



Regolamento del Sussidio “OMNIA MEDIA”

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

Indice

Pagina

Sezione 1: Definizioni	3
Sezione 2: Norme generali che regolano il sussidio	4
Sezione 3: Norme relative a tutte le garanzie	7
Sezione A: Sostegno	12
Sezione B: Wellness	21
Sezione C: Famiglia	23
Sezione D: Prevenzione	25
Sezione E: Indennità	29
Sezione F: Non Autosufficienza – LTC	31
Sezione G: Spese Sanitarie	37
Sezione H: Sostegno Economico Fedeltà	44
Sezione I: Prestazioni Aggiuntive	44

Sezione 1: Definizioni

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sezione 2: Norme Generali che regolano il sussidio

Art. 1 - Oggetto

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

Art. 2 - Persone Associate

Le prestazioni garantite dal presente sussidio sono prestate in favore dell'Associato nominativamente indicato nel modulo di

adesione con il quale lo stesso ha aderito al presente Regolamento aggiuntivo.

Art. 3 – Nucleo Familiare

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

Per nucleo si intendono, oltre al titolare del sussidio, il coniuge ed il convivente more uxorio, nonché i figli fino a 26 anni, quest'ultimi anche se non residenti.

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

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

Art. 4 – Limiti di età

Non sono previsti limiti di età per l'adesione al presente sussidio (fermi in ogni caso restando gli specifici limiti previsti per i figli, così come indicati all'art. 3, nel caso di attivazione della formula nucleo).

Art. 5 – Variazione del Nucleo Familiare

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

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

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

Art. 6 – Durata del sussidio e tacito rinnovo

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

In ogni caso la MBA, entro 60 giorni dalla scadenza triennale e, successivamente, entro 60 giorni dalle scadenze annuali, si riserva la facoltà di comunicare a mezzo email all'Associato le condizioni di rinnovo per le successive annualità.

Art. 7 - Obblighi contributivi dell'Associato

In caso di mancato versamento dei relativi contributi e fermo quanto previsto all'art. 10, la MBA si riserva il diritto di adire le vie legali, previo tentativo di conciliazione ai sensi dell'Art. 14 del presente Regolamento.

Art. 8 - Dichiarazioni e comunicazione dell'Associato

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

Art.9 - Prestazioni per conto altrui

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

Art. 10 - Pagamento del contributo e decorrenza del sussidio

Il sussidio ha effetto dalle ore 24:00 del giorno dalla ratifica indicato ovvero dalle ore 24:00 del giorno di iscrizione al libro dei soci, se il contributo aggiuntivo o la prima rata di contributo aggiuntivo sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24:00

del giorno dell'avvenuto pagamento, se successivo a tale data.

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

Art. 11 - Comunicazioni e modifiche

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

Art. 12 - Massimali

Tutti i massimali menzionati nel presente sussidio, nonché gli eventuali sub-massimali relativi a specifiche prestazioni o garanzie, sono da intendersi per anno di validità del sussidio, salvo casi specifici dove viene espresso diversamente nelle singole garanzie. Inoltre ogni Massimale o sub-Massimale indicato è da intendersi unico e complessivo per tutti gli eventuali componenti del Nucleo Familiare, salvo casi specifici dove viene espresso diversamente nelle singole garanzie.

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

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

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

- a) in caso di singole prestazioni, si applicherà un'unica Quota di spesa a carico per la spesa relativa alla prestazione effettuata;
- b) in caso di ciclo di cura, la Quota di spesa a carico è da intendersi applicata per l'insieme delle prestazioni relative al ciclo di cura;
- c) in caso di prestazioni legate al medesimo Evento, si applicherà un'unica Quota di spesa a carico per l'insieme delle prestazioni effettuate entro e non oltre 60 giorni dall'Evento; successivamente, verrà calcolata una seconda Quota di spesa a carico per ogni prestazione (vedi lett. a) o per un ulteriore Ciclo di Cura ove ne ricorrano i presupposti (vedi lett. b);
- d) in entrambi i casi di cui alle lettere b) e c), qualora le prestazioni rientrino in differenti Massimali (es. Massimale per alta diagnostica e Massimale per visite specialistiche), verrà applicata una Quota di spesa a carico per tutte le prestazioni e, ai fini dell'imputazione al Massimale la quota di spesa verrà detratta pro quota dalle singole prestazioni;
- e) in ogni caso, per l'applicazione di una sola Quota di spesa a carico, è necessario che l'Associato presenti, in un'unica richiesta, la documentazione; ove ciò non sia possibile, dovrà fornire evidenza scritta della riconducibilità delle prestazioni ad uno dei casi indicati alle lett. b) e c). Se le richieste di Rimborso o di autorizzazione in forma diretta vengono invece presentate singolarmente ed in momenti diversi, verrà applicata in ogni caso una Quota di spesa a carico per ogni singola prestazione.

Art. 14 - Risoluzione delle Controversie

A fronte di ogni eventuale controversia che dovesse insorgere tra l'Associato e la MBA, anche in dipendenza di una diversa interpretazione del presente sussidio, prima di

ricorrere ad un procedimento ordinario, le Parti esperiranno il tentativo di conciliazione, come previsto dall'Art. 40 dello Statuto di MBA. In caso di esito negativo del tentativo di conciliazione, il foro competente per ogni eventuale controversia, è quello di Tivoli.

Art.15 - Rinvio alle norme

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

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

Art. 16 - Termini di Aspettativa (Carenze)

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

- per gli Infortuni e l'aborto post-traumatico, dalle ore 24 del giorno di effetto del sussidio;
- per le Malattie (fermo in ogni caso quanto previsto al successivo Art. 17 per quanto riguarda le patologie pregresse) dopo il 30° giorno successivo a quello di effetto del sussidio;
- per il parto dal 270° giorno successivo a quello di effetto del sussidio;
- per le Malattie dipendenti da gravidanza: dal 30° giorno successivo a quello di effetto del sussidio, a condizione che la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo all'effetto del sussidio stesso.

Art. 17 - Pregresse

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

Altresì, si intenderanno escluse tutte le prestazioni conseguenti a stati patologici manifestati, diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati prima della data di adesione al presente Sussidio. La predetta esclusione – limitatamente alle sole Sezioni E (INDENNITA') e G (SPESE SANITARIE) non opera una volta trascorsi tre anni di adesione ininterrotta al presente Sussidio

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

Invece, nel caso in cui il sussidio di provenienza sia uno tra i sussidi OMNIA, l'esclusione delle prestazioni conseguenti a stati patologici manifestati, diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati prima della data di adesione al presente sussidio si intenderà valida solo per le maggiori e più ampie prestazioni previste dal presente sussidio rispetto a quello di provenienza. In tal caso, per tali maggiori e più ampie prestazioni, verrà pertanto considerata come data di prima adesione quella relativa al presente sussidio.

Art. 18 – Esclusioni

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

- a. le prestazioni non corredate da prescrizione medica attestante la patologia certa o presunta ovvero l'Infortuni;
- b. le prestazioni conseguenti agli Infortuni non documentati da referto di Pronto Soccorso ovvero da specifico accertamento diagnostico (a titolo

esemplificativo, TAC, RMN, radiografie) da cui sia chiaramente possibile evincere la data di accadimento dell'infortunio e le conseguenze traumatiche dello stesso.

- c. le prestazioni relative a cure odontoiatriche e ortodontiche, salvo specifiche deroghe previste dal sussidio;
- d. le prestazioni di routine, controllo nonché i vaccini;
- e. le prestazioni conseguenti a suicidio e tentato suicidio;
- f. le prestazioni finalizzate all'eliminazione o correzione di difetti fisici e malformazioni preesistenti alla data di adesione del sussidio, ad eccezione degli Interventi per i bambini che non abbiano superato i 5 anni;
- g. le prestazioni relative a Malattie mentali ed i disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche;
- h. le prestazioni sanitarie e le cure aventi finalità estetica, salvo gli Interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva resi necessari da Malattia o Infortunio rimborsabili, purché effettuate nei 360 giorni successivi all'Intervento e comunque durante la validità del sussidio;
- i. Infortuni o Malattie derivanti da dolo dell'Associato;
- j. le prestazioni, le terapie e le cure non riconosciute dalla medicina ufficiale, quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, quelle omeopatiche, fitoterapiche, nonché quelle effettuate da medici o paramedici non abilitati all'esercizio dell'attività professionale;
- k. i farmaci non riconosciuti dalla Farmacopea Ufficiale;
- l. le prestazioni erogate da medici o paramedici abilitati che non siano in possesso di specializzazione medica pertinente con la prestazione erogata;

- m. le cure e gli Interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale;
- n. l'aborto volontario non terapeutico;
- o. i Ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in regime ambulatoriale, purché consentito dallo stato di salute dell'Assistito;
- p. le prestazioni conseguenti a reati o ad azioni dolose compiute o tentate dall'Associato. Sono compresi nella garanzia quelle sofferte in conseguenza di imprudenza o negligenza anche gravi dell'Associato stesso;
- q. gli Infortuni conseguenti ad assunzione di sostanze psicoattive (stupefacenti, farmaci, sostanze psicotrope), a scopo non terapeutico;
- r. gli infortuni causati dallo stato di ebbrezza o di ubriachezza;
- s. le Malattie correlate all'abuso di alcool o al consumo di stupefacenti e sostanze psicotrope, assunte non a scopo terapeutico;
- t. gli Infortuni conseguenti alla pratica di sport aerei e gare motoristiche in genere o di sport costituenti per l'assistito attività professionale;
- u. le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e delle accelerazioni di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.), nonché da campi elettromagnetici;
- v. le conseguenze di inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche, movimenti tellurici;
- w. i ricoveri causati dalla necessità dell'Associato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché Ricoveri di lunga degenza. In tal senso si intendono Ricoveri

di lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Associato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituti di cura per Interventi di carattere assistenziale e fisioterapico di mantenimento.

