso in cui l'Associato, a seguito di Ricovero ordinario per Grande Intervento Chirurgico (secondo l'elenco esaustivo riportato nell'Allegato 2 al presente Sussidio "*Elenco dei Grandi Interventi Chirurgici*") non richieda alcun Rimborso di cui al precedente punto C.1., la Mutua corrisponderà un'indennità giornaliera per far fronte alle necessità legate al recupero della salute a seguito della Malattia, dell'Infortunio o della non autosufficienza.

L'indennità sarà pari ad **€ 200,00 per ogni giorno** di ricovero, comprendente il pernottamento e nel **limite massimo di 365 giorni per anno**.

Qualora l'Associato richieda la presente Indennità si intenderà escluso il Rimborso di qualsiasi altra spesa, anche precedente o successiva al Ricovero, eventualmente sostenuta e riferibile al medesimo Ricovero.

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

A parziale deroga di quanto riportato in Premessa e qualora sia previsto il riconoscimento della presente indennità, la stessa si intenderà cumulativa rispetto ad un'altra indennità sostitutiva riconosciuta da un altro Sussidio MBA.

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

C.2. RICOVERO CON INTERVENTO IN CASO DI GRAVI DIFFICOLTA' ECONOMICHE

MBA, qualora vi siano situazioni di grave difficoltà economica, provvede al riconoscimento delle spese relative ad Interventi Chirurgici effettuati presso Centri Convenzionati con la Centrale Salute o presso strutture del S.S.N.

In particolare, in caso di **Ricovero ordinario con Intervento chirurgico**, reso necessario da Malattia, Infortunio o Long Term Care, fermo restando che sia stato accertato per l'Assistito lo stato di non autosufficienza ai sensi del presente sussidio, MBA provvede a rimborsare le seguenti spese inerenti l'Intervento Chirurgico:

i) nei 60 giorni precedenti al Ricovero

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

ii) durante il Ricovero

- 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 e infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami;
 - rette di degenza
- Tutte al 100%

iii) nei 60 giorni successivi al Ricovero

- esami diagnostici e visite specialistiche (correlati alla patologia causa del Ricovero);
- prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi (correlati alla patologia causa del Ricovero);
- acquisto di medicinali (previa prescrizione medica completa di motivazione clinica correlata al ricovero);
- cure termali (escluse le spese alberghiere e correlati alla patologia causa del Ricovero);

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

1. Nel caso di prestazioni erogate presso un Centro Convenzionato con la Centrale Salute (**Assistenza Diretta o Assistenza Indiretta in Network**) nessuna **quota di spesa a suo carico**;
2. Nel caso di prestazioni erogate presso **strutture del S.S.N. o presso strutture con questo convenzionate, i ticket sanitari** verranno rimborsati **senza applicazione di alcuna Quota di spesa** a carico dell'Associato.

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

Nel caso di Assistenza indiretta in Network: qualora la richiesta di rimborso spese non sia accompagnata dal Modulo di Accesso al Network compilato e sottoscritto dalla Struttura Sanitaria e quest'ultima non abbia applicato le tariffe agevolate in favore dell'Associato, quest'ultimo avrà diritto a richiedere a MBA il rimborso delle spese sostenute entro il limite

delle Tariffe concordate fra MBA e la Struttura Sanitaria. Le maggiori spese sostenute in ragione della mancata applicazione del Tariffario – determinata dalla mancata attivazione della convenzione da parte dell'Associato - saranno quindi da intendersi a carico dell'Associato stesso. Inoltre, la Mutua provvederà al rimborso delle spese previa applicazione delle quote di spesa a carico dell'Associato previste in caso di Assistenza Indiretta fuori Network.

Il Massimale annuo erogabile per il complesso degli eventi e prestazioni ricompresi nel presente art. C.2. è pari a **€ 10.000,00**.

In particolare, le agevolazioni economiche erogate in base al presente articolo C2, sono subordinate ai seguenti requisiti:

1. Situazione di non autosufficienza dell'Associato, accertata e persistente;
2. Presentazione del Certificato ISEE (Certificazione dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente) rilasciato a fini socio sanitari, in corso di validità, aggiornato a non meno di sei mesi e comunque ad un momento non antecedente all'accertamento della condizione di non autosufficienza, attestante la reale condizione reddituale e patrimoniale dell'Associato e del proprio nucleo familiare, non superiore a euro 12.000,00 (dodicimila/00).

