



Regolamento del Sussidio “FEDERNOTAI BASE”

Il Presente Regolamento è da considerarsi parte integrante dello Statuto e del Regolamento Attuativo dello Statuto della Società Mutua MBA Società di Mutuo Soccorso Cooperativa per Azioni

Edizione 2023



Società di mutuo soccorso regolarmente iscritta all'Anagrafe dei Fondi Sanitari di cui al Decreto del Ministero della Salute del 31 marzo 2008 e del 27 ottobre 2009 - Dir. Generale della programmazione sanitaria Ufficio II - Piano sanitario nazionale e Piani di settore. Certificata ISO 9001 / UNI EN ISO 9001:2015 - Erogazione di servizi di gestione fondi e sussidi mutualistici, per gli associati, in ambito sanitario. Iscritta nei registri per la Trasparenza del MISE e della Comunità Europea. Associata ad ANSI - Associazione Nazionale Sanità Integrativa e Welfare.



INDICE

SEZIONE 1.: DEFINIZIONI	3
SEZIONE 2: NORME GENERALI CHE REGOLANO IL SUSSIDIO	10
SEZIONE 3: NORME RELATIVE A TUTTE LE PRESTAZIONI (SALVO NON ESPRESSAMENTE DEROGATO)	15
SEZIONE 4 - AREA OSPEDALIERA	21
PREMESSA - MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI	21
A. RICOVERO ORDINARIO CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO, RICOVERO ORDINARIO CON GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO, DAY HOSPITAL E DAY SURGERY	22
B. INTERVENTI CHIRURGICI PARTICOLARI	24
C. ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI COMPRESI	25
D. INDENNITA' SOSTITUTIVA PER RICOVERO ORDINARIO CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO, RICOVERO ORDINARIO CON GRANDE INTERVENTI CHIRURGICO, DAY HOSPITAL E DAY SURGERY	26
SEZIONE 5 - AREA SPECIALISTICA	27
E. ALTA DIAGNOSTICA E TERAPIE	27
F. VISITE SPECIALISTICHE ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	28
G. TRATTAMENTI MEDICI, INFERMIERISTICI DOMICILIARI ED AMBULATORIALI IN CASO DI GRAVE MALATTIA	29
SEZIONE 6 - AREA ODONTOIATRICA E OCULISTICA	31
H. CURE DENTARIE	31
SEZIONE 7 - AREA MATERNITÀ	32
I. PACCHETTO MATERNITA'	32
SEZIONE 9 - AREA PREVENZIONE	33
J. ESAMI DI LABORATORIO, VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI A SCOPO PREVENTIVO	33
SEZIONE 10 - ASSISTENZA H24	33
K. ASSISTENZA H24	33
SEZIONE 11 - AREA SERVIZI	36
L. ACCESSO AL NETWORK DI STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE	36
M. CONSERVAZIONE DELLE CELLULE STAMINALI	36
ALLEGATO 1 - ELENCO DEI "GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI"	38

SEZIONE 1.: DEFINIZIONI

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

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

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

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

Assistenza Diretta/Autorizzazione Diretta: modalità di erogazione delle prestazioni del presente Sussidio presso strutture sanitarie utilizzando personale medico (e/o sanitario) ambedue convenzionati con MBA e/o con società da quest'ultima autorizzata, per il tramite di Health Assistance S.C.p.A. (di seguito anche Health Assistance o Centrale Salute); 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 del Socio ove previste). L'elenco delle Strutture è presente e consultabile nell'Area Riservata di MBA.

Assistenza Indiretta/Autorizzazione Indiretta: modalità di erogazione delle prestazioni del presente Sussidio in base alla quale la Mutua MBA rimborsa le spese al Socio dietro presentazione della documentazione medica e di spesa richiesta nei limiti di quanto previsto dal presente sussidio. L'Assistenza Indiretta/Autorizzazione Indiretta è prestata anche presso i Centri Convenzionati con il Network (c.d. Assistenza Indiretta in Network/ Autorizzazione Indiretta in Network).

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

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

Carenza: periodo temporale che intercorre tra la data di decorrenza della copertura e l'effettiva operatività delle prestazioni. Qualora l'evento avvenga in tale periodo, MBA non corrisponde il Rimborso della prestazione prevista dal Sussidio.

Cartella Clinica: documento ufficiale, coperto da pubblica fede nei casi di legge, redatto durante il Ricovero, diurno o con pernottamento, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi all'ingresso, diagnosi alla dimissione, anamnesi patologica prossima e remota

completa di tutti i riferimenti cronologici rispetto alla diagnosi di ingresso, terapie effettuate, Interventi chirurgici eseguiti, atto operatorio, esami e diario clinico.

Ai fini dell'erogazione delle prestazioni ricomprese nel Sussidio Sanitario, la Cartella Clinica, da qualunque tipologia di struttura sanitaria essa provenga, è considerata atto imm modificabile e, pertanto, con la richiesta di attivazione del Sussidio Sanitario oggetto del presente Regolamento, il Socio accetta, espressamente e senza riserva alcuna, che non è ammessa qualsivoglia alterazione o modifica o aggiunta o cancellazione successiva alla formazione dell'atto medesimo, anche se protesa al ripristino della verità dei fatti in esso contenuti.

Mutua MBA si riserva di valutare eventuali variazioni postume alla Cartella Clinica, solo ove le stesse siano datate, predisposte e firmate dallo stesso pubblico ufficiale che l'ha formata e siano controfirmate dal Direttore Sanitario, specificando le esatte ragioni dell'annotazione postuma.

Centrale Salute/Health Assistance: gli uffici dedicati alla gestione delle pratiche di Rimborso e delle Prese in Carico in forma diretta, nonché a fornire le informazioni necessarie agli Associati per l'accesso alle prestazioni e ai servizi (<https://www.healthassistance.it>).

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

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

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

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

Convalescenza: periodo di tempo successivo ad un Ricovero, prescritto dai Medici ospedalieri nella Cartella Clinica al momento delle dimissioni, necessario per la guarigione clinica, durante il quale il Socio è costretto al riposo assoluto presso il proprio domicilio.

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

Data evento: per i Ricoveri o Interventi chirurgici si intende la data in cui avviene il Ricovero/Intervento; per le altre prestazioni previste dal presente Sussidio si intende la data in cui la prestazione è stata effettivamente erogata (se presenti più fatture relative allo stesso

evento, la data dell'accadimento sarà considerata quella della prestazione relativa alla fattura con data antecedente).

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

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

Day Service (DSA): attività specialistica ambulatoriale resa da Medico Specialista presso un Istituto di Cura e svolta per la gestione clinico – diagnostica di prestazioni ambulatoriali complesse (PAC) che non prevedono intervento chirurgico e che, attraverso la programmazione medica di un numero di accessi limitato presso la Struttura, non necessitano di degenza

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

Decadenza: termine massimo entro il quale presentare la documentazione a corredo della domanda di erogazione delle prestazioni (incluse le richieste di rimborso in forma diretta), anche se di data antecedente alla domanda di adesione. La mancata presentazione della documentazione completa e conforme alle richieste di MBA, entro 120 giorni dalla data dell'evento ovvero, in caso di ricovero ordinario o diurno, dalla data delle dimissioni, comporta la decadenza dal diritto al rimborso e al pagamento delle prestazioni, incluse quelle eseguite in forma diretta. L'eventuale sospensione dell'istruttoria della pratica non interrompe il decorrere del termine di 120 giorni sopra indicato. Dunque, nel caso di sospensione, il Socio ha 60 giorni di tempo dalla data di comunicazione della richiesta di ulteriore documentazione per integrare la stessa, purché ciò avvenga sempre entro 120 giorni dall'evento ovvero, in caso di ricovero ordinario o diurno, dalla data delle dimissioni. Decorso 60 giorni, la richiesta verrà respinta e il Socio dovrà presentare nuova e completa domanda comprensiva anche della documentazione integrativa, comunque entro i 120 giorni per non incorrere nella suddetta decadenza.