Art. 19 – Sottoscrizione di più Sussidi

Qualora l'Associato abbia sottoscritto con la MBA più di un sussidio, avrà diritto ad ottenere la **migliore prestazione** (Rimborso delle spese, erogazione di indennità o indennizzo) dovuta per il sussidio più favorevole, salve eventuali deroghe specifiche previste nel presente Sussidio.

Art. 20 – Limiti territoriali

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

Art. 21 – Responsabilità di terzi

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

Art. 22 – Oneri dell'Assistito.

La richiesta di rimborso deve essere corredata da:

- 1) copia della prescrizione medica, indicante la diagnosi o il quesito diagnostico, relativa alla prestazione di cui si richiede il rimborso, ovvero da copia del referto medico attestante la natura della malattia o dell'infortunio. In caso di ricovero ospedaliero e Day-Hospital dovrà essere presentata copia della cartella clinica completa (anche su supporto elettronico). Le certificazioni di cui sopra (prescrizione, referto, cartella clinica) dovranno anche indicare, in modo esauriente, la data di prima manifestazione e diagnosi della patologia, ovvero la data di accadimento dell'infortunio.
- 2) Copia della documentazione di spesa (distinte e ricevute) debitamente quietanzate.

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

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

Art. 23 - Modalità di erogazione delle prestazioni.

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

Le spese relative alla prestazione erogata in assistenza diretta presso strutture

sanitarie e medici/professionisti convenzionati con MBA vengono corrisposte direttamente da MBA alle strutture sanitarie convenzionate ed ai medici/professionisti convenzionati.

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

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

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

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

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

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

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

Nel caso in cui, invece, l'assistito non richieda l'applicazione delle specifiche agevolazioni tariffarie concordate da

MBA, la Mutua provvederà al rimborso delle spese come se si trattasse di prestazioni effettuate presso strutture sanitarie/medici/professionisti non convenzionati (vedi lettera b) nei limiti, in ogni caso, delle singole tariffe agevolate concordate da MBA con le strutture/medici/professionisti convenzionati, che sarebbero state applicate ove l'Assistito ne avesse fatto richiesta così come indicato al primo capoverso della presente lettera c).

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

SEZIONE A: SOSTEGNO
A.1. INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO
Art. A.1.1. Operatività della garanzia

La garanzia si attiva nei casi di invalidità permanente derivante da infortunio che l'Associato Titolare e/o membro del nucleo familiare abbia subito nell'esercizio della propria attività professionale e/o in ogni altra attività che non abbia carattere di professionalità, fatta eccezione per quelle indicate all'art. 18, Sez. 3. (Esclusioni).

Si precisa che, per l'erogazione della presente garanzia, è necessario che l'infortunio sia occorso durante la vigenza del presente sussidio, fermo restando che, per i casi di invalidità permanente conseguente a infortuni occorsi prima della data di adesione al presente sussidio, è da intendersi esclusa l'attivazione della presente garanzia (art. 17 Sez. 3 - Pregresse).

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di invalidità permanente sono ridotte tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. A.1.2. Grado di invalidità permanente e relativa indennità

Qualora l'infortunio abbia come conseguenza una invalidità permanente dell'Associato Titolare e/o membro del nucleo familiare, totale o parziale, che si sia manifestata entro due anni dal giorno dell'evento (anche in caso di mancato rinnovo del sussidio), MBA, in base alla tabella di seguito riportata, eroga un contributo economico pari al valore in euro corrispondente al grado di percentuale accertata, **fino ad un importo massimo per nucleo familiare indicato all'Art. A.1.3., con una quota a carico dell'Associato per i primi 10 punti percentuali.**

Grado % IP	Valore Contributo Economico €	Grado % IP	Valore Contributo Economico €	Grado % IP	Valore Contributo Economico €
1 - 5	Nessuna	36 - 40	4.000,00	71 - 75	14.000,00
6 - 10	Nessuna	41 - 45	4.500,00	76 - 80	16.000,00
11 - 15	500,00	46 - 50	5.000,00	81 - 85	19.250,00
16 - 20	1.000,00	51 - 55	6.000,00	86 - 90	20.000,00
21 - 25	2.000,00	56 - 60	8.000,00	91 - 95	22.000,00
26 - 30	2.500,00	61 - 65	10.000,00	96 - 99	25.000,00
31 - 35	3.500,00	66 - 70	12.000,00	100	25.000,00

Il grado di invalidità permanente viene accertato facendo riferimento ai valori, da intendersi quali massimi, delle seguenti menomazioni:

Perdita totale, anatomica o funzionale di:	Valori Destro	Valori Sinistro
un arto superiore	70%	60%
una mano o un avambraccio	60%	50%
un pollice	18%	16%
un indice	14%	12%
un medio	8%	6%
un anulare	8%	6%
un mignolo	12%	10%
una falange del pollice	9%	8%
una falange dell'altro dito della mano	1/3 del valore del dito	

Anchilosi:	Valori Destro	Valori Sinistro
Dalla scapola omerale con arto in posizione favorevole, con immobilità scapola	25%	20%
Del gomito in angolazione tra fra 120° e 70° con prono-supinazione libera	20%	15%
Del polso in estensione rettilinea con prono-supinazione libera	10%	8%

Paralisi completa:	Valori Destro	Valori Sinistro
del nervo radiale	35%	30%
del nervo ulnare	20%	17%

Perdita anatomica o funzionale di un arto inferiore:	Valori
al di sopra della metà coscia	70%
al di sotto della metà coscia ma al di sopra del ginocchio	60%
al di sotto del ginocchio ma al di sopra del terzo medio di gamba	50%

Perdita anatomica o funzionale di:	Valori
Un piede	40%
Ambedue i piedi	100%
Un alluce	5%
Un dito del piede diverso dall'alluce	1%
Falange ungueale dell'alluce	2,5%

Anchilosi:	Valori
Dell'anca in posizione favorevole	35%
Del ginocchio in estensione	25%
Della tibio-tarsica con anchilosi ad angolo retto con anchilosi della sottoastralgica	15%

Sordità completa:	Valori
Un orecchio	10%
Ambedue le orecchie	40%

Stenosi nasale assoluta:	Valori
Monolaterale	4%
Bilaterale	10%

Perdita anatomica di:	Valori
Un rene	15%
Della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%

Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:	Valori
Una vertebra cervicale	12%
Una vertebra dorsale	5%
12° dorsale	10%
Una vertebra lombare	10%

Varie:	Valori
Esiti di frattura di un metamero sacrale	3%
Esiti di frattura di un metamero coccigeo con callo deforme	5%
Perdita totale, anatomica o funzionale di un occhio	25%
Perdita totale, anatomica o funzionale di ambedue gli occhi	100%
Esiti di frattura scomposta di una costa	1%
Paralisi completa del nervo sciatico popliteo esterno	15%
perdita totale della voce	30%
Ernia addome da sforzo ed ernie traumatiche solo in caso che non siano operabili	Max 10%

Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinità, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro.

Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente parziale, non determinabile sulla base dei valori sopra previsti, si farà riferimento ai criteri qui di seguito indicati:

- nel caso di minorazioni, anziché di perdite di un arto o di un organo e nel caso di menomazioni diverse da quelle sopra elencate, le percentuali sono calcolate entro il limite di quelle sopra indicate ed in proporzione alla funzionalità perduta;
- nel caso di menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con somma matematica fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
- nel caso in cui l'invalidità permanente non sia determinabile sulla base dei valori sopra elencati e ai criteri sopra riportati, la stessa viene comunque determinata in riferimento ai valori e ai criteri sopra indicati tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'associato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti, comporta l'applicazione della percentuale di invalidità calcolata sulla base dei valori sopra indicati e dei criteri sopra richiamati, pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

Art. A.1.3. Massimale riconosciuto e modalità di erogazione delle prestazioni

Il limite annuo garantito per le prestazioni di cui alla presente Sezione A.1. **è pari ad € 25.000,00** (tale importo si intende per nucleo familiare qualora il presente sussidio sia stato a questo esteso).