La Mutua si riserva, a proprio insindacabile giudizio, di valutare la sussistenza o meno dei presupposti economici e patrimoniali, nonché il ricorrere della condizione di non autosufficienza, funzionali al rimborso.

Nel caso in cui venga meno lo stato di autosufficienza, ovvero muti la sua situazione economica patrimoniale, l'Associato non potrà più fruire delle agevolazioni economiche di cui alla presente sezione.

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

SEZIONE D.: AIUTI ALLA FAMIGLIA

D.1. PREMORIENZA DEL SOCIO NON AUTOSUFFICIENTE

In caso di premorienza dell'Associato non autosufficiente ai sensi del presente sussidio, la Mutua riconosce agli eredi il rimborso, entro il limite massimo di **€ 6.000,00** delle spese sostenute per canoni di locazione e rate di finanziamento/mutuo per l'acquisto di generici dispositivi medici destinati al telesoccorso, alla vigilanza dell'Associato non autosufficiente nonché ausili finalizzati alla facilitazione del movimento.

Il rimborso delle spese di cui al presente punto D.1., fermo restando l'esclusione di quanto eventualmente già rimborsato nel punto E.1., sarà riconosciuto da Mba all'Associato solo nel caso in cui le stesse siano strettamente collegate alla condizione di "non autosufficienza" del socio. Pertanto, al momento della presentazione della domanda di rimborso, l'Associato dovrà fornire idonea documentazione attestante le ragioni, l'oggetto e l'entità delle spese sostenute (certificato di morte, contratto di locazione, prescrizione medica avente ad oggetto i presidi sanitari acquistati, fatture, etc.)

D.2. SOSTEGNO ALLA FAMIGLIA

MBA, riconosce ai familiari, di primo grado se il sussidio è in formula single o rientranti nel Nucleo familiare se il sussidio è in formula Nucleo, dell'Associato non autosufficiente ai sensi del presente sussidio, il rimborso delle spese di seguito riportate:

- canone di affitto dell'abitazione di residenza dell'Associato non autosufficiente;
- fatture per le utenze domestiche quali luce, acqua e gas successive (come periodo di consumo) al riconoscimento della non autosufficienza;
- rata del mutuo relativo all'abitazione di residenza dell'Associato non autosufficiente;
- retta mensile dell'asilo nido, scuola materna, scuola primaria e scuola secondaria (in istituti pubblici e in regola con gli studi) del figlio/i dell'Associato non autosufficiente;
- spese per visite mediche specialistiche, seguito Infortunio o Malattia, effettuate dai familiari dell'Associato non autosufficiente.
- spese per sedute di sostegno psicologico, finalizzato al recupero dell'equilibrio mentale, effettuate dai familiari dell'Associato non autosufficiente deceduto;

Le suddette spese saranno rimborsate, entro il **limite massimo di € 500,00 per un massimo di 6 mesi, e andranno richieste entro 6 mesi dal decesso.**

Al momento della presentazione della domanda di rimborso, i familiari dell'Associato dovranno fornire ad Mba idonea documentazione attestante lo specifico rapporto di parentela e le ragioni, l'oggetto e la misura delle spese sostenute (contratto di locazione, fatture, certificato medico etc.).

SEZIONE E.: TELEMEDICINA

E.1. SPESE PER LA MOBILITA' IN CASA O DEAMBULAZIONE

Art. E.1.1. Operatività della garanzia

MBA, provvederà al Rimborso delle spese sostenute dall'Associato, accertato non autosufficiente ai sensi del presente sussidio, delle spese sostenute dallo stesso per ausili sanitari finalizzati alla facilitazione del movimento in casa o per favorire la deambulazione, entro il limite massimo di **€ 4.000,00 una tantum.**

Art. E.1.2. Precisazioni in merito alle condizioni di operatività

Al momento della presentazione della domanda di rimborso l'Associato dovrà fornire ad Mba idonea documentazione attestante le ragioni, l'oggetto e la misura delle spese sostenute (prescrizione medica, fatture, etc.).