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

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

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

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

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

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

Health Point: società convenzionata con la Centrale Salute impegnata nella sanità integrativa e nel welfare aziendale, promuovendo un corretto stile di vita e benessere e prestazioni di diagnosi anche attraverso refertazioni e consulenze mediche on line. Per ulteriori informazioni si consulti il sito <https://www.healthpointitalia.com/>.

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

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

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

Infortunio: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili che siano documentate da specifico referto di Pronto Soccorso di Struttura Sanitaria Pubblica (attestante le circostanze dell'evento, le cause, le modalità di

accadimento e le conseguenze dell'evento) e che abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente oppure una invalidità temporanea o una delle altre prestazioni garantite dal presente Sussidio.

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

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

Intervento chirurgico: l'atto medico, con diretta finalità terapeutica, realizzato mediante cruentazione dei tessuti, e mediante l'uso di strumenti chirurgici e/o idonee apparecchiature. Si considera Intervento chirurgico anche la riduzione incruenta di fratture. Sempre che non sia diversamente regolato all'interno della specifica garanzia del presente Sussidio, sono considerati Interventi chirurgici anche gli accertamenti diagnostici invasivi, intendendosi per tali quelli che comportano il prelievo di tessuti per l'espletamento di indagini istologiche, quelli che comportano l'introduzione di cateteri, strumenti ottici o aghi bioptici ecc. non attraverso le cavità naturali bensì attraverso una cruentazione di tessuti.

Intervento chirurgico ambulatoriale: l'Intervento chirurgico (come sopra definito) eseguito in ambulatorio senza Ricovero (e quindi senza degenza ancorché diurna).

Stato di fragilità permanente: condizione di limitata integrità psico-fisica conseguente ad infortunio o malattia che abbia prodotto lesioni o patologie oggettivamente rilevabili, ovvero uno stato di invalidità permanente.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Presa in Carico: documento che la Centrale Salute, a seguito di richiesta del Socio e in ottemperanza a quanto previsto nel presente Sussidio, invia ai Centri Convenzionati per il servizio di accesso alle prestazioni in forma diretta, nei limiti di quanto previsto dal Sussidio.

L'Autorizzazione alla Presa in Carico costituisce nulla osta all'attivazione del servizio in forma

diretta; in nessun caso l'Autorizzazione alla Presa in Carico dovrà considerarsi quale impegno e garanzia alla successiva liquidazione che avverrà solo a seguito delle ulteriori valutazioni documentali e quindi, solo successivamente alla ricezione della documentazione completa inviata da parte della Struttura Sanitaria; il Socio si intende obbligato in solido per tutte le prestazioni non oggetto di autorizzazione, non rimborsabili/escluse sulla base del Sussidio sottoscritto, quote di spesa a suo carico eventualmente non emerse/indicate in fase di autorizzazione ma comunque previste dal presente Sussidio.

Quote di spesa a carico del Socio: importi di spesa che rimangono a carico del Socio espressi in percentuale e/o in quota fissa.

Regolamento: il presente documento disciplinante le prestazioni ricomprese nella Copertura Sanitaria

Ricovero improprio: il Ricovero durante il quale vengono compiuti Interventi e/o solamente accertamenti e/o terapie fisiche che, per loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in regime ambulatoriale, purché consentito dallo stato di salute del Socio.

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

Ricovero ordinario in emergenza: il ricovero di un Assistito nei soli casi di funzioni vitali gravemente compromesse.

Rimborso/Contributo di assistenza: la somma dovuta dalla Mutua al Socio in caso di evento e prestazione rimborsabile.

Socio: persona fisica iscritta regolarmente alla Mutua ed il cui interesse è protetto dal Sussidio, residente stabilmente in Italia o nel territorio della Repubblica di San Marino e Città del Vaticano e più in generale nel territorio dell'Unione Europea. Sono Associati anche i familiari aventi diritto ai sensi del presente Regolamento e dell'art. 9 del Regolamento Attuativo dello Statuto di Mutua MBA.

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

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



Telemetria biomedica: Insieme di metodi di osservazione, applicati a fini diagnostici, effettuati a distanza rispetto al paziente da monitorare in modo da incidere al minimo con le sue attività normali. La prestazione avviene esclusivamente durante la degenza ordinaria.

Visita specialistica: la visita ambulatoriale o domiciliare o consulto eseguita da Medico specialista in possesso del titolo di specializzazione che risulti chiaramente dal documento di spesa, per diagnosi e terapie cui tale specializzazione è destinata.

SEZIONE 2: NORME GENERALI CHE REGOLANO IL SUSSIDIO

Art. 1 – Oggetto

Oggetto del presente Sussidio è l'erogazione di prestazioni socio sanitarie, di prevenzione e sostegno, ovvero il rimborso o la gestione diretta delle spese sanitarie sostenute per la cura e per il recupero della salute, a favore degli Associati in conseguenza di Infortunio, Malattia e Parto per eventi verificatisi nel corso di validità del presente Sussidio.

Art. 2 – Persone Associate

Le prestazioni garantite dal presente Sussidio sono prestate in favore del Socio **Titolare** del Sussidio - Notaio in attività o in Pensione e Dipendente degli studi notarili - nominativamente indicato nel modulo di adesione con il quale ha aderito al presente Regolamento aggiuntivo, nonché il relativo Nucleo familiare.

L'Assistenza prevista dal presente Sussidio è attivabile dai:

- Notai in attività o in Pensione, sia in forma Single che in forma Nucleo, intendendosi per Nucleo familiare, oltre al Notaio, il coniuge/convivente more uxorio;
- Parenti dei Notai, in attività o in Pensione o deceduti ricompresi entro il 2° grado di parentela, sia in forma Single che in forma Nucleo, intendendosi per Nucleo familiare, oltre al Parente Titolare, il coniuge/convivente more uxorio;
- Dipendenti degli studi notarili, sia in forma Single che in forma Nucleo

Ai fini dell'attivazione del presente Sussidio, l'Associato dovrà fornire idonea certificazione che attesti il rapporto di lavoro o il rapporto di parentela con il Notaio.

La definizione di Nucleo Familiare di cui al presente Sussidio deve intendersi quale espressa modifica/eccezione alla previsione di cui all'art. 22 del Regolamento Attuativo dello Statuto della Società Generale di Mutuo Soccorso Basis Assistance per la parte relativa alla definizione medesima.