Determinata l'invalidità ai sensi dell'Art. A.1.2. e, conseguentemente, l'importo economico complessivo a favore dell'Associato, MBA provvederà a riconoscere detto importo in rate mensili di € 2.500,00 (con eventuale minor importo in occasione dell'ultima erogazione).

In caso di premorienza dell'Assistito, il restante importo verrà erogato in parti uguali agli eredi, nelle medesime modalità di cui al comma che precede.

Art. A.1.4. Anticipo

In caso di invalidità superiore al 50% riconosciuta ai sensi della presente Sezione A.1., è facoltà dell'Assistito, richiedere fino al 50% dell'importo economico a proprio favore per far fronte alle spese di ristrutturazione della propria abitazione necessarie per l'adeguamento della stessa in conseguenza dell'invalidità sopravvenuta.

Ai fini del riconoscimento dell'importo di cui al primo comma del presente Art. A.1.4. l'Assistito dovrà produrre un preventivo dettagliato dei lavori ed opere di ristrutturazione rilasciato dalla ditta incaricata e produrre.

Inoltre, entro 30 giorni dall'erogazione della prestazione da parte di MBA l'interessato dovrà inviare alla Mutua idonea documentazione (copia del bonifico) a comprova dell'avvenuto pagamento della ditta che ha eseguito i lavori ovvero del materiale acquistato per l'esecuzione degli stessi.

L'importo di cui al primo comma del presente articolo potrà essere richiesto anche nel caso in cui l'Assistito debba sottoporsi a ricovero con intervento chirurgico a seguito dell'infortunio occorso; in questo caso dovrà essere prodotto preventivo rilasciato dalla casa di cura con indicazione dei costi delle prestazioni sanitarie da sostenere.

A.2. INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

PRESTAZIONE NON PREVISTA

A.3. PREMORIENZA – VALIDA SOLO PER IL TITOLARE DEL SUSSIDIO

Art. A.3.1. Operatività della garanzia

La presente garanzia si intende valida esclusivamente per l'Assistito titolare del presente sussidio.

In caso di premorienza, a causa di malattia o infortunio garantiti nei termini del presente Regolamento, dell'Assistito – Titolare del presente sussidio, la Mutua riconosce agli eredi di questi un contributo economico pari ad **€ 15.000,00**.

Nel caso in cui la causa del decesso dell'Assistito Titolare del sussidio sia la medesima che ha dato origine ad una delle invalidità di cui alle Sezioni A.1. (invalidità permanente a seguito di infortunio) o A.2. (invalidità permanente a seguito di malattia) e per tali invalidità la Mutua abbia già riconosciuto all'Assistito un contributo economico pari all'importo massimo erogabile previsto rispettivamente agli artt. A.1.3 e A.2.4., il contributo economico di cui al primo comma si intende ridotto nella misura del 50%.

Il contributo di cui al secondo comma della presente Sezione A.3. è riconosciuto anche in caso di suicidio, avvenuto dopo due anni dall'adesione al presente sussidio.

A.4. PERDITA DI FONTI REDDITUALI – VALIDA SOLO PER IL TITOLARE DEL SUSSIDIO

Art. A.4.1. Operatività della garanzia

Le Garanzie di cui agli articoli che seguono (dall'art. A.4.2. all'art. A.4.6) si intendono valide esclusivamente per l'Assistito Titolare del presente sussidio.

Art. A.4.2. Sussidio lavoro dipendente

In caso di perdita del lavoro da parte dell'Associato Titolare del presente Sussidio, per cause a lui non imputabili, la MBA rimborserà le spese successivamente elencate a condizione che l'Associato abbia un contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato (limite minimo: 16 ore settimanali) da almeno dodici mesi (conclusi) al momento della sottoscrizione del modulo di adesione alla Mutua e al presente Sussidio.

La presente garanzia verrà attivata qualora la perdita di lavoro sia conseguenza di uno dei casi sotto elencati:

1. procedura concorsuale di cui al R.D. del 16.03.1942 s.m.i. dell'Azienda/società/ente – datore di lavoro dell'Associato;
2. licenziamento per giustificato motivo oggettivo legato all'attività produttiva, il regolare funzionamento e/o l'organizzazione del lavoro dell'azienda/società/ente – datore di lavoro dell'Associato, in conformità alla Legge n. 604/1966 s.m.i.;

3. licenziamento conseguente a procedure di riduzione del personale (ivi compresa la procedura di riduzione di mobilità) in conformità alle norme vigenti in materia di licenziamenti collettivi.

In tutti i casi sopra elencati e a seguito di richiesta inoltrata dall'Associato, la MBA, potrà provvedere al rimborso delle seguenti spese debitamente quietanzate, anche qualora queste siano intestate a familiari ricompresi nel nucleo familiare e relativi a contratti già in essere al momento del licenziamento (per le cause sopra elencate):

- a) fatture per le utenze domestiche quali luce, acqua e gas successive (come periodo di consumo) al licenziamento stesso;
- b) retta mensile e/o spese per mensa dell'asilo nido, scuola materna e/o scuola primaria (istituti pubblici) del figlio/i dell'Associato;
- c) tassa sui rifiuti solidi urbani relativi all'abitazione di residenza dell'Associato;
- d) oneri condominiali relativi all'abitazione di residenza dell'Associato;
- e) canone di locazione dell'abitazione di residenza dell'Associato;
- f) rata del mutuo relativo all'abitazione di residenza dell'Associato.

La Mutua rimborserà le suindicate spese esclusivamente nelle uniche ipotesi in cui la perdita da lavoro possa essere ascrivibile ai casi di licenziamento sopra elencati ai num. 1, 2 e 3 del presente articolo.

Condizione necessaria affinché la Mutua provveda al rimborso delle voci sopra elencate è che l'Associato Titolare del Sussidio, abbia perso il lavoro subordinato per un **periodo non inferiore a 30 giorni consecutivi e che, quest'ultimo, comunichi l'evento con la necessaria documentazione entro il termine massimo di 90 giorni dal verificarsi del licenziamento, al fine di attivare la presente garanzia.**

Ad ogni modo la MBA rimborserà le spese sostenute dall'Associato a decorrere dal giorno del licenziamento stesso ed effettuate nell'arco massimo di **6 mesi** fermo restando che l'Assistito versi in uno stato di non occupazione.

Il rimborso avverrà per spese che siano state sostenute in Italia e nei limiti del **massimale mensile di € 500,00** purché l'Assistito versi in uno stato di non occupazione.

Le prestazioni previste dal presente Art. A.4.2. non sono cumulabili con quelle previste dall'Art. A.4.5.; ove ne ricorrano i casi, l'Associato potrà decidere quali delle due tutele attivare.

Art. A.4.3. Esclusioni Aggiuntive

Fermo quanto previsto all'Art. 18 della Sezione 3, la garanzia di cui all'art. A.4.2. non avrà efficacia qualora:

- il contratto di lavoro dell'Associato sia stipulato con società di intermediazione, somministrazione e fornitura di lavoro ad azienda/società/ente che effettui i licenziamenti di cui all'art. A.4.2. nei confronti dell'Associato;
- per contratti di lavoro domestico;
- per contratti di lavoro a progetto;
- per contratti di lavoro autonomo anche se configurati da collaborazione coordinata e continuativa;

- per contratti di formazione, tirocinio, stage, apprendistato e inserimento al lavoro
- per contratti stipulati con aziende/società/enti che compiano a qualsiasi titolo attività non lecite.

Saranno inoltre escluse dal rimborso, le spese sostenute in caso di:

- aspettativa;
- sospensione temporanea dal lavoro;
- forme di congedo temporaneo;
- assegnazione a Cassa Integrazione (tutte le forme);
- ricorso a contratti di solidarietà;
- cessazione del rapporto di lavoro durante o alla fine del periodo di prova contrattuale;
- dimissioni del lavoratore a qualsiasi titolo, anche concordate attraverso l'utilizzo di ammortizzatori sociali;
- raggiungimento dell'età pensionabile dell'Associato;
- scioglimento del rapporto contrattuale di lavoro per limiti di età dell'Associato;
- decesso dell'Associato;
- dimissioni per motivi di salute dell'Associato;
- i casi di licenziamento da azienda/società/ente che avesse avviato le procedure di cui al precedente art. A.4.2., n. 1) almeno 90 giorni prima la sottoscrizione del Sussidio da parte dell'Associato;
- qualora il licenziamento sia stato concordato precedentemente la sottoscrizione del Sussidio, ma abbia i suoi effetti in corso di validità dello stesso.