E.2. RIMBORSO DI SISTEMI DI SORVEGLIANZA E TELEMONITORAGGIO

Art. E.2.1. Operatività della garanzia

MBA, provvederà a garantire all'Associato non autosufficiente ai sensi del presente sussidio, il rimborso delle spese sostenute per sistemi di sorveglianza e telemonitoraggio, **entro il limite massimo di € 1.000,00 una tantum.**

Art. E.2.2. Precisazioni in merito alle condizioni di operatività

Al momento della presentazione della domanda di rimborso l'Associato dovrà fornire ad Mba idonea documentazione attestante le ragioni, l'oggetto e la misura delle spese sostenute (prescrizione medica, fatture, etc.).

E.3. RIMBORSO DI DEVICE MEDICI

Art. E.3.1. Operatività della garanzia

MBA, provvederà al rimborso delle spese sostenute dall'Associato non autosufficiente ai sensi del presente Sussidio per l'acquisto o noleggio di device medici, in conseguenza ed in ragione dell'accertata condizione fisica in cui il medesimo versi ed **entro il limite massimo di € 500,00 una tantum.**

Art. E.3.2. Precisazioni in merito alle condizioni di operatività

Al momento della presentazione della domanda di rimborso l'Associato dovrà fornire ad Mba idonea documentazione attestante le ragioni, l'oggetto e la misura delle spese sostenute (prescrizione medica, fatture, etc.).

SEZIONE F.: BANCA DELLE VISITE

F.1. ADESIONE PROGRAMMA SOSTEGNO FONDAZIONE BANCA DELLE VISITE

MBA garantisce all'Associato del presente Sussidio l'accesso al Programma Banca delle Visite promosso dalla Fondazione Basis.

Si tratta di un programma in cui offerta e domanda si incontrano in modo trasparente. La Banca delle Visite garantisce l'accesso a visite mediche ed esami diagnostici specialistici, previa

verifica da parte della Fondazione Basis dell'eticità del sistema, del controllo sulla effettiva situazione dei richiedenti e sulla trasparenza di ogni singolo passaggio.

Con l'adesione al presente Sussidio, l'Associato ha diritto di aderire anche al programma Banca delle Visite, usufruendo gratuitamente delle prestazioni offerte dalla stessa (il cui elenco è sempre aggiornato sul relativo sito internet), secondo quanto meglio specificato nella presente sezione F.

La fruizione dei servizi offerti da Banca delle Visite è subordinata ai seguenti requisiti:

1. Situazione accertata di non autosufficienza dell'Associato, persistente al momento della richiesta di erogazione della prestazione;
2. Presentazione del Certificato ISEE (Certificazione dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente) rilasciato a fini socio sanitari, in corso di validità, aggiornato a non meno di sei mesi e comunque ad un momento non antecedente all'accertamento della condizione di non autosufficienza, attestante la reale condizione reddituale e patrimoniale dell'Associato e del proprio nucleo familiare, non superiore a euro 12.000,00 (dodicimila/00).

L'Associato può richiedere l'erogazione della prestazione da parte di Banca delle Visite facendone apposita richiesta direttamente alla Centrale Salute Coopsalute, secondo le modalità previste nella Guida Operativa.

MBA, per il tramite di Coopsalute, previa verifica della documentazione aggiuntiva richiesta (modello ISEE) e valutazione positiva della sussistenza dei requisiti economici e patrimoniali, a proprio insindacabile giudizio, autorizza l'erogazione della prestazione da parte di Banca delle Visite, comunicando all'Associato le relative modalità e mettendolo in contatto direttamente con Banca delle Visite. L'Associato, per fruire gratuitamente della prestazione medica autorizzata, dovrà eseguire scrupolosamente tutte le istruzioni impartite da Coopsalute e da Banca delle Visite.

La Mutua si riserva, a proprio insindacabile giudizio, di valutare la sussistenza o meno dei presupposti economici e patrimoniali, nonché il ricorrere della condizione di non autosufficienza, funzionali al rimborso.

Nel caso in cui venga meno lo stato di autosufficienza, ovvero muti la sua situazione economica patrimoniale, l'Associato non potrà più fruire delle agevolazioni economiche di cui alla presente sezione.

F.2. VISITE SPECIALISTICHE AL PAZIENTE NON AUTOSUFFICIENTE

Art. F.2.1. Operatività della garanzia

L'Associato, in caso di esito positivo delle verifiche preventive effettuate ai sensi della presente sezione F e della Guida Operativa, ha diritto di fruire delle visite specialistiche offerte da Banca delle Visite, ad insindacabile giudizio di MBA per il tramite di Coopsalute S.C.p.A..