Indicando i nominativi dei propri familiari, il Socio autocertifica con riferimento agli stessi il rispetto dei requisiti di cui al presente Sussidio e al Regolamento Attuativo (art. 9 cit.), per beneficiare delle prestazioni. È altresì necessario comunicare tempestivamente alla Mutua eventuali modificazioni del Nucleo Familiare in corso di validità del Sussidio (vedi Art. 4).

Indicando i nominativi dei propri familiari, il Socio autocertifica agli stessi il rispetto dei requisiti di cui al presente Sussidio e al suo Regolamento Attuativo (art. 22 cit.), per beneficiare delle garanzie. È altresì necessario comunicare tempestivamente alla Mutua eventuali modifiche del Nucleo Familiare intervenute nel corso della validità del presente Sussidio (vd. art. 4) Per nucleo si intendono, oltre al Titolare del Sussidio, il coniuge/partner unito civilmente ed il convivente more uxorio, nonché i figli fino a 35 anni di età, purché conviventi.

Sono inoltre inclusi nel Nucleo Familiare i figli oltre i 35 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).

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

Art. 3 – Limiti di età

Non sono previsti limiti di età.

Art. 4 – Variazione del Nucleo Familiare

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

- nascita/adozione/affidamento di un figlio;
- matrimonio;
- insorgere di convivenza per il convivente more uxorio e/o per il familiare del Titolare;
- venir meno – per un familiare – di altra copertura collettiva delle spese sanitarie predisposta dal datore di lavoro.

In difetto di comunicazione entro il suddetto termine, e fermo restando il pagamento del contributo dovuto per l'estensione al Nucleo, per i nuovi Associati, ai fini dell'applicazione, ove previsti, dei Termini di aspettativa di cui all'art. 17 e delle Pregresse di cui all'art. 18, verrà considerata come data di prima decorrenza il giorno della relativa inclusione.

Art. 5 – Durata del Sussidio e tacito rinnovo

Il presente Sussidio ha durata di **1 (uno) anno** decorrente dal giorno di cui all'art. 9. In mancanza di comunicazione di non rinnovo, inviata mediante lettera raccomandata A/R o posta elettronica certificata (PEC) spedita almeno 30 giorni prima della scadenza annuale, il Sussidio sanitario s'intenderà rinnovato per un ulteriore anno con obbligo di pagamento del contributo aggiuntivo e delle quote associative previste così come previsto da Statuto di MBA.

In ogni caso MBA, entro 90 giorni dalla scadenza annuale, si riserva la facoltà di comunicare a mezzo email al Socio le condizioni di rinnovo per le successive annualità.

La revoca dal Sussidio prima del suddetto termine potrà avvenire al verificarsi dei seguenti eventi:

- a) cessazione dal servizio;
- b) decesso del Socio o di un suo familiare;
- c) divorzio;
- d) venir meno di convivenza per il convivente more uxorio e/o per il familiare del Titolare;
- e) adesione di un familiare ad una copertura sanitaria collettiva predisposta dal datore di lavoro;

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

Art. 6 – Obblighi contributivi del Socio

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

Art. 7 – Dichiarazioni e comunicazioni del Socio

Le dichiarazioni non veritiere rese dal Socio al momento della domanda di ammissione o, successivamente, al fine di ottenere il Rimborso delle spese, comportano la perdita totale o parziale del diritto al pagamento della somma dovuta dalla Mutua in caso di Evento rimborsabile in base al presente Sussidio.

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

Art. 8 – Sussidio a favore di terzi

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

Art. 9 – Pagamento del contributo e decorrenza del Sussidio

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

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

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

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

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

Art. 10 – Comunicazioni e modifiche

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

Art. 11 – Risoluzione delle controversie

A fronte di ogni eventuale controversia che dovesse insorgere tra il Socio ed MBA, anche in dipendenza di una diversa interpretazione del presente Sussidio, prima di ricorrere ad un procedimento ordinario, le Parti esperiranno il tentativo di conciliazione, come previsto dall'art. 46 dello Statuto di MBA. In caso di esito negativo del tentativo di conciliazione, il foro competente per ogni eventuale controversia, è quello di Roma.

Art. 12 – Sostegni

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

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

Tutti i Sostegni e sub-Sostegni previsti dal presente Sussidio saranno pertanto da intendersi anno/nucleo.

Art. 13 – Sottoscrizione di più Sussidi

Qualora il Socio abbia sottoscritto con MBA più di un Sussidio, avrà diritto ad ottenere la condizione più favorevole (Rimborso delle spese, erogazione di Indennità o Indennizzo) tra le garanzie riconosciute dai vari Sussidi sottoscritti. Tale principio trova, inoltre, applicazione nell'ambito dello stesso Sussidio Sanitario che preveda più rimborsi e/o prestazioni per lo stesso evento.

Art. 14 – Limiti territoriali

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

Art. 15 – Responsabilità di terzi

Nel caso in cui la prestazione riguardi eventi per i quali sia configurabile la responsabilità di terzi, MBA, in piena attuazione del proprio scopo mutualistico e solidaristico, si riserva di:

- liquidare, nei limiti stabiliti dal presente Regolamento, le spese sanitarie sostenute dal socio in conseguenza dell'evento pregiudizievole, solo qualora il socio produca a MBA documentazione attestante il rifiuto di rimborso da parte del terzo responsabile ovvero dalla compagnia assicurativa di quest'ultimo;
- integrare la liquidazione, nei limiti stabiliti dal presente Regolamento, delle spese sanitarie sostenute dal socio in conseguenza dell'evento pregiudizievole, solo qualora il socio produca a MBA documentazione attestante la corresponsione di una indennità da parte del terzo responsabile o della compagnia assicurativa di quest'ultimo in una misura inferiore a quella derivante dall'applicazione dei limiti previsti per la specifica prestazione invocabile nel caso concreto in base al presente Regolamento.

Resta ferma, in tutti gli altri casi, la generale esclusione di cui all'art. 19 del presente Regolamento.

Art. 16 – Rinvio alle norme

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



SEZIONE 3: NORME RELATIVE A TUTTE LE PRESTAZIONI (SALVO NON ESPRESSAMENTE DEROGATO)

Art. 17 – Carenze

Fermo quanto previsto all'art. 9 delle Norme Generali, disciplinante il giorno di effetto del Sussidio, le prestazioni messe a disposizione sono garantite da MBA senza applicazione di periodi di carenza.