In ogni caso non si potranno considerare rimborsabili le spese sostenute dall'Associato che abbia rinunciato alla reintegrazione al lavoro a seguito di decisione giudiziaria o arbitrale occorsa a seguito di ricorso contro il recesso esercitato dal datore di lavoro.

Art. A.4.4. Carenze

La Mutua in nessun caso rimborserà le spese relative alla garanzia di cui all'art. A.4.2. e seguenti sotto-articoli, qualora l'evento licenziamento sia avvenuto entro 90 (novanta) giorni dalla decorrenza del sussidio.

Art. A.4.5. Sussidio lavoro autonomo

In caso di perdita del lavoro da parte dell'Associato Titolare del presente Sussidio, per cause a lui non imputabili, la MBA rimborserà le spese successivamente elencate a condizione che l'Associato sia un lavoratore autonomo al momento del verificarsi dell'evento rimborsabile.

Per lavoratore autonomo si intende la persona fisica che si obbliga a compiere verso corrispettivo un'opera o un servizio, con lavoro prevalentemente proprio e senza vincolo di subordinazione nei confronti del committente.

Per perdita di lavoro autonomo, ai fini dell'attivazione della presente garanzia, la MBA intenderà solo ed esclusivamente la perdita del lavoro derivante da Inabilità temporanea totale da infortunio o

malattia, ossia la perdita temporanea, in misura totale, della capacità dell'Associato a svolgere l'attività professionale esercitata.

In ogni caso la MBA non riterrà perdita di lavoro autonomo tutti quei casi che siano riconducibili ad una malattia già preesistente al momento della sottoscrizione del Sussidio, sia come conseguenza diretta di essa che come aggravamento della condizione preesistente.

A seguire il dettaglio delle spese rimborsabili dalla MBA (debitamente quietanzate anche qualora intestate a familiare riconducibile al nucleo familiare) e qualora sussistano le condizioni sopra esposte:

- fatture per le utenze domestiche quali luce, acqua e gas successive per periodo di consumo, al licenziamento oggetto della presente garanzia;
- retta mensile e/o spese per mensa dell'asilo nido, scuola materna e/o scuola primaria (istituti pubblici) del figlio/i dell'Associato;
- tassa sui rifiuti solidi urbani relativi all'abitazione di residenza dell'Associato;
- oneri condominiali relativi all'abitazione di residenza dell'Associato;
- canone di locazione dell'abitazione di residenza dell'Associato;
- rata del mutuo relativo all'abitazione di residenza dell'Associato.

La Mutua non rimborserà alcuna spesa nei casi in cui si potrà considerare la perdita del lavoro autonomo una conseguenza di una malattia o un infortunio non rimborsabile ai sensi del presente Regolamento così come previsto all'art. 18 della Sezione 3 (Esclusioni).

Condizione necessaria affinché la Mutua provveda al rimborso delle voci sopra elencate è che l'Associato abbia perso la capacità lavorativa, per un **periodo non inferiore a 30 giorni consecutivi dal verificarsi dell'inabilità dovuta ad infortunio e per un periodo non inferiore a 60 giorni in caso di inabilità dovuta a malattia.**

E' inoltre necessario che l'Associato comunichi l'evento con la necessaria documentazione entro il termine massimo di 90 giorni dal verificarsi dello stesso, al fine di attivare la presente garanzia.

Ad ogni modo la MBA rimborserà le spese sostenute ed effettuate nell'arco massimo di **6 mesi**, a decorrere dal giorno dell'evento che determina la perdita della capacità dell'Associato a svolgere l'attività professionale esercitata.

Il rimborso avverrà per spese che siano state sostenute in Italia e nei limiti del **massimale mensile di € 500,00** purché l'Assistito versi in uno stato di non occupazione.

Le prestazioni previste dal presente art.A.4.5 non sono cumulabili con quelle previste dall'art. A.4.2.; ove ne ricorrano i casi l'Associato potrà decidere quali delle due tutele attivare.

Art. A.4.6. Carenze

In deroga all' art. 16 Sez. 3, la Mutua in nessun caso rimborserà le spese relative alla garanzia di cui all'art. A.4.5., qualora l'evento inabilità sia avvenuto entro 90 (novanta) giorni dalla decorrenza del sussidio.

A.5. GRAVI EVENTI MORBOSI**Art. A.5.1. Operatività della garanzia**

La Mutua MBA provvede al rimborso delle spese sanitarie ed assistenziali sostenute dall'Associato, sia presso strutture convenzionate che non convenzionate con la Centrale Salute (ivi comprese le strutture del S.S.N.), prettamente legate al verificarsi delle seguenti malattie/infortuni rimborsabili previste al successivo art. A.5.2.

Art. A.5.2. Elenco Gravi Eventi Morbosi

Si considerano rimborsabili, ai sensi del presente Sussidio ed in base a quanto previsto dalla presente sezione A.5 le seguenti malattie/infortuni:

1. **Infarto miocardico acuto:** coronaropatia qualora dia origini a necrosi ischemiche acute del miocardio da brusca riduzione del flusso coronarico che provochi ricovero in unità coronarica di almeno 5 giorni.
La diagnosi viene formulata per la presenza contemporanea dei seguenti caratteri:
 - dolore precordiale
 - alterazione tipiche all'ECG
 - aumento dell'attività sierica degli enzimi liberati dalle cellule miocardiche.
2. **Ictus cerebrale (accidente cerebrovascolare acuto):** emorragia od infarto cerebrale (trombosi od embolia) ad esordio brusco immediatamente riscontrato in ambito di ricovero ospedaliero che produca danno neurologico sensitivo o motorio.
3. **Tumore:** neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale, la cui diagnosi venga basata e dimostrata da esame istopatologico o da altra certificazione ospedaliera. Limitatamente alla sola copertura in oggetto, vengono esclusi: i carcinomi in situ, la degenerazione neoplastica dei polipi intestinali, i carcinomi della mammella che non hanno interessamento linfonodale metastatico, i carcinomi della vescica urinaria limitati al I stadio ed i tumori cutanei ad eccezione del melanoma maligno del III e IV stadio di Clarke.
4. **Insufficienza Renale:** malattia renale irreversibile in dialisi cronica
5. **Ustioni del 3° grado** con estensione pari almeno al 20% del corpo
6. **Tetraplegia**
7. **Sclerosi multipla**
8. **Sclerosi laterale amiotrofica**
9. **Alzheimer**
10. **Morbo di Parkinson**

Art. A.5.3. Precisazioni in merito alle condizioni di operatività

Fermo quanto previsto agli artt. 16, 17 e 18 della Sezione 3, la garanzia di cui alla Sezione A.5. è operante a condizione che la data della prima diagnosi (comprovata da cartella clinica e certificazione medica) del Grave Evento Morboso sia successiva alla data di decorrenza del sussidio o comunque successiva alla data di inserimento in copertura dell'Associato membro del nucleo familiare.

Art. A.5.4. Massimale riconosciuto e modalità di erogazione delle prestazioni

La Mutua provvederà al rimborso delle spese per le prestazioni di cui alla presente Sezione A.5. nei limiti del **massimale mensile di € 300,00 che verrà riconosciuto per un massimo di 1 anno (12 mesi)**.

Nel caso in cui per uno dei Gravi Eventi Morbosi di cui alla presente Sezione A.5. (artt. A.5.1, A.5.2 e A.5.3.), l'Assistito abbia anche fruito del contributo economico previsto alle Sezioni A.1. (invalidità permanente a seguito di infortunio) o A.2. (invalidità permanente a seguito di malattia) e per tali invalidità la Mutua abbia già riconosciuto all'Assistito un contributo economico pari almeno al 50% dell'importo massimo erogabile previsto rispettivamente agli artt. A.1.3. e A.2.4., il massimale mensile di cui al primo comma si intenderà diminuito a € 350,00 (eventualmente dal mese successivo al riconoscimento del contributo di cui alle Sezioni A.1. e A.2.)

SEZIONE B: WELLNESS**B.1. PALESTRA****Art. B.1.1. Operatività della garanzia**

In caso di Ricovero con intervento chirurgico (escluso Day Hospital ed Intervento Ambulatoriale) ovvero a seguito di infortunio, rimborsabili ai sensi del presente sussidio, la Mutua MBA provvede al rimborso delle spese per l'abbonamento in palestra.

L'iscrizione alla palestra deve essere prescritta da un medico specialista e utile per il recupero a seguito dell'intervento o dell'Infortunio stesso.

Il rimborso massimo è pari ad € 25,00 per ciascun mese e verrà riconosciuto per un massimo di 6 mesi successivi all'evento. La prestazione prevista dalla presente Sezione B.1. non è cumulabile con quella prevista dalla successiva Sezione B.2.

B.2. RIABILITAZIONE**Art. B.2.1. Operatività della garanzia**

Nel caso di uno dei gravi eventi di seguito indicati, la Mutua MBA provvede al rimborso delle spese per l'abbonamento ad una palestra e/o piscina:

- a. Infarto
- b. Ictus
- c. Patologie Ortopediche/o neuromuscolari.