Art. F.2.2. Precisazioni in merito alle condizioni di operatività

Mba garantirà l'esecuzione delle prestazioni di cui al precedente art. F.2.1. entro il limite massimo di **3 (tre) visite l'anno**.

Per conoscere quali visite sono erogabili gratuitamente l'Associato può contattare direttamente Coopsalute o consultare la lista aggiornata delle visite disponibili sul sito www.bancadellevisite.it.

F.3. ESAMI DIAGNOSTICI AL PAZIENTE NON AUTOSUFFICIENTE

Art. F.3.1. Operatività della garanzia

L'Associato, in caso di esito positivo delle verifiche preventive effettuate ai sensi della presente sezione F e della Guida Operativa, ha altresì diritto di fruire degli esami diagnostici offerti da Banca delle Visite, ad insindacabile giudizio di MBA per il tramite di Coopsalute S.C.p.A..

Art. F.3.2. Precisazioni in merito alle condizioni di operatività

Mba, garantirà l'esecuzione delle prestazioni di cui al precedente art. F.3.1. entro il limite massimo di **3 (tre) esami l'anno**.

Per conoscere quali esami sono erogabili gratuitamente l'Associato può contattare direttamente Coopsalute o consultare la lista aggiornata degli esami diagnostici specialistici sul sito www.bancadellevisite.it.

SEZIONE G.: CONSULENZA

G.1. CONSULENZA

Fermo restando che sia stato accertato per l'Assistito lo stato di non autosufficienza, ai sensi del presente sussidio, MBA offre all'Associato servizi di consulenza inerenti gli aspetti organizzativi e gestionali riguardo la condizione di non autosufficienza dell'Associato, il tutto per il tramite della Centrale Salute.

- In particolare, MBA offre servizi di consulenza per: intermediazione con gli enti previdenziali (valido per tutte le invalidità che maturano il diritto a trattamenti pensionistici);
- check up di idoneità/agibilità immobile;
- consulenza USL/SSN per prestazioni e orientamento;
- ricerca e prenotazione di Badante o RSA;
- ricerca di dispositivi per il movimento e l'autodiagnosi;
- servizi di gestione/manutenzione immobile (previa verifica in zona degli operatori disponibili).

SEZIONE H.: BENESSERE E SALUTE

PREMESSA

La presente Sezione è da intendersi sempre valida indipendentemente dalla verifica e accertamento dello stato di non autosufficienza dell'Associato.

H.1. CHECK UP DI BASE presso HEALTH POINT

MBA, gratuitamente, mette a disposizione dell'Associato Titolare o di un componente del Nucleo Familiare (in caso di adesione in forma Nucleo), un check up da effettuarsi direttamente c/o un qualsiasi Health Point 1 volta all'anno, composto dalle seguenti prestazioni di prevenzione:

- ECG a 1 traccia
- Pulsossimetria
- Pressione arteriosa
- BMI (Body Mass Index)

Il pacchetto è da effettuarsi in un'unica soluzione e non necessita di alcuna prenotazione.

Per ulteriori informazioni in merito alle prestazioni eseguibili presso gli Health Point si rimanda al sito www.healthpointitalia.com

SEZIONE I.: CARE GIVER – SOSTEGNO E SALUTE

La Mutua, con il presente Sussidio, oltre a prevedere il Rimborso delle spese all'Associato "non autosufficiente", garantisce l'assistenza sanitaria anche a colui che si prende cura del socio non autosufficiente, ossia il Caregiver.

Il Caregiver, è scelto dall'associato tra i seguenti soggetti figlio, coniuge/convivente, zio/a, cugino/a di primo grado, ed è colui che gratuitamente, ed essendo legato da vincoli di reciproca affettività, aiuta un proprio congiunto non più autosufficiente, a causa dell'età avanzata oppure di patologie croniche invalidanti, e svolge compiti di cura nei confronti dello stesso.

Si tratta di un'assistenza significativa, che tende a soddisfare tutte le necessità attinenti alla cura della persona.

Mba, potrà erogare le prestazioni di cui alla presente sezione I, solo se il Caregiver designato diventi un Associato della Mutua.