Art. 18 – Patologie Pregresse

Per il Socio Titolare e/o i componenti del relativo Nucleo Familiare e i Parenti dei Notai - secondo la definizione esaustiva di cui al precedente art. 2 , le pregresse saranno garantite come segue:

- In caso di prima adesione ad MBA attraverso l'attivazione del presente Sussidio con decorrenza dal 31.10.2023 al 31.12.2023, sono da intendersi incluse tutte le garanzie attivate in conseguenza di Infortuni avvenuti anteriormente alla data di stipula dello stesso.
Altresì, si intenderanno incluse nella copertura assistenziale le prestazioni conseguenti a qualsiasi patologia che sia pregressa in quanto manifestata, diagnosticata, sottoposta ad accertamenti o curata prima della data di attivazione del presente Sussidio o che risulti correlata ad uno stato patologico antecedente alla decorrenza dello stesso.
Sono escluse tutte le spese relative allo stato di gravidanza ed al Parto qualora la gestazione abbia avuto inizio precedentemente alla data di adesione del presente Sussidio.
- In caso di prima adesione ad MBA attraverso l'attivazione del presente Sussidio con decorrenza dal 01.01.2024, sono da intendersi escluse tutte le garanzie attivate in conseguenza di Infortuni avvenuti anteriormente alla data di stipula dello stesso.
Altresì, si intenderanno escluse nella copertura assistenziale le prestazioni conseguenti a qualsiasi patologia che sia pregressa in quanto manifestata, diagnosticata, sottoposta ad accertamenti o curata prima della data di attivazione del presente Sussidio o che risulti correlata ad uno stato patologico antecedente alla decorrenza dello stesso.
La suddetta esclusione non opera una volta trascorsi 4 (quattro) anni di adesione ininterrotta al presente Sussidio.
Sono inoltre escluse tutte le spese relative allo stato di gravidanza ed al Parto qualora la gestazione abbia avuto inizio precedentemente alla data di adesione del presente Sussidio.
- In caso di precedente adesione ad MBA avvenuta attraverso l'attivazione di altro Sussidio di cui alla Convenzione sottoscritta tra quest'ultima e Federnotai, ove il Socio Titolare, con decorrenza dal 31.10.2023, effettui il rinnovo richiedendo l'attivazione del

presente Sussidio, l'attuale piano sanitario di intende in continuità con il precedente. Tale condizione si intende applicata al Socio Titolare e ai medesimi componenti del nucleo familiare per i quali sia avvenuto il rinnovo tramite attivazione del presente Sussidio.

Art. 19 – Esclusioni

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

- a. le prestazioni non corredate da prescrizione medica attestante la diagnosi di patologia o quesito diagnostico (se patologia ancora da accertare);
- b. le prestazioni conseguenti agli Infortuni non documentati da referto di Pronto Soccorso Ospedaliero o di Struttura convenzionata con il SSN, o di Unità Medica di Primo Soccorso presente nel luogo dell'Infortunio da cui sia chiaramente possibile evincere la data di accadimento dell'Infortunio e le conseguenze traumatiche dello stesso ovvero da specifico accertamento diagnostico completo di referti ed immagini (a titolo esemplificativo, TAC, RMN, radiografie) da cui sia chiaramente ed obiettivamente possibile evincere la data di accadimento dell'Infortunio e le conseguenze traumatiche dello stesso;
- c. le prestazioni di routine, controllo, prevenzione nonché i vaccini (sia l'acquisto del farmaco che l'infusione/somministrazione);
- d. le prestazioni conseguenti a suicidio e tentato suicidio;
- e. le prestazioni derivanti o finalizzate all'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla data di effetto del sussidio;
- f. le prestazioni derivanti o finalizzate all'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla data di effetto del sussidio, ad eccezione degli Interventi sui bambini che non abbiano compiuto i 5 anni di età;
- g. le prestazioni relative a Malattie mentali ed i disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche;
- h. le prestazioni sanitarie e le cure aventi finalità estetica e dietologica, salvo gli Interventi di chirurgia plastica o stomatologia limitatamente agli aspetti ricostruttivi di natura oncologica riferiti alla sede della neoformazione maligna se resi necessari da Malattia, ed in caso di Infortunio rimborsabile, limitatamente alla sede dell'apparato oggetto del trauma, purché effettuati nei 360 giorni successivi all'Intervento e comunque durante la validità del Sussidio;
- i. l'asportazione di neoformazioni epiteliali la cui malignità non sia accertata da esame istologico;
- j. Infortuni o Malattie derivanti da dolo del Socio;
- k. le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale, quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, quelle omeopatiche, fitoterapiche, nonché quelle effettuate da Medici o paramedici non abilitati all'esercizio dell'attività professionale;

- l. i farmaci non riconosciuti dalla Farmacopea Ufficiale;
- m. la cura delle malattie professionali, così come definite dal D.lgs. n. 38 del 2000 e successive modifiche e/o integrazioni;
- n. le prestazioni erogate da Medici o paramedici abilitati che non siano in possesso di specializzazione medica pertinente con la prestazione erogata e rispetto alla diagnosi/quesito diagnostico per il quale la prestazione è erogata;
- o. le prestazioni erogate da professionisti non in possesso di regolare iscrizione all'Albo o abilitazione laddove prevista dalla normativa italiana;
- p. le cure e gli Interventi chirurgici finalizzati al trattamento dell'infertilità (ad avviare allo stato di infertilità) e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale;
- q. il parto naturale o cesareo;
- r. l'aborto volontario non terapeutico;
- s. i Ricoveri durante i quali vengono compiuti Interventi e/o solamente accertamenti e/o terapie fisiche che, per loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in regime ambulatoriale, purché consentito dallo stato di salute del Socio;
- t. le prestazioni relative a cure odontoiatriche, ortodontiche e protesi dentarie, salvo espressamente derogato;
- u. le prestazioni conseguenti a reati o ad azioni dolose compiute o tentate dal Socio. Sono comprese nel sussidio quelle sofferte in conseguenza di imprudenza o negligenza anche gravi del Socio stesso;
- v. gli Infortuni conseguenti ad assunzione di sostanze psicoattive (stupefacenti, farmaci, sostanze psicotrope), a scopo non terapeutico;
- w. gli Infortuni causati dallo stato di ebbrezza o di ubriachezza;
- x. le Malattie correlate all'abuso di alcool o al consumo di stupefacenti e sostanze psicotrope, assunte non a scopo terapeutico;
- y. gli Infortuni conseguenti alla pratica di:
 - sport aerei in genere (volo da diporto o sportivo con deltaplani, ultraleggeri, paracadutismo, parapendio, ecc.);
 - sport estremi (alpinismo con scalata di roccia o ghiaccio di grado superiore al terzo della scala U.I.A.A. o in solitaria, arti marziali miste, bmx, cayoning, deep water Soloing, downhill, freefly, free running, free climbing, freeskiing, freestyle Motocross, funambolismo, hydrospeed, immersione in apnea, immersione in grotta, kitesurfing, land boarding, mountainboard, parkour, pattinaggio aggressive, rafting, rugby subacqueo, sandboarding, sci di velocità, skimboarding, slackline, speleologia, snowkiting, snowboard cross, streetluge, tricking (arte marziale), tuta alare, wakeboard, ecc.);

- attività ludiche pericolose (pugilato, lotta, arti marziali in genere, atletica pesante, discesa con slittino da gara, rugby, football americano, hockey, bungee jumping, bob, skeleton, salto dal trampolino con sci o idroscì, sci acrobatico, sci d'alpinismo, sci estremo e/o fuoripista, motonautica, navigazione in mare in solitaria);
 - gare motoristiche e/o motonautiche;
 - sport in genere costituenti per il Socio attività professionale (gare, prove e allenamenti) anche non prevalente per impegno temporale a qualsiasi altra occupazione.
- z. gli infortuni subiti in qualità di passeggero durante i viaggi aerei diversi dai regolari voli di linea;
- aa. gli infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizi resi in corpi militari;
- bb. gli infortuni subiti sul lavoro in miniera, in cava (anche a cielo aperto), in lavori subacquei o in mare aperto;
- cc. le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati dalle accelerazioni di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.), nonché da campi elettromagnetici;
- dd. le conseguenze di inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche, movimenti tellurici;
- ee. le conseguenze di guerre e terrorismo nucleare, biologico o chimico;
- ff. i Ricoveri causati dalla necessità del Socio 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 del Socio 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;
- gg. eventi per i quali sia configurabile la responsabilità di terzi; fatto salvo quanto previsto nel precedente art. 15;
- hh. spese per il trasporto del plasma;
- ii. Pandemia, se definita come tale dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

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

La richiesta di accesso alle prestazioni deve essere presentata nel rispetto delle tempistiche, delle Modalità operative e corredata da tutta la documentazione indicata nei Sussidi Sanitari e nella Guida Operativa, mediante l'utilizzo dell'apposita modulistica messa a disposizione del Socio.