L'iscrizione alla palestra e/o piscina deve essere prescritta da un medico specialista e utile per il recupero della riabilitazione fisica e psicomotoria.

Il rimborso massimo sarà pari ad € 25,00 per ciascun mese e verrà riconosciuto per un massimo di 6 mesi successivi all'evento/diagnosi. La prestazione prevista dalla presente Sezione B.2. non è cumulabile con quella prevista dalla precedente Sezione B.1.

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

Fermo quanto previsto agli artt. 16, 17 e 18 della Sezione 3, la garanzia di cui alla Sezione B.2. è operante a condizione che la data della prima diagnosi (comprovata da cartella clinica e certificazione medica) sia successiva alla data di decorrenza del Sussidio o comunque successiva alla data di inserimento in copertura dell'Associato membro del nucleo familiare.

B.3. CONSULTI

PRESTAZIONE NON PREVISTA

B.4. CURE TERMALI E MASSAGGI

Art. B.4.1. Operatività della garanzia

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 specialistica e necessari per il recupero a seguito dell'intervento o dell'Infortunio stesso, provvede al rimborso delle spese per l'ingresso a centri medici specializzati in massaggi e cure termali.

Il rimborso massimo sarà pari ad € 30,00 per prestazione/ingresso al centro per un massimo di 3 prestazioni l'anno.

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

Le prestazioni previste dalla presente Sezione B.4. si intendono valide e quindi fruibili a partire dal quarto anno ininterrotto di adesione al sussidio e, a seguire, con decadenza biennale.

SEZIONE C: FAMIGLIA**C.1. RICOVERO GENITORI****Art. C.1.1. Operatività della garanzia**

In caso di Ricovero con pernottamento del Titolare del sussidio o del coniuge/convivente more uxorio ed in presenza di figli conviventi di età non superiore a di 12 anni, ovvero senza limiti di età qualora i figli siano invalidi superiori al 66%, la Mutua rimborsa un importo massimo giornaliero di € 50,00 per le spese di una baby sitter e/o collaboratrice familiare.

Il rimborso verrà riconosciuto per un limite massimo di giorni pari a quelli del ricovero, restando il limite massimo di 45 giorni per ciascuna annualità.

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

La prestazione prevista dalla presente Sezione C.1. si intende valida anche nel caso di Sussidio attivato nella formula single, in questo caso ai fini del rimborso l'Assistito dovrà fornire oltre che la copia della cartella clinica del ricovero anche copia del certificato di stato di famiglia.

C.2. BONUS BEBE'**Art. C.2.1. Operatività della garanzia**

In caso di nascita di un figlio del Titolare del sussidio, ovvero in caso di adozione di minore da parte dello stesso, la Mutua riconosce una indennità onnicomprensiva annua pari ad € 200,00.

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

Le prestazioni previste dalla presente Sezione C.2 si intendono valide e quindi fruibili a partire dal secondo anno ininterrotto di adesione al sussidio.

C.3. CURE BAMBINO – valido solo in caso di estensione del sussidio al nucleo familiare**Art. C.3.1. Operatività della garanzia**

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 rimborso dei medicinali – compresi quelli omeopatici - necessari ai figli assistiti, ai sensi del presente sussidio, con età non superiore a 12 anni.

Ai fini del rimborso dovranno essere trasmessi a MBA, oltre alla prescrizione medica di cui sopra, le fustelle dei medicinali, gli scontrini di acquisto degli stessi ove sia possibile determinare oltre che il farmaco acquistato anche il codice fiscale dell'acquirente (che potrà essere quello del fruitore ovvero di uno dei due genitori).

La Mutua MBA provvede al rimborso della spesa sostenuta ad eccezione di una **quota di spesa a carico dell'Associato del 10% con un minimo non rimborsabile di € 15,00 per singolo scontrino**.

Il limite massimo garantito per le prestazioni di cui al presente punto è pari ad **€ 300,00** per ciascuna annualità.

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

Le prestazioni previste dalla presente Sezione C.3. si intendono valide e fruibili:

- solo in caso di estensione del sussidio al nucleo familiare
- a partire dal terzo anno ininterrotto di adesione al sussidio.

C.4. INCENTIVO ALLO STUDIO – valido solo in caso di estensione del Sussidio al nucleo familiare

Art. C.4.1. Operatività della garanzia

In caso di conseguimento, con votazione non inferiore a 85/100, del diploma quinquennale di scuola secondaria superiore da parte di un figlio assistito ai sensi del presente sussidio, la Mutua provvede al rimborso delle spese per l'acquisto dei libri necessari per frequentazione dei corsi e la preparazione agli esami del I anno di Università, alla quale il figlio dovrà iscriversi entro un anno dal conseguimento del diploma.

Ai fini del rimborso, dovranno essere presentati a MBA:

- a. copia del diploma (o attestazione equivalente) dalla quale risulti la votazione conseguita non inferiore a 85/100;
- b. copia del certificato di iscrizione all'università;
- c. certificazione dalla quale risultino i corsi/esami del I anno del corso universitario frequentato;
- d. attestazione dei libri di testo necessari per la frequenza ai corsi/superamento degli esami di cui alla lettera c.;
- e. fattura/ricevuta dell'acquisto dei libri con indicazione dettagliata dei libri acquistati (rientranti tra quelli di cui alla lettera d.) e dei relativi costi.

Rimane fermo che la Mutua provvederà al rimborso di quanto previsto dalla presente Sezione a condizione che l'acquisto dei libri avvenga entro 15 mesi dalla data di iscrizione all'Università.

La Mutua MBA provvede al rimborso della spesa sostenuta ad eccezione di una **quota di spesa a carico dell'Associato del 30%**.

Il limite garantito per le prestazioni di cui alla presente Sezione C.4. è pari ad **€ 300,00** per ciascun figlio.

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

Le prestazioni previste dalla presente Sezione C.4. si intendono valide e fruibili:

- solo in caso di estensione del Sussidio al nucleo familiare
- a partire dal quarto anno ininterrotto di adesione al Sussidio.

C.5. PREMIO DI LAUREA – valido solo in caso di estensione del Sussidio al nucleo familiare.

Art. C.5.1. Operatività della garanzia

In caso di conseguimento, con votazione non inferiore a 100/110 e nel limite del primo anno fuori corso (un anno in più rispetto alla regolare durata del corso universitario), di laurea magistrale o specialistica, da parte di ciascun figlio assistito ai sensi del presente sussidio, la Mutua provvede a riconoscere un premio al neolaureato.

Ai fini del rimborso, dovranno essere presentati a MBA:

- a. copia del certificato di laurea (o attestazione equivalente) dalla quale risulti la votazione conseguita non inferiore a 100/110;
- b. copia del certificato dell'Università dal quale risultino la data di iscrizione e la durata del corso di laurea frequentato.

Il limite garantito per la presente Sezione C.5. è pari a **€ 300,00** per ciascun figlio.

Art. C.5.2. Precisazioni in merito alle condizioni di operatività

Le prestazioni previste dalla presente Sezione C.5. si intendono valide e fruibili:

- solo in caso di estensione del Sussidio al nucleo familiare
- a partire dal quarto anno ininterrotto di adesione al Sussidio.

SEZIONE D: PREVENZIONE

D.1. HOME TEST

Per ogni anno di validità del presente sussidio, MBA invierà al domicilio del titolare del sussidio **1** "Home Test" per l'analisi domestica di alcuni valori utili alla prevenzione della salute. Nel caso in cui il presente sussidio sia stato esteso al nucleo familiare il numero degli "Home Test" di cui sopra sarà pari a **2**.

Il Kit di prevenzione verrà inviato dalla MBA una volta selezionato in base al sesso e all'età dell'Associato al momento dell'invio.

Il kit di prevenzione NON È UNO STRUMENTO DI DIAGNOSI, eseguita quest'ultima dal medico, ma vuole essere un utile primo strumento per valutare la necessità di ulteriori, se necessario, esami/visite di accertamento in base al test eseguito.

I Kit di prevenzione inviati da MBA sono test di elevata qualità, sicuri ed affidabili. Tutti i test sono di pratico utilizzo e permettono una facile lettura dei risultati e sono adatti a tutti i tipi di utilizzatori, sono certificati da enti terzi notificati e rispettano i requisiti internazionali di specificità e sensibilità. Ulteriori indicazioni saranno contenute nel kit stesso.

D.2. PREVENZIONE ODONTOIATRICA

PRESTAZIONE NON PREVISTA

D.3. CHECK UP – LIVELLO 1

Art. D.3.1. Operatività della garanzia

La Mutua provvede al rimborso (con pagamento diretto alla struttura utilizzata), **una volta ogni due anni e per nucleo familiare**, delle spese relative alle prestazioni di prevenzione di seguito indicate: il check up della Fascia 1 + uno a scelta della Fascia 2.