I.1. SOSTEGNO PER CARE GIVER CHE ASSISTE IL PAZIENTE A DOMICILIO

Art. I.1.1. Operatività della garanzia

La Mutua riconosce al Caregiver, per il tramite dell'Associato non autosufficiente, un contributo economico pari ad **€ 200,00 al mese e per una durata massima pari al periodo di riconoscimento del rimborso spese all'associato per lo stato di non autosufficienza.**

Art. I.1.2. Precisazioni in merito alle condizioni di operatività

Il presente contributo può essere cumulato con altri interventi/sussidi riconosciuti da leggi di stato.

Mba, garantisce il contributo economico di cui al precedente art. I.1.1. previa presentazione entro 60 giorni dall'accertamento dello stato di non autosufficienza, del modulo compilato necessario per designare il Caregiver e di cui all'art. A.1.

I.2. SOSTEGNO AGGIUNTIVO IN CASO DI DIMISSIONI PER ASSISTENZA DELL'ASSOCIATO

Art. I.2.1. Operatività della garanzia

La Mutua, riconosce al Caregiver, per il tramite dell'Associato non autosufficiente ai sensi del presente regolamento, in caso di sue dimissioni dal lavoro dovute alla necessità di dover prestare assistenza all'Associato, un contributo economico aggiuntivo a quello del precedente Art. I.1. pari ad **€ 100,00 al mese e per una durata massima pari al periodo di riconoscimento del rimborso spese all'associato per lo stato di non autosufficienza.**

Art. I.2.2. Precisazioni in merito alle condizioni di operatività

Il presente contributo può essere cumulato con altri interventi/sussidi legati riconosciuti da leggi di stato.

Mba, garantisce il contributo economico di cui al precedente art. I.2.1. previa presentazione da parte del Caregiver di lettera di licenziamento o equivalente documentazione comprovante le avvenute dimissioni al lavoro.

I.3. GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

In caso di **Ricovero ordinario per Grande Intervento Chirurgico** (secondo l'Elenco esaustivo riportato nell'Allegato 2 al presente Sussidio "Elenco dei Grandi Interventi Chirurgici") reso necessario da Malattia o Infortunio e relativo al Caregiver Mba provvede a rimborsare le seguenti spese inerenti l'Intervento Chirurgico:

1. **nei 90 giorni precedenti al Ricovero**
 - visite specialistiche ed accertamenti diagnostici;

2. durante il Ricovero

- 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

3. 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);

MBA provvederà al rimborso delle spese sostenute dal Caregiver a fronte delle prestazioni sopra elencate come di seguito riportato:

1. Nel caso di prestazioni erogate presso un Centro Convenzionato con la Centrale Salute **(Assistenza Diretta o Assistenza Indiretta in Network)** nessuna **quota di spesa a suo carico**;
2. Nel caso di prestazioni erogate presso **strutture del S.S.N. o presso strutture con questo convenzionate, i ticket sanitari** verranno rimborsati **senza applicazione di alcuna Quota di spesa** a carico dell'Associato.

Il **Massimale** annuo erogabile per il complesso degli eventi e prestazioni indicati nell'art. I.3. è pari a **€ 35.000,00**.

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.4. INDENNITA' SOSTITUTIVA PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO

Nel caso in cui il Caregiver, a seguito di **Ricovero ordinario per Grande Intervento Chirurgico** (secondo l'elenco esaustivo riportato nell'Allegato 2 al presente Sussidio "Elenco dei Grandi Interventi Chirurgici") non richieda alcun Rimborso di cui al precedente punto I.3., la Mutua corrisponderà un'indennità giornaliera per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della Malattia o dell'Infortunio.

L'indennità sarà pari ad **€ 200,00 per ogni giorno** di ricovero, comprendente il pernottamento, entro il **limite massimo di 90 giorni**.

Qualora l'Associato richieda la presente indennità sostitutiva si intenderà escluso il Rimborso di qualsiasi altra spesa, anche precedente o successiva al Ricovero, eventualmente sostenuta e riferibile al medesimo Ricovero.

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

I.5. SOSTEGNO PSICOLOGICO

MBA, provvede al rimborso delle spese sostenute dal Caregiver per il necessario sostegno psicologico in conseguenza all'assistenza prestata all'Associato non autosufficiente.