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

MBA si riserva di aggiornare la Guida Operativa fornendone debita e preventiva comunicazione attraverso il sito www.mbamutua.org.

Per richieste di ricovero con o senza intervento chirurgico in regime ordinario e diurno e per gli interventi ambulatoriali è necessario, trasmettere alla Centrale Salute il preventivo di spesa sia per quelle in forma diretta che per quelle a rimborso.

Per queste tipologie di prestazioni, inoltre, sarà possibile procedere ad una preventiva "Richiesta di nulla osta alle prestazioni" sia per quelle in forma diretta che per quelle a rimborso. In questo caso, il socio dovrà mettersi in contatto preventivamente con la Centrale Salute che prenderà in carico la richiesta e ne valuterà le migliori condizioni e le relative modalità di erogazione.

In caso di prestazione erogata da professionisti operanti in regime di libera professione Intramoenia anche allargata (ALPI), il rimborso della prestazione è subordinato alla:

- presentazione, nei termini previsti dalla Guida Operativa, del preventivo fornito dall'Azienda Ospedaliera al Socio e da questi preventivamente e formalmente accettato;

presentazione della Deliberazione dell'Azienda Ospedaliera di appartenenza dei Professionisti (secondo le normative regionali vigenti in materia di libera professione ALPI) contenente l'autorizzazione all'esecuzione delle prestazioni richieste unitamente alle tariffe autorizzate da medesima azienda ospedaliera.

Art. 21 – Documentazione per la presentazione delle richieste.

MBA stabilisce nel rispetto dello Statuto la documentazione da produrre in modo completo a supporto di ciascuna domanda di erogazione delle prestazioni.

Il Socio si impegna a fornire a MBA la documentazione richiesta, anche di data antecedente alla domanda di adesione. Il Socio rilascia preventiva e specifica autorizzazione a MBA a richiedere tale documentazione a terzi, nel rispetto delle vigenti normative.

Si evidenzia che MBA potrà richiedere in ogni momento (sia prima del Rimborso sia a Rimborso effettuato) la produzione degli originali qualora le copie trasmesse risultino in tutto o in parte illeggibili, incomplete o presentino grafie diverse oppure per effettuare controlli di Audit a campione

Art. 22 –Tempi di presentazione delle richieste.

La documentazione a corredo della domanda di rimborso sia in caso di Indennità che di Assistenza indiretta che di Assistenza Diretta sopra definite, deve essere presentata in modo completo e conforme alle richieste di MBA, entro 120 giorni dalla data dell'evento ovvero in caso di Ricovero ordinario o diurno entro 120 giorni dalla data delle dimissioni. Il socio si impegna a tal fine a presentare, o a far sì che le strutture e i professionisti presso i quali è stata eseguita la prestazione presentino entro il suddetto termine, la documentazione completa a MBA o al service provider dalla stessa incaricato. La mancata presentazione della domanda di

rimborso e della documentazione completa (anche in caso di prestazione effettuata in forma diretta) entro il predetto termine comporta la decadenza dal diritto al riconoscimento dell'Assistenza (Diretta/Indiretta/Indennitaria).

La sospensione dell'istruttoria della pratica di Rimborso non interrompe la decadenza indicata. Pertanto, nel caso di sospensione, il Socio ha 60 gg di tempo dalla data di comunicazione della richiesta di ulteriore documentazione per integrare la stessa e sempre entro 120 gg dall'evento. Decorso 60 gg, la richiesta verrà respinta e il Socio dovrà presentare nuova e completa domanda comprensiva anche della documentazione integrativa, comunque entro i 120gg dall'evento oltre i quali il suo diritto decade.

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

Art. 23 - Tempi di Rimborso

a. Prestazioni effettuate in Autorizzazione Diretta/Assistenza Diretta presso Strutture/professionisti Convenzionati con il Network MBA/Health Assistance S.C.p.A.

Le spese relative alla prestazione erogata in Autorizzazione Diretta/Assistenza Diretta presso Strutture/professionisti Convenzionati con il Network MBA/Health Assistance verranno corrisposte da MBA direttamente alle Strutture/professionisti a termini del presente Sussidio e solo subordinatamente all'esito positivo di rimborsabilità conseguente all'analisi della documentazione medica e di spesa completa inoltrata dalla Struttura/professionista alla Centrale Salute (in ciò il rilascio dell'Autorizzazione alla presa in carico costituendo mero strumento di attivazione del servizio).

b. Prestazioni effettuate in Autorizzazione Indiretta/Assistenza Indiretta

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

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

SEZIONE 4 - AREA OSPEDALIERA

PREMESSA - MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Il Socio che necessita di una prestazione ricompresa nell'Area Ospedaliera, a causa di eventi compresi nei termini del presente Sussidio, ha la possibilità di presentare alla Centrale Salute una richiesta di nulla osta esponendo le motivazioni della richiesta. Per tutte le informazioni necessarie ad accedere correttamente alle prestazioni sanitarie si rimanda alla Guida Operativa che forma parte integrante del presente Sussidio.

In linea generale, al fine di fornire la migliore Assistenza, in caso di prestazioni rientranti nella presente sezione e da fruirsi presso Struttura Privata, il Socio potrà preventivamente contattare la Centrale Salute fornendo le necessarie indicazioni in merito alla Sua richiesta. La Centrale Salute concorderà con il Socio le relative modalità di erogazione e di Assistenza.

Per tutte le informazioni necessarie ad accedere correttamente alle prestazioni sanitarie si rimanda alla Guida Operativa che forma parte integrante del presente Sussidio.

Mutua MBA e/o Società da quest'ultima incaricata per la gestione delle pratiche concede:

- l'autorizzazione all'accesso del Socio presso una struttura convenzionata concordata con la Centrale Salute, provvedendo alla liquidazione diretta alla Struttura e ai Professionisti /Personale ricorso a Centri Convenzionati delle spese relative ai servizi erogati, senza applicazione di alcuna quota a carico del Socio (**Autorizzazione all'Assistenza Diretta**);
- l'autorizzazione all'accesso del Socio presso una struttura convenzionata non concordata con la Centrale Salute, provvedendo al rimborso delle spese dietro presentazione della documentazione medica e di spesa, escluse eventuali quote a carico del Socio ove previste (**Autorizzazione all'Assistenza Indiretta in Network**);
- l'autorizzazione all'accesso del Socio presso una struttura non convenzionata non concordata con la Centrale Salute, provvedendo al rimborso delle spese dietro presentazione della documentazione medica e di spesa, escluse eventuali quote a carico del Socio ove previste (**Autorizzazione Indiretta fuori Network**).