FASCIA 1:

a) CHECK UP CARDIOLOGICO DIAGNOSTICO PARZIALE 1

Elettrocardiogramma

Ecocardiografia color Doppler

FASCIA 2

Un check up a scelta tra quelli di seguito indicati:

b) CHECK UP DERMATOLOGICO

Video-Dermatoscopia (microlesioni e controlli nevi)

c) CHECK UP SPORTIVO NON AGONISTICO

Elettrocardiogramma

Misurazione della pressione arteriosa attraverso sfigmomanometro

Misurazione impedenziometria e peso corporeo attraverso bilancia digitale

Saturimetria (frequenza cardiaca e quantità d'ossigeno nel sangue)

Le prestazioni di cui alla presente Sezione D.3. sono fruibili in aggiunta a quelle previste dalla Sezione D.4, ferme restando le specifiche condizioni di rimborso indicate nelle citate Sezioni.

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

Le spese previste dalla Sezione D.3. si intendono rimborsabili solo per prestazioni effettuate, in assistenza diretta, in una delle strutture appartenenti allo specifico network convenzionato con MBA; tali spese saranno rimborsate dalla MBA direttamente alla struttura utilizzata, senza applicazione di alcuna Quota di spesa a carico dell'Assistito.

Inoltre, le prestazioni previste dalla presente Sezione D.3. si intendono valide e fruibili a partire dal terzo anno ininterrotto di adesione al sussidio.

D.4. CHECK UP - LIVELLO 2

Art. D.4.1. Operatività della garanzia

Le prestazioni sono valide esclusivamente nell'anno di compimento dell'età minima di 25 anni o annualità successive purché siano sempre pari a multipli di cinque (25, 30, 35 anni e così via).

La Mutua provvede al rimborso (con pagamento diretto alla struttura utilizzata), **entro sei mesi dal giorno di compimento dell'età indicata in premessa**, delle spese relative alle prestazioni di prevenzione di seguito indicate.

Il limite garantito per le prestazioni di cui alla presente Sezione D.4. è pari ad **€ 100,00** per ciascuna annualità e nucleo familiare, e potrà essere utilizzato per effettuare nelle modalità indicate nei due commi che precedono, le prestazioni di prevenzione di seguito indicate.

a) CHECK UP COMPLETO

Elettrocardiogramma

Ecocardiografia color Doppler

Misurazione della pressione arteriosa attraverso sfigmomanometro

Misurazione impedenziometria e peso corporeo attraverso bilancia digitale

Saturimetria (frequenza cardiaca e quantità d'ossigeno nel sangue)

Ematrocito

Emoglobina

Eritrociti

Colesterolo Totale

Colesterolo HDL

Glucosio

Trigliceridi

Emoglobina glicata

Esame delle Urine Completo

Video-dermatoscopia (microlesioni e controlli nevi)

Spirometria (funzionalità respiratoria)

b) CHECK UP EMATICO e URINE

Ematocrito

Emoglobina

Eritrociti

Colesterolo Totale

Colesterolo HDL

Glucosio

Trigliceridi

Emoglobina glicata

Esame delle Urine Completo

c) CHECK UP DERMATOLOGICO

Video-Dermatoscopia (microlesioni e controlli nevi)

d) CHECK UP PNEUMOLOGICO

Spirometria (funzionalità respiratoria)

e) CHECK UP CARDIOLOGICO DIAGNOSTICO COMPLETO

Elettrocardiogramma

Ecocardiografia color Doppler

Misurazione della pressione arteriosa attraverso sfigmomanometro

Misurazione impedenziometria e peso corporeo attraverso bilancia digitale

Saturimetria (frequenza cardiaca e quantità d'ossigeno nel sangue)

Ecodoppler tronchi sovraortici

f) CHECK UP CARDIOLOGICO DIAGNOSTICO

Elettrocardiogramma

Ecocardiografia color Doppler

Ecodoppler tronchi sovra ortici

Holter pressorio e/o Holter cardiaco

g) CHECK UP CARDIOLOGICO COMPLETO

Elettrocardiogramma

Ecocardiografia color Doppler

Misurazione della pressione arteriosa attraverso sfigmomanometro

Misurazione impedenziometria e peso corporeo attraverso bilancia digitale

Saturimetria (frequenza cardiaca e quantità d'ossigeno nel sangue)

Colesterolo Totale

Colesterolo HDL

Trigliceridi

h) CHECK UP CARDIOLOGICO DIAGNOSTICO PARZIALE 1

Elettrocardiogramma

Ecocardiografia color Doppler

i) CHECK UP CARDIOLOGICO DIAGNOSTICO PARZIALE 2

Ecocardiografia color Doppler

j) CHECK UP SPORTIVO NON AGONISTICO

Elettrocardiogramma

Misurazione della pressione arteriosa attraverso sfigmomanometro

Misurazione impedenziometria e peso corporeo attraverso bilancia digitale

Saturimetria (frequenza cardiaca e quantità d'ossigeno nel sangue)

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

Le prestazioni previste dalla presente Sezione D.4. si intendono valide e quindi fruibili a partire dal quarto anno ininterrotto di adesione al sussidio.

Le spese si intendono rimborsabili solo per prestazioni effettuate, in assistenza diretta, in una delle strutture appartenenti allo specifico network convenzionato con MBA; tali spese saranno rimborsate direttamente dalla MBA alla struttura utilizzata con applicazione di una quota si spesa a carico dell'Associato pari al 30%.

In alternativa a quanto sopra, la Mutua MBA provvede al rimborso integrale della spesa sostenuta per i ticket, qualora l'Associato effettui presso SSN o strutture ad esso convenzionate, le prestazioni di prevenzione di seguito indicate.

Le prestazioni di cui alla presente Sezione D.4. sono fruibili in aggiunta a quelle previste dalla Sezione D.3., ferme restando le specifiche condizioni di rimborso indicate nelle citate Sezioni.

SEZIONE E: INDENNITA'

E.1. RICOVERO CON INTERVENTO CHIRURGICO

In caso di Ricovero con intervento chirurgico - escluso il Day Hospital e l'intervento ambulatoriale - garantito nei termini del presente Regolamento, la Mutua corrisponderà all'Associato, un'indennità per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della Malattia o dell'Infortunio, del parto cesareo dell'aborto terapeutico.

L'indennità sarà pari ad € 50,00 e verrà erogata per ogni pernottamento, fermo restando il limite massimo di 90 giorni per ciascuna annualità.

La presente indennità non verrà erogata nel caso di utilizzo delle prestazioni previste alle Sezioni G.7. e/o G.8.

Nel caso in cui l'Associato sia anche titolare di altro sussidio MBA, la presente indennità non verrà riconosciuta qualora l'Assistito abbia richiesto ed ottenuto dalla Mutua il rimborso delle spese - ancorché erogate in forma diretta alla struttura e/o medico convenzionati - per il medesimo ricovero.

E.2. RICOVERO SENZA INTERVENTO CHIRURGICO

In caso di Ricovero senza intervento chirurgico - escluso il Day Hospital - garantito nei termini del presente Regolamento, la Mutua corrisponderà all'Associato, un'indennità per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della Malattia, dell'Infortunio o del parto naturale.

L'indennità sarà pari ad € 25,00 e verrà erogata per ogni pernottamento a partire dal terzo giorno, fermo restando il limite massimo di 90 giorni per ciascuna annualità.

Nel caso in cui l'Associato sia anche titolare di altro sussidio MBA, la presente indennità non verrà riconosciuta qualora l'Assistito abbia richiesto ed ottenuto dalla Mutua il rimborso delle spese - ancorché erogate in forma diretta alla struttura e/o medico convenzionati - per il medesimo ricovero.

E.3. CONVALESCENZA POST RICOVERO CON INTERVENTO CHIRURGICO

In caso di Ricovero con intervento chirurgico - escluso il Day Hospital e l'intervento ambulatoriale - garantito nei termini del presente Regolamento e con degenza minima di 4 giorni, la Mutua corrisponderà all'Associato, un'indennità giornaliera per il periodo di convalescenza, prescritto al momento della dimissione, per le necessità legate al recupero a seguito della Malattia o dell'Infortunio.

L'indennità di convalescenza sarà pari ad € 50,00 al giorno fermo il limite massimo per evento pari agli stessi giorni di ricovero (origine della convalescenza).

E.4. GESSATURA

Nel caso in cui all'Assistito venga applicata, a seguito di infortunio garantito nei termini del presente Regolamento, una gessatura ovvero una immobilizzazione non rimovibile, la Mutua corrisponderà all'Associato, un'indennità giornaliera.

L'indennità sarà pari ad € 20,00 al giorno, fermo restando il limite massimo di 15 giorni per ciascuna annualità.