Le spese si intendono rimborsabili solo per sedute psicologiche effettuate presso professionista psicologo/psichiatra a seguito di prescrizione medico specialistica, sia se Convenzionati con la Centrale Salute (Assistenza Diretta e Indiretta In Network) che non (Assistenza Indiretta In Network) o se effettuate ricorrendo al Servizio Sanitario Nazionale o a Struttura sanitaria Convenzionata con il SSN. Tali spese saranno rimborsate integralmente nel limite massimo di **€ 100,00 al mese e con un massimo di € 400,00 all'anno**.

I.6. FORMAZIONE E TUTORING

MBA organizza per il Caregiver dell'Associato non autosufficiente, una giornata di formazione di base e servizi di consulenza inerenti gli aspetti assistenziali riguardanti la condizione di non autosufficienza dell'Associato.

I.7. CHECK UP C/O HEALT POINT

MBA offre al Caregiver dell'Associato non autosufficiente, la possibilità di effettuare gratuitamente, **una volta ogni due anni** e presso un qualsiasi Health Point, il seguente pacchetto di prevenzione:

- parametri vitali;
- ECG;
- Televisita cardiologica.

Il pacchetto è da effettuarsi in un'unica soluzione e non necessita di alcuna prenotazione.

Per tutte le ulteriori informazioni si rinvia al sito <http://www.healthpointitalia.com>.

SEZIONE L.: CARE GIVER – PARAMETRI ISEE

PREMESSA

L'attivazione di tutte le garanzie di cui alla presente Sezione L, previste a favore del Care Giver dell'Associato non autosufficiente, è subordinata al ricorrere di predeterminati parametri ISEE, come meglio specificato di seguito.

A tal fine l'Associato dovrà fornire ad MBA il proprio Modello ISEE richiesto a fini socio sanitari, aggiornato ed in corso di validità alla data della presentazione della richiesta di attivazione della garanzia, nonché l'ulteriore ed eventuale documentazione richiesta dalla Mutua.

In particolare, la fruizione da parte dell'Associato delle agevolazioni economiche di cui alla presente sezione, è subordinata ai seguenti requisiti:

1. Situazione di non autosufficienza dell'Associato, accertata e persistente;
2. Presentazione del Certificato ISEE (Certificazione dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente) rilasciato a fini socio sanitari, in corso di validità, aggiornato a non meno di sei mesi e comunque ad un momento non antecedente all'accertamento della condizione di non autosufficienza, attestante la reale condizione reddituale e patrimoniale dell'Associato e del proprio nucleo familiare, non superiore a euro 12.000,00 (dodicimila/00).

La Mutua si riserva, a proprio insindacabile giudizio, di valutare la sussistenza o meno dei presupposti economici e patrimoniali nonché il ricorrere della condizione di non autosufficienza, funzionali all'attivazione delle garanzie medesime.

Nel caso in cui venga meno lo stato di autosufficienza, ovvero muti la sua situazione economica patrimoniale, l'Associato non potrà più fruire delle agevolazioni economiche di cui alla presente sezione.

La Mba, potrà erogare le prestazioni di cui alla presente sezione I, solo se il Caregiver designato diventi un associato della Mutua.

L.1. SPESE SANITARIE – RICOVERI CON INTERVENTO CHIRURGICO

In caso di Ricovero ordinario con Intervento Chirurgico del Caregiver dell'Assistito non autosufficiente, resi necessari da Malattia o Infortunio, Mba o Strutture sanitarie Convenzionate con la Centrale Salute (**Assistenza Diretta e Indiretta in Network**), MBA provvede a rimborsare le seguenti spese inerenti l'Intervento Chirurgico:

- i) nei 60 giorni precedenti al Ricovero**
 - visite specialistiche ed accertamenti diagnostici;
- ii) durante il Ricovero**
 - 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
- iii) nei 60 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);

MBA provvederà al rimborso delle prestazioni di cui sopra come di seguito riportato:

1. Nel caso di prestazioni erogate presso un Centro Convenzionato con la Centrale Salute (**Assistenza Diretta o Assistenza Indiretta in Network**) nessuna **quota di spesa a suo carico**;
2. Nel caso di prestazioni erogate presso **strutture del S.S.N. o presso strutture con questo convenzionate, i ticket sanitari** verranno rimborsati **senza applicazione di alcuna Quota di spesa** a carico dell'Associato.