Qualora il nulla osta, ai sensi del presente sussidio sanitario, dovesse essere rilasciato per l'Assistenza Indiretta in Network, Mutua MBA si riserva la possibilità di valutare se concedere, a proprio insindacabile giudizio e in via di maggiore favore per l'assistito, l'Autorizzazione all'Assistenza Diretta, applicando comunque una quota di spesa a carico del socio, inferiore o

uguale a quella prevista per la stessa prestazione e ai sensi del presente sussidio sanitario in caso di Autorizzazione all'Assistenza Indiretta in Network.

Se il Socio necessita di una prestazione specialistica prima e dopo il Ricovero, a causa di eventi compresi nei termini del presente Sussidio e secondo quanto previsto nella presente SEZIONE 4 – AREA OSPEDALIERA, presenta alla Centrale Salute una richiesta di Presa in Carico (PIC) esponendo le motivazioni della richiesta.

A. RICOVERO ORDINARIO CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO, RICOVERO ORDINARIO CON GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO, DAY HOSPITAL E DAY SURGERY

In caso di **Ricovero ordinario con o senza Intervento Chirurgico, Ricovero ordinario con Grande Intervento Chirurgico** (secondo l'Elenco esaustivo riportato nell'Allegato 1 al presente Sussidio “*Elenco dei Grandi Interventi Chirurgici*”), **Day Hospital e Day Surgery**, resi necessari da Malattia o Infortunio che risultino compresi nei termini del presente Regolamento, MBA, entro il **Sostegno anno/nucleo** pari ad **€ 200.000,00**, provvederà a rimborsare le spese inerenti al Ricovero così come segue:

i) Prima del Ricovero (nei 90 giorni precedenti al Ricovero)

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

ii) Durante il Ricovero

- retta di degenza - si specifica che tale spesa, in caso di degenza in terapia intensiva e sub-intensiva si intende comprensiva, oltre che della retta di degenza ordinaria, anche dell'assistenza medico infermieristica continua 24 ore e dell'uso di apparecchiature speciali e dell'Emogas- analisi;
- onorari del chirurgo, dell'aiuto operatore chirurgo, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'Intervento, diritti di sala operatoria e materiale di Intervento (ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'Intervento chirurgico);
- medicinali ed esami;
- assistenza medica ed infermieristica;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- vitto e pernottamento in Istituto di cura dell'accompagnatore – entro il sub-Sostegno di € 100,00 al giorno per massimo 45 giorni annui.

iii) Dopo il Ricovero (nei 120 giorni successivi al Ricovero)

- prestazioni mediche, visite specialistiche ed esami diagnostici (inerenti alla patologia causa del Ricovero);
- trattamenti fisioterapici e rieducativi previa prescrizione di Medico specialista in materia;

- acquisto di medicinali (previa prescrizione medica completa di motivazione clinica correlata al Ricovero prescritta dal Medico curante all'atto delle dimissioni);
- cure termali correlate alla patologia causa del Ricovero (escluse le spese alberghiere e previa prescrizione di medico specialista);
- assistenza infermieristica a domicilio a seguito dell'Intervento - entro il sub-Sostegno di € 40,00 al giorno per massimo 60 giorni annui.

MBA, provvederà al Rimborso delle spese sostenute dal Socio a fronte delle prestazioni di cui al **punto ii)** nei limiti dei sub-Sostegni ivi previsti, come di seguito riportato:

- ❖ senza applicazione di **alcuna spesa a suo carico**, in caso di Ricovero effettuato presso un Centro Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance (**Assistenza Diretta e Indiretta in Network o, in caso di ricorso alla procedura di nulla osta riportata in premessa alla presente AREA OSPEDALIERA, tramite Autorizzazione all'Assistenza Diretta e all'Assistenza Indiretta in Network**);
- ❖ con applicazione di una percentuale di **spesa a carico del 15%** in caso di Ricovero effettuato presso un Centro non Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance (**Assistenza Indiretta fuori Network o, in caso di ricorso alla procedura di nulla osta riportata in premessa alla presente AREA OSPEDALIERA, tramite Autorizzazione all'Assistenza Indiretta fuori Network**) o in forma Mista (Struttura Convenzionata ed equipe medica non Convenzionata o viceversa);
- ❖ in caso di prestazioni sostenute a **totale carico del Servizio Sanitario Nazionale** ed erogate sotto forma di **ticket sanitari**, MBA rimborserà integralmente le spese sostenute dal Socio.

QUOTE A CARICO PER SPESE PRE E POST. Con riferimento alle sole spese pre e post di cui ai **punti i) e iii)** del presente art. A. il rimborso avverrà dietro applicazione delle seguenti quote di spesa a carico del Socio:

- ❖ senza applicazione di alcuna **quota di spesa a carico** in caso di prestazioni effettuate presso un Centro Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance (**Assistenza Diretta e Indiretta in Network**);
- ❖ con applicazione di una percentuale di **spesa a carico del 15%** in caso di prestazioni effettuate presso un Centro non Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance (**Assistenza Indiretta fuori Network**) o in forma Mista (Struttura Convenzionata ed equipe medica non Convenzionata o viceversa);
- ❖ in caso di prestazioni sostenute a **totale carico del Servizio Sanitario Nazionale** ed erogate sotto forma di **ticket sanitari**, MBA rimborserà integralmente le spese sostenute dal Socio.

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

Per la documentazione da inoltrare si rimanda alla Guida Operativa del presente Sussidio.

B. INTERVENTI CHIRURGICI PARTICOLARI

MBA, entro il **Sostegno anno/nucleo** pari ad **€ 200.000,00** di cui al precedente **art. A.**, provvederà a rimborsare al Socio le spese sostenute per i seguenti Interventi Chirurgici particolari:

- Appendicectomia;
- Interventi al naso di natura funzionale esclusa la finalità estetica (ad eccezione degli Interventi a seguito di Infortunio debitamente accertato e documentato da referto di Pronto Soccorso o cartella clinica che saranno garantiti ai sensi del precedente art. A ed entro i limiti previsti dalla lett. h art. 19 - Esclusioni);
- Ernie (ad eccezione delle ernie discali della colonna vertebrale);
- Colectomia;
- Meniscectomia;
- Legamenti crociati.

MBA, provvederà al Rimborso delle spese sostenute dal Socio a fronte delle prestazioni di cui al **punto ii)** nei limiti dei sub-Sostegni ivi previsti, come di seguito riportato:

- ❖ senza applicazione di **alcuna quota di spesa a carico del Socio**, in caso di Intervento Chirurgico effettuato tramite **Autorizzazione all'Assistenza Diretta e all'Assistenza Indiretta in Network (in caso di ricorso alla procedura riportata in premessa alla presente AREA OSPEDALIERA)**;
- ❖ con applicazione di una quota di **spesa a carico del 20%** sia in caso di Intervento Chirurgico effettuato presso un Centro Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance (**Assistenza Diretta e Indiretta in Network**) e sia presso un Centro non Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance (**Assistenza Indiretta fuori Network**);

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

QUOTE A CARICO PER SPESE PRE E POST. Con riferimento alle sole spese pre e post di cui ai punti i) e iii) del presente art. A. il rimborso avverrà dietro applicazione delle seguenti quote di spesa a carico del Socio:

- ❖ con applicazione di una quota di **spesa a carico** del **20%** sia in caso di prestazioni effettuate presso un Centro Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance (**Assistenza Diretta e Indiretta in Network**) che presso un Centro non Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance (**Assistenza Indiretta fuori Network**);
- ❖ in caso di prestazioni sostenute a **totale carico del Servizio Sanitario Nazionale** ed erogate sotto forma di **ticket sanitari**, MBA rimborserà integralmente le spese sostenute dal Socio.