E.5. CURE FISIOTERAPICHE POST INFORTUNIO

In caso di Ricovero - che abbia comportato almeno tre giorni consecutivi di degenza - a seguito di infortunio garantito nei termini del presente Regolamento, la Mutua provvederà al rimborso delle spese per le seguenti prestazioni fisioterapiche e riabilitative sostenute dall'Assistito ed effettuate nei 6 mesi successivi alla dimissione:

- Kinesiterapia
- Chiropratica
- Ionoforesi
- Ultrasuoni

- Radar massoterapia
- Magnetoterapia
- Ginnastica Posturale "Mezieres"
- Ginnastica respiratoria "Spirotiger"
- Rieducazione funzionale
- Tecarterapia
- Onde d'urto
- Ipertermia
- Viss
- Elettrostimolazione
- Laserterapia
- RSQ1
- Regeno
- Massaggio Connettivale
- Linfodrenaggio
- Massoterapia
- Chinesiologia
- Terapie manuali
- Manipolazioni (anche osteopatiche)
- Agopuntura ed elettroagopuntura (purché effettuate da medico specialista)

Le prestazioni di cui sopra dovranno essere effettuate da medico specialista, ovvero da fisioterapista in possesso dello specifico diploma/laurea universitaria.

Il limite garantito per le prestazioni di cui alla presente Sezione E.5. è pari ad € 500,00 per ciascuna annualità.

SEZIONE F: NON AUTOSUFFICIENZA - LTC

F.1. LONG TERM CARE- riservata esclusivamente all'Associato Titolare del sussidio

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

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

L'esclusione non opera una volta trascorsi tre anni di adesione ininterrotta al presente sussidio, ricomprendendo dal quarto anno anche gli stati di non autosufficienza conseguenti a stati patologici diagnosticati, manifestati, sottoposti ad accertamenti o curati precedentemente al triennio di riferimento, **fermo restando che lo stato di non autosufficienza si sia manifestato nel periodo di validità del Sussidio e non prima della data di adesione.**

Lo stato di non autosufficienza verrà valutato secondo il criterio del punteggio (art. F.3.), ossia ad ognuna delle attività elementari della vita quotidiana verrà assegnato un punteggio da 0 a 10.

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

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

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

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

L'accertamento con esito positivo dello stato di non autosufficienza dà diritto, a decorrere dalla data della richiesta derivante dallo stato di non autosufficienza, al Rimborso di tutte le spese sanitarie e assistenziali sostenute (nel caso di pagamento in forma diretta si rimanda all'art. F.4.), strettamente collegate allo stato di non autosufficienza, entro un **limite massimo di € 250,00** per singolo mese di riferimento delle spese (importi cumulabili per la medesima tipologia di prestazione eventualmente riconosciuta ai sensi di altro sussidio attivato per il tramite di MBA).

Le prestazioni di cui sopra saranno garantite dalla MBA, permanendo lo stato di non autosufficienza, per un periodo di **12 mesi** successivi al giorno di validazione dello stato di non autosufficienza, o al minor tempo intercorso qualora dovesse venir meno per qualsivoglia motivo lo stato stesso. **Il suddetto periodo di 12 mesi si intende aumentano di ulteriori 12 mesi per ciascun anno di adesione ininterrotto al sussidio successivo al quinto.**

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

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

Pertanto, la MBA avrà diritto di richiedere accertamenti medici che attestino la permanenza dello stato di non autosufficienza e qualora l'accertamento evidenzi il recupero della autosufficienza, comunicherà all'assistito la sospensione ovvero la revoca definitiva delle prestazioni, con diritto al Rimborso delle eventuali somme erogate dopo la data del recupero dell'autosufficienza.

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

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

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

Art. F.2. Definizione dello stato di non autosufficienza

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

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

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

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

Art. F.3. Tabella Punteggi*(Tabella per l'accertamento dello stato di non autosufficienza)***Lavarsi**1° grado

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

punteggio 0

2° grado

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

punteggio 5

3° grado

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

punteggio 10

Vestirsi e svestirsi1° grado

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

punteggio 0

2° grado

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

punteggio 5

3° grado

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

punteggio 10

Igiene personale1° grado

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

(1) andare al bagno

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

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

punteggio 0

2° grado

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

3° grado

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

Mobilità1° grado

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

2° grado

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

3° grado

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

Continenza1° grado

l'Assistito è completamente continente:
punteggio 0

2° grado

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

3° grado

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

Alimentazione1° grado

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

2° grado

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

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

punteggio 5

3° grado

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

punteggio 10.

F.4. Modalità di attivazione garanzia in forma diretta

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

In particolare, l'Associato, una volta accertato lo stato di non autosufficienza sulla base dei criteri determinati dall'art. F.3., potrà richiedere l'erogazione in forma diretta delle prestazioni di assistenza (quali ad esempio, infermiere, fisioterapista, badante, così come accertamenti, cure e Ricoveri riconducibili e strettamente collegati allo stato di non autosufficienza concordati tra l'Associato o un suo delegato o il medico curante e la Centrale Salute), nei limiti del Massimale di cui all'art. F.1., comunicandolo alla Centrale Salute le procedure specificamente previste e consultabili nell'area riservata del portale MBA.

Pertanto, qualora l'Associato decida di avvalersi di una struttura e/o professionista convenzionato e di richiedere l'erogazione in forma diretta delle prestazioni della presente Sezione, la MBA procederà a rimborsare direttamente alla struttura/professionista le spese per le prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali erogate ed espressamente autorizzate dalla Centrale Salute, nei limiti previsti dall'art. F.1.

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

Art. F.5. Precisazioni in merito alle condizioni di operatività

Le prestazioni previste dalla presente Sezione F si intendono valide e fruibili a partire dal quinto anno ininterrotto di adesione al Sussidio.

SEZIONE G: SPESE SANITARIE

G.1. TICKET SANITARI

La Mutua in caso di Malattia o di Infortunio rimborsabile ai sensi del presente sussidio, anche in assenza di Ricovero od Intervento chirurgico, su prescrizione medica indicante la motivazione clinica, provvede al rimborso delle spese per ticket sanitari (prestazioni effettuate presso strutture del SSN o con questo convenzionate) inerenti le seguenti prestazioni:

- accertamenti diagnostici;
- analisi ed esami di laboratorio;
- visite specialistiche;
- prestazioni fisioterapiche.

Dalla presente garanzia sono espressamente esclusi i controlli di routine nonché le visite pediatriche, le visite dentarie ed ortodontiche.

La Mutua MBA provvede al rimborso della spesa sostenuta per i **ticket** ad eccezione di una **quota di spesa a carico dell'Associato di € 10 per ciascun ticket** - fermo in ogni caso restando che dette quote a carico non potranno superare l'importo complessivo per anno e per Nucleo familiare di € 50,00 oltre il quale MBA provvederà al rimborso integrale delle spese per i ticket.

Il limite annuo garantito per le prestazioni di cui al presente art. G.1. **è pari ad € 200,00.**

G.2. ALTA DIAGNOSTICA E TERAPIE

PRESTAZIONE NON PREVISTA

G.3. CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

La MBA rimborsa le spese sostenute a fronte di cure odontoiatriche a seguito di infortunio (debitamente documentato da referto di Pronto Soccorso), **sia se effettuate presso Strutture Sanitarie Convenzionate e non Convenzionate con la Centrale Salute, sia se effettuate presso SSN o strutture con esso convenzionate, senza alcuna Quota di spesa a carico dell'Associato.**

Il limite annuo garantito per le prestazioni di cui al presente art. G.3. **è pari ad € 1.500,00.**

G.4. ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E DI LABORATORIO

Art. G.4.1. Operatività della garanzia

La Mutua, in caso di Malattia o di Infortunio rimborsabile ai sensi del presente sussidio, anche in assenza di Ricovero od Intervento chirurgico, su prescrizione medica indicante la motivazione

clinica, provvede al Rimborso delle spese per accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio. Dalla presente garanzia sono espressamente esclusi i controlli di routine.

Le spese si intendono rimborsabili solo per prestazioni effettuate, in assistenza diretta, in Struttura Sanitaria Convenzionata con la Centrale Salute, tali spese saranno rimborsate con applicazione di una Quota di spesa a carico dell'Associato di € 30,00 per prestazione.

Il limite annuo garantito per le prestazioni di cui al presente Sezione G.4. è pari ad € 200,00.

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

Le prestazioni previste dalla presente Sezione G.4. si intendono valide e fruibili a partire dal quarto anno ininterrotto di adesione al sussidio.

G.5. CURE ODONTOIATRICHE

PRESTAZIONE NON PREVISTA

G.6. VISITE SPECIALISTICHE

Art. G.6.1. Operatività della garanzia

La Mutua, in caso di Malattia o di Infortunio rimborsabile ai sensi del presente sussidio, anche in assenza di Ricovero od Intervento chirurgico, su prescrizione medica indicante la motivazione clinica, provvede al Rimborso delle spese per visite mediche specialistiche (escluse le visite pediatriche, le visite dentarie ed ortodontiche).