Il **Massimale** annuo erogabile per il complesso degli eventi e prestazioni indicati nell'art. L.I. è pari a **€ 10.000,00**.

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

37

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.

L.2. INDENNITA' SOSTITUTIVA - RICOVERO SSN

Nel caso in cui il Caregiver, a seguito di Ricovero ordinario con Intervento chirurgico, non richieda alcun Rimborso di cui al precedente punto L.1., la Mutua corrisponderà un'indennità giornaliera per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della Malattia o dell'Infortunio.

L'indennità sarà pari ad **€ 150,00 per ogni giorno** di ricovero, comprendente il pernottamento, entro il **limite massimo di 60 giorni**.

Qualora l'Associato richieda la presente indennità sostitutiva si intenderà escluso il Rimborso di qualsiasi altra spesa, anche precedente o successiva al Ricovero, eventualmente sostenuta e riferibile al medesimo Ricovero.

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

L.3. SPESE SANITARIE PER DIAGNOSTICA ED ALTA SPECIALIZZAZIONE

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, provvederà al rimborso delle spese per le seguenti prestazioni extra-ospedaliere di alta diagnostica strumentale per il Caregiver dell'Associato non autosufficiente:

- 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

L'elenco delle prestazioni di cui sopra è da considerarsi esaustivo con ciò intendendosi escluse le prestazioni non espressamente indicate e quelle finalizzate alla diagnosi o all'erogazione di prestazioni odontoiatriche.

- ❖ Con una quota di spesa a suo carico pari ad € 40,00 se effettuate presso un **Centro Convenzionato con la Centrale Salute (Assistenza Diretta e Indiretta in Network)**;
- ❖ Con una percentuale di spesa a suo carico pari al **20% minimo € 60,00 per evento** se effettuate presso **Centro non Convenzionato con la Centrale Salute (Assistenza Indiretta fuori Network)**;
- ❖ **senza alcuna quota di spesa** a suo carico in caso di prestazioni erogate presso strutture del S.S.N. o presso strutture con questo convenzionate (**Ticket Sanitari**).

Il limite annuo garantito per le prestazioni di cui al presente art. L.3. è pari ad **€ 600,00**.

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.

L.4. TICKET SSN PER ESAMI DIAGNOSTICI E VISITE SPECIALISTICHE

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 sostenute dal Caregiver dell'Associato non autosufficiente, per accertamenti diagnostici (diversi da quanto riportato al precedente articolo L.3.), esami di laboratorio e Visite Specialistiche.

Dalla presente garanzia sono espressamente esclusi i controlli di routine, gli esami e gli accertamenti diagnostici odontoiatrici (o aventi finalità di cura odontoiatrica) nonché gli accertamenti con finalità dietologica.

Le spese si intendono rimborsabili solo se **effettuate strutture del S.S.N. o presso strutture con questo convenzionate (Ticket Sanitari)** e saranno rimborsate **senza alcuna quota di spesa a carico del Caregiver**).

Non è previsto alcun rimborso delle spese sostenute dall'Associato in caso di utilizzo di Centri Convenzionati con la Centrale Salute (Assistenza Diretta e Indiretta in Network) e non Convenzionati con la Centrale Salute (Assistenza indiretta fuori Network).

Il limite annuo garantito per le prestazioni di cui al presente Sezione L.4. è **pari ad € 600,00**.

SEZIONE M.: SUSSIDIO DI STABILITA'

A fronte di una fedeltà temporale da parte dell'Associato e fermo restando che non sia stata mai attivata alcuna garanzia di cui al presente sussidio e, quindi, non sia stato mai accertato lo stato di non autosufficienza, Mba incrementerà il periodo di rimborso delle spese sostenute di cui all'art. A.1.1..A decorrere **dal decimo anno di validità**, e successivamente ogni **5 anni** (15° anno, 20° anno, etc.), il suddetto periodo si intenderà elevato di ulteriori **12 mesi**; per cui, a titolo esemplificativo, per i casi di non autosufficienza riconosciuti dal 10° anno (109° mese) al 14° anno (168° mese), le prestazioni si intenderanno rimborsabili nel limite massimo dell'importo mensile previsto dal sussidio **per massimo 72 mesi ovvero 96 mesi in caso di patologie degenerative e 24 mesi nel caso di non autosufficienza temporanea**; per i casi di non autosufficienza riconosciuti dal 15° anno (169° mese) al 19° anno (228° mese), le prestazioni si intenderanno rimborsabili limite massimo dell'importo mensile previsto dal sussidio **per massimo 84 mesi ovvero 108 mesi in caso di patologie degenerative e 36 mesi nel caso di non autosufficienza temporanea**. A seguire per le successive decadenza quinquennali.