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

Per la documentazione da inoltrare si rimanda alla Guida Operativa del presente Sussidio.

C. ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI COMPRESI

MBA, in caso di ***Parto Naturale e Parto Domiciliare, Parto Cesareo/Aborto Terapeutico, Chirurgia Refrattiva e Interventi Ambulatoriali***, garantiti ai sensi del presente Sussidio, provvederà, entro il **Sostegno anno/nucleo** pari ad **€ 200.000,00** di cui al precedente art. A., a rimborsare il Socio – senza applicazione di alcuna quota di spesa a suo carico - nei limiti dei sub-Sostegni di seguito riporti:

- ***Parto Naturale e Parto Domiciliare:*** fino ad un **sub-Sostegno annuo** pari ad **€ 3.000,00;**
- ***Parto Cesareo/Aborto Terapeutico:*** fino ad un **sub-Sostegno annuo** pari ad **€ 6.000,00;**

- **Chirurgia Refrattiva:** fino ad un **sub-Sostegno annuo** pari ad **€ 2.000,00** per occhio (in caso di anisometropia superiore a tre diottrie o deficit visivo pari o superiore a quattro diottrie per ciascun occhio);
- **Interventi Ambulatoriali:** fino ad un **sub-Sostegno annuo** pari ad **€ 5.000,00**.

Il Rimborso delle spese pre e post, sarà garantito nei limiti dei sub-Sostegni di cui al precedente **art. A., punti i) e iii)**, senza applicazione di alcuna quota di spesa a carico del Socio sia in caso di prestazioni effettuate presso un Centro Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance (**Assistenza Diretta e Assistenza Indiretta in Network**), sia in caso di prestazioni effettuate presso un Centro non Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance (**Assistenza Indiretta fuori Network**) che in caso di prestazioni sostenute a **totale carico del Servizio Sanitario Nazionale** ed erogate sotto forma di **ticket sanitari**.

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

Per la documentazione da inoltrare si rimanda alla Guida Operativa del presente Sussidio.

D. INDENNITA' SOSTITUTIVA PER RICOVERO ORDINARIO CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO, RICOVERO ORDINARIO CON GRANDE INTERVENTI CHIRURGICO, DAY HOSPITAL E DAY SURGERY

Nel caso in cui il Socio non richieda alcun Rimborso a seguito di **Ricovero ordinario con o senza Intervento Chirurgico, di Ricovero ordinario con Grande Intervento Chirurgico, Day Hospital e Day surgery** di cui ai precedenti **artt. A., B. e C.**, MBA corrisponderà un'Indennità sostitutiva per far fronte alle necessità legate al recupero della salute a seguito del Ricovero.

L'Indennità sarà pari ad **€ 200,00 al giorno per ogni giornata di Ricovero comprendente il pernottamento ovvero ogni giornata di degenza in caso di Day Hospital/Day Surgery**, sino ad un massimo di **180 giorni** complessivi per annualità.

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

Per la documentazione da inoltrare si rimanda alla Guida Operativa del presente Sussidio.

SEZIONE 5 - AREA SPECIALISTICA

E. ALTA DIAGNOSTICA E TERAPIE

MBA, entro il **Sostegno anno/nucleo** pari ad **€ 8.000,00**, garantirà al Socio il Rimborso delle spese sostenute per le seguenti prestazioni di Alta Diagnostica e per le seguenti Terapie.

Alta Diagnostica

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

Terapie

- Dialisi
- Chemioterapia
- Radioterapia
- Laserterapia

Le prestazioni saranno garantite come segue:



- ❖ con applicazione di una quota di **spesa a carico del 10%** in caso di prestazioni effettuate presso un Centro Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance (**Assistenza Diretta e Indiretta in Network**);
- ❖ con applicazione di una quota di **spesa a carico del 10%** con **minimo non rimborsabile** pari ad **€ 60,00** per prestazione in caso di prestazioni effettuate presso un Centro non Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance (**Assistenza Indiretta fuori Network**);
- ❖ in caso di prestazioni sostenute a **totale carico del Servizio Sanitario Nazionale** ed erogate sotto forma di **ticket sanitari**, MBA rimborserà integralmente le spese sostenute dal Socio.

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

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

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

Per la documentazione da inoltrare si rimanda alla Guida Operativa del presente Sussidio.

F. VISITE SPECIALISTICHE ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

MBA, entro il **Sostegno anno/nucleo** pari ad **€ 5.000,00**, provvederà al Rimborso delle spese sostenute dal Socio per Visite Specialistiche ed Accertamenti Diagnostici con applicazione delle seguenti quote di spesa a carico:

- ❖ con applicazione di una quota di **spesa a carico del 10%** in caso di prestazioni effettuate presso un Centro Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance (**Assistenza Diretta e Indiretta in Network**);
- ❖ Senza applicazione di alcuna quota di spesa a carico in caso di Visite Specialistiche effettuate in modalità **Televisita**, tramite la piattaforma di telemedicina di **Health Point**



- ❖ con applicazione di una quota di **spesa a carico del 20%** con **minimo non rimborsabile** pari ad **€ 80,00** per prestazione in caso di prestazioni effettuate presso un Centro non Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance (**Assistenza Indiretta fuori Network**);
- ❖ in caso di prestazioni sostenute a **totale carico del Servizio Sanitario Nazionale** ed erogate sotto forma di **ticket sanitari**, MBA rimborserà integralmente le spese sostenute dal Socio.

Sono incluse nella presente garanzia anche le **Visite Pediatriche specialistiche per minori di età non superiore ad anni 14**, nel limite di 3 (tre) Visite Pediatriche all'anno. Le spese sostenute sono rimborsate/autorizzate secondo le condizioni previste nel presente articolo e nel limite del sub-sostegno di **€ 60,00 per ciascuna visita**.

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

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

Per la documentazione da inoltrare si rimanda alla Guida Operativa del presente Sussidio.

G. TRATTAMENTI MEDICI, INFERMIERISTICI DOMICILIARI ED AMBULATORIALI IN CASO DI GRAVE MALATTIA

MBA, entro il **Sostegno anno/nucleo** pari ad **€ 1.500,00**, garantisce al Socio il Rimborso delle spese sostenute per Trattamenti medici, Infermieristici domiciliari ed Ambulatoriali effettuati in ragione delle seguenti Gravi Malattie:

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:
 - a. dolore precordiale
 - b. alterazione tipiche all'ECG
 - c. 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**

La garanzia è operante a condizioni 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 del Socio.