Dalla presente garanzia sono espressamente esclusi i controlli di routine.

Le spese si intendono rimborsabili solo per prestazioni effettuate, in assistenza diretta, in Struttura Sanitaria Convenzionata con la Centrale Salute; tali spese saranno rimborsate con applicazione di una Quota di spesa a carico dell'Associato di € 30,00 per prestazione.

Il limite annuo garantito per le prestazioni di cui al presente art. G.6. è pari ad € 200,00.

Art. G.6.2. Precisazioni in merito alle condizioni di operatività

Le prestazioni previste dalla presente Sezione G.6. si intendono valide e fruibili a partire dal sesto anno ininterrotto di adesione al sussidio.

G.7. RICOVERI A SEGUITO DI GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO

Art. G.7.1. Operatività della garanzia

La Mutua MBA in caso di Ricovero a seguito di Grande Intervento Chirurgico compreso nell'elenco di cui all'art. G.7.4, reso necessario da Malattia o Infortunio che risultino garantiti nei termini del presente Regolamento, provvede a rimborsare le seguenti spese inerenti all'Intervento Chirurgico:

a) nei 120 giorni precedenti il Ricovero:

- visite specialistiche ed accertamenti diagnostici;

b) durante il Ricovero nei limiti del Massimale

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

c) nei 120 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 € 26,00 al giorno per un massimo di 40 giorni annui.

d) Trasporto sanitario: le spese sostenute dall'Associato per il trasporto sanitario effettuato con i seguenti mezzi: treno, aereo, ambulanza, eliambulanza a e da un Istituto di Cura ad un altro, sino ad un massimo annuo di € 1.100,00 per il trasporto in Italia, elevato a € 2.000,00 per il trasporto all'estero. Le prestazioni della presente garanzia non saranno garantite in caso di dimissioni volontarie dell'Associato, contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale l'Associato stesso sia stato ricoverato.

Art. G.7.2. Modalità di rimborso.

Nel caso in cui le prestazioni di cui alla lettera B) dell'Art. G.7.1. vengano effettuate in assistenza diretta presso una Struttura sanitaria convenzionata con la Centrale Salute, MBA provvederà al pagamento diretto delle spese alla Struttura/Medici convenzionati ad eccezione di una **quota a carico di € 1.000 per evento** che l'Associato provvederà a versare alla struttura utilizzata.

Qualora, invece, le prestazioni di cui lettera B) del precedente Art. G.7.1. vengano effettuate in una Struttura non convenzionata con la Centrale Salute, la MBA provvederà al Rimborso delle spese sostenute dall'Associato con applicazione di una **Quota di spesa a carico dell'Associato del 20% con un minimo non rimborsabile di € 1.500,00 per evento.**

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

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

Qualora, invece, le stesse di cui alle lettere A) e C) vengano effettuate presso strutture non convenzionate con la Centrale Salute, le spese sostenute dall'Associato saranno rimborsate con una Quota a carico del 20%.

G.7.3. Massimale annuo

Il Massimale annuo erogabile per il complesso degli eventi e prestazioni indicati dall'art. G.7.1. è pari alla somma complessiva di € 20.000,00.

G.7.4. Elenco dei Ricoveri con Intervento Chirurgico

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 sull'aorta toracica e addominale compreso bypass aorto-bisiliaco o bifemorale
- Interventi endorachidei per asportazione di tumori, cordotomie, rizotomie e affezioni meningomidollari
- Interventi per tumori della base cranica per via transorale
- Interventi sulla cerniera atlo-occipitale
- Interventi sull'ipofisi per via transfenoidale
- Neurotomia retrogasseriana o sezione intracranica di altri nervi
- Rizotomia chirurgica intracranica
- Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi similari

Chirurgia Toracica

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

Chirurgia Generale

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

Art. G.7.5. Precisazioni in merito alle condizioni di operatività

Le prestazioni previste dalla presente Sezione G.7. si intendono valide e fruibili a partire dall'undicesimo anno ininterrotto di adesione al Sussidio.

G.8.. RICOVERI CON INTERVENTO CHIRURGICO

G.8.1. Prestazioni Rimborsabili.

La Mutua MBA in caso di Ricovero con Intervento Chirurgico – escluso il Day Hospital o l'intervento ambulatoriale e il parto cesareo - reso necessario da Malattia o Infortunio che risultino garantiti nei termini del presente Regolamento, provvede a rimborsare le seguenti spese inerenti all'Intervento Chirurgico:

a) nei 120 giorni precedenti il Ricovero:

- visite specialistiche ed accertamenti diagnostici;

b) durante il Ricovero nei limiti del Massimale

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

- vitto e pernottamento in Istituto di cura dell'accompagnatore (con un sub-Massimale di € 50,00 al giorno per un massimo di 20 giorni annui).

c) nei 120 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 € 26,00 al giorno per un massimo di 40 giorni annui.

d) Trasporto sanitario: le spese sostenute dall'Associato per il trasporto sanitario effettuato con i seguenti mezzi: treno, aereo, ambulanza, eliambulanza a e da un Istituto di Cura ad un altro, sino ad un massimo annuo di € 1.100,00 per il trasporto in Italia, elevato a € 2.000,00 per il trasporto all'estero. Le prestazioni della presente garanzia non saranno garantite in caso di dimissioni volontarie dell'Associato, contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale l'Associato stesso sia stato ricoverato.

Art. G.8.2. Modalità di rimborso.

Nel caso in cui le prestazioni di cui alla lettera B) dell'art. G.8.1., vengano effettuate in assistenza diretta presso una Struttura sanitaria convenzionata con la Centrale Salute, MBA provvederà al pagamento diretto delle spese alla Struttura/Medici convenzionati ad eccezione di una **quota a carico di € 1.000** per evento che l'Associato provvederà a versare alla struttura utilizzata.

Qualora, invece, le prestazioni di cui lettera B) del precedente art. G.8.1. vengano effettuate in una Struttura non convenzionata con la Centrale Salute, la MBA provvederà al Rimborso delle spese sostenute dall'Associato con applicazione di una **Quota di spesa a carico dell'Associato del 20% con un minimo non rimborsabile di € 1.500,00 per evento.**

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

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

Qualora, invece, le stesse di cui alle lettere A) e C) vengano effettuate presso strutture non convenzionate con la Centrale Salute, le spese sostenute dall'Associato saranno rimborsate con una Quota a carico del 20%.

Art. G.8.3. Massimale annuo

Il Massimale annuo erogabile per il complesso degli eventi e prestazioni indicati è pari alla somma complessiva di € 10.000,00.

Art. G.8.4. Precisazioni in merito alle condizioni di operatività

Le prestazioni previste dalla presente Sezione G.8. si intendono valide e fruibili a partire dal quindicesimo anno ininterrotto di adesione al Sussidio.

SEZIONE H: SOSTEGNO ECONOMICO FEDELTA'**PRESTAZIONE NON PREVISTA****SEZIONE I: PRESTAZIONI AGGIUNTIVE*****I.1. ACCESSO ALLE TARIFFE AGEVOLATE - PRESTAZIONI SANITARIE***

Nel caso in cui l'Associato necessiti di prestazioni da ricovero e/o prestazioni extra-ricovero (comprese le cure dentarie) qualora il massimale annuo previsto sia stato superato o la singola prestazione non sia prevista dal presente piano sanitario, la MBA mette a disposizione dell'Assistito un network di strutture sanitarie e medici convenzionati con Mutua MBA per il tramite della Centrale Salute di CoopSaluteS.c.P.A. che permetterà all'Assistito di accedere alle prestazioni di cui sopra a tariffe agevolate e a costo interamente a suo carico.

La Mutua metterà a disposizione di tutti gli Assistiti la propria Centrale Operativa ovvero il proprio portale internet, tramite i quali sarà possibile effettuare la prenotazione presso la rete convenzionata ed ottenere la richiesta di applicazione delle tariffe agevolate.

I.2. ACCESSO ALLE TARIFFE AGEVOLATE - CURE TERMALI

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

Grazie alla convenzione con A.M.A.T. (Associazione Mondiale Attività Termali), sarà possibile per l'Associato godere dei servizi offerti da quest'ultima.

In particolare, l'A.M.A.T. offre un servizio di informazione e consulenza sulle strutture termali e centri benessere nonché il servizio di prenotazione secondo le personali esigenze.

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

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

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

L'agevolazione di cui sopra verrà garantita solamente qualora la prestazione avvenga a seguito di contatto diretto dell'Associato con la Centrale Salute.

A tal proposito l'Associato, al fine di usufruire dell'agevolazione, in loco presso la struttura prescelta dovrà presentare apposito tesserino di riconoscimento dal quale si evinca la sua provenienza da MBA.

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