Si intendono fermi i massimali previsti una tantum e destinati alle altre spese riportate nel sussidio.

Inoltre, sempre a fronte di una fedeltà da parte dell'Associato e ferma la regolarità nel versamento dei contributi aggiuntivi e delle quote associative, a decorrere **dal quindicesimo anno di validità** ininterrotta del sussidio (dal 169° mese), la Mba esonererà l'Associato dal pagamento dei contributi annui previsti per i successivi 5 anni (ossia fino al 228° mese) garantendo attive le garanzie di cui al presente sussidio.

SEZIONE N.: CONTRIBUTO ANNUO ALLA MUTUA

Mba, a seguito del riconoscimento dello stato di non autosufficienza dell'Associato, a decorrere dalla data di accertamento del suddetto stato, esonererà l'Associato dal pagamento del 50% dei contributi annui aggiuntivi previsti, garantendo attive le garanzie di cui al presente sussidio.

Inoltre, qualora l'Associato si trovi in situazioni di grave difficoltà economica, attestate tramite la presentazione del Modello ISEE (Certificazione dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente), e per lo stesso sia stato riconosciuto lo stato di non autosufficienza, Mba esonererà l'Associato dal pagamento dei contributi annui previsti garantendo attive le garanzie di cui al presente sussidio.

In particolare, l'esonero dell'Associato dai contributi annui previsti è subordinato ai seguenti requisiti:

1. Situazione di non autosufficienza dell'Associato, accertata e persistente;
2. Presentazione del Certificato ISEE (Certificazione dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente) rilasciato a fini socio sanitari, in corso di validità, aggiornato a non meno di sei mesi e comunque ad un momento non antecedente all'accertamento della condizione di non autosufficienza, attestante la reale condizione reddituale e patrimoniale dell'Associato e del proprio nucleo familiare, non superiore a euro 12.000,00 (dodicimila/00).

La Mutua si riserva, a proprio insindacabile giudizio, di valutare la sussistenza o meno dei presupposti economici e patrimoniali, nonché il ricorrere della condizione di non autosufficienza, funzionali al rimborso.

Nel caso in cui venga meno lo stato di autosufficienza, ovvero muti la sua situazione economica patrimoniale, l'Associato non potrà più fruire delle agevolazioni economiche di cui alla presente sezione. L'importo del contributo annuale previsto per aderire alla Mutua potrà essere aggiornato annualmente sulla base dell'indice dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati.

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

Lavarsi

1° grado

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

2° grado

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

3° grado

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

Vestirsi e svestirsi

1° grado

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

2° grado

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

3° grado

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

Igiene personale

1° grado

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

- (1) andare al bagno
- (2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi
- (3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno:

punteggio 0

2° grado

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

3° grado

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

Mobilità

1° grado

l'Associato è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza assistenza di terzi:
punteggio 0

2° grado

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

3° grado

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

Continenza

1° grado

l'Associato è completamente continente:
punteggio 0

2° grado

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

3° grado

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

Alimentazione

1° grado

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

2° grado

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

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

punteggio 5

3° grado

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

ALLEGATO 2 – Elenco dei “Grandi Interventi Chirurgici”

Cardiochirurgia

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

Chirurgia Vascolare

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

Neurochirurgia

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

Chirurgia Toracica

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

Chirurgia Generale

- Tiroidectomia per tumori maligni con svuotamento funzionale del collo
- Anastomosi porta-cava o spleno-renale o mesenterica-cava
- Pancreaticoduodenectomia radicale
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari
- Colectomia totale con linfadenectomia
- Esofagectomia totale
- Gastrectomia totale con linfadenectomia
- Esofago-gastrectomia per via toraco-laparotomica
- Amputazione del retto per via addomino-perineale o addomino-sacrale

Chirurgia Ginecologica

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

Chirurgia Ortopedica

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

Chirurgia Otorinolaringoiatrica e Maxillo-Facciale

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

Chirurgia Urologica

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

Trapianti d'organo

- Tutti