Il Rimborso avverrà dietro applicazione delle seguenti quote di spesa a carico del Socio:

- ❖ con applicazione di una quota di **spesa a carico** pari al **30%** sia in caso di prestazioni effettuate presso un Centro Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance (**Assistenza Diretta e Indiretta in Network**) che presso un Centro non Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance (**Assistenza Indiretta fuori Network**);
- ❖ in caso di prestazioni sostenute a **totale carico del Servizio Sanitario Nazionale** ed erogate sotto forma di **ticket sanitari**, MBA rimborserà integralmente le spese sostenute dal Socio.

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

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

Per la documentazione da inoltrare si rimanda alla Guida Operativa del presente Sussidio.

SEZIONE 6 - AREA ODONTOIATRICA E OCULISTICA

H. CURE DENTARIE

MBA, entro il **Sostegno anno/nucleo** pari ad **€ 400,00 – incrementato a € 1.500 in caso di Cure Dentarie da Infortunio** (documentato da referto di Pronto Soccorso di Struttura Sanitaria pubblica o di Struttura di Primo soccorso convenzionata con il SSN), rimborserà al Socio le spese sostenute per Cure Dentarie.

Il Rimborso sarà garantito come di seguito riportato:

- ❖ con applicazione di una quota di **spesa a carico** pari al **10%** in caso di prestazioni effettuate presso un Centro Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance (**Assistenza Diretta e Indiretta in Network**);
- ❖ con applicazione di una quota di **spesa a carico** del **40%** in caso di prestazioni effettuate presso un Centro non Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance (**Assistenza Indiretta fuori Network**);
- ❖ in caso di prestazioni sostenute a **totale carico del Servizio Sanitario Nazionale** ed erogate sotto forma di **ticket sanitari**, MBA rimborserà integralmente le spese sostenute dal Socio.

Unitamente alla richiesta di Rimborso, Socio dovrà presentare il piano di cure predisposto dallo studio dentistico che ha eseguito le stesse, dal quale risultino i denti trattati e le motivazioni cliniche del trattamento, con indicazione del dente trattato per arcata e numero, nonché i referti degli accertamenti diagnostici strumentali (RX, OPT, TAC, RMN) dai quali sia possibile evincere con chiarezza la sede da curare. Altresì dovrà indicarsi, qualora previsto, il periodo massimo di trattamento che il Medico ritenga opportuno per la conclusione della cura sullo stesso dente.

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

Per la documentazione da inoltrare si rimanda alla Guida Operativa del presente Sussidio.

SEZIONE 7 - AREA MATERNITÀ

I. PACCHETTO MATERNITA'

MBA, garantisce all'Associata in stato di gravidanza, il Rimborso di tutte le spese sanitarie sostenute per le seguenti prestazioni:

- n. 2 Visite di controllo ostetrico ginecologiche;
- n. 2 Ecografie di controllo;
- n. 2 Esami di Laboratorio

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

- ❖ senza applicazione di **alcuna quota di spesa a carico** in caso di prestazioni effettuate presso un Centro Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance (**Assistenza Diretta e Indiretta in Network**);
- ❖ senza applicazione di **alcuna quota di spesa a carico ed** entro il **sub-Sostegno** pari ad **€ 500,00** per evento in caso di prestazioni effettuate presso un Centro non Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance (**Assistenza Indiretta fuori Network**);
- ❖ in caso di prestazioni sostenute a **totale carico del Servizio Sanitario Nazionale** ed erogate sotto forma di **ticket sanitari**, MBA rimborserà integralmente le spese sostenute dall'Associata.

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

Per la documentazione da inoltrare si rimanda alla Guida Operativa del presente Sussidio

SEZIONE 9 - AREA PREVENZIONE

J. ESAMI DI LABORATORIO, VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI A SCOPO PREVENTIVO

MBA, entro un **Sostegno anno/nucleo** pari a **€ 300,00, elevato a € 400,00 il secondo anno e a €500,00 dal terzo anno di adesione ininterrotta al presente sussidio**, garantisce al Socio il Rimborso delle spese sostenute per Esami di Laboratorio, Visite Specialistiche e qualsiasi accertamento eseguito a scopo preventivo, quali, a titolo meramente esemplificativo e non esaustivo, accertamenti cardiologici od oncologici.

Il rimborso sarà garantito come segue:

- ❖ con applicazione di una **quota di spesa a carico pari al 50%** sia in caso di prestazioni effettuate presso un Centro Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance (**Assistenza Diretta e Indiretta in Network**) che in caso di prestazioni effettuate presso un Centro non Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance (**Assistenza Indiretta fuori Network**);
- ❖ senza applicazione di **alcuna quota di spesa a carico Sostegno** in caso di prestazioni sostenute a **totale carico del Servizio Sanitario Nazionale** ed erogate sotto forma di **ticket sanitari**;

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

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

Per la documentazione da inoltrare si rimanda alla Guida Operativa del presente Sussidio.

SEZIONE 10 - ASSISTENZA H24

K. ASSISTENZA H24

MBA, durante la copertura, intende garantire anche un servizio di assistenza H24 e 365 giorni l'anno a fianco del Socio.



Ciascuna delle successive prestazioni di Assistenza è fornita non più di tre volte per annualità e non in condizioni di urgenza.

P.2. CONSULENZA MEDICA TELEFONICA

La Centrale Operativa mette a disposizione, 24 ore su 24, il servizio di attivazione di consulto con medici di medicina generale per qualsiasi informazione o suggerimento di carattere medico sanitario generale. I Medici non possono in alcun caso fornire diagnosi o prescrizioni. Il medico può a sua discrezione:

- richiedere all'Assistito l'invio di immagini e fotografie che possano aiutare e/o velocizzare la risoluzione del problema;
- avviare un follow-up dopo qualche giorno qualora necessario per la risoluzione del problema.

Q.3. INVIO DI UN MEDICO AL DOMICILIO

Qualora Socio necessiti di un Medico presso la propria abitazione, durante le ore notturne (dalle ore 20:00 alle ore 8:00) o nei giorni festivi (tutto il giorno), e non riesca a reperire il suo Medico curante, la Centrale Operativa provvede, dopo l'accertamento tramite un primo contatto telefonico da parte di un Medico di guardia del proprio Network convenzionato, ad attivare il servizio di invio di un medico a domicilio tramite proprio Network convenzionato.

In caso di irreperibilità immediata del Medico e qualora le circostanze lo rendano necessario, la Centrale Operativa organizza il trasferimento dell'Assistito con ambulanza ad un pronto soccorso. Validità territoriale: Italia.

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

Qualora il Socio, in seguito ad Infortunio o Malattia, necessiti, successivamente al Ricovero di primo soccorso di:

- essere trasportato da un ospedale in cui è ricoverato presso un altro centro ospedaliero;
- rientrare al proprio domicilio a seguito di dimissione da un centro ospedaliero e, qualora a giudizio del Medico curante, il Socio non possa utilizzare un mezzo diverso dall'autoambulanza;

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

Non danno luogo alla prestazione i trasporti per terapie continuative.

P.5. IN CASO DI NECESSITÀ

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

P.6. LA CENTRALE PER L'ASSISTENZA H24

IL NUMERO DA CONTATTARE PER ATTIVARE I SERVIZI DELL'ASSISTENZA H24 IN CASO DI NECESSITA' E' IL NUMERO VERDE: 800.598.635, ATTIVO 24 ore su 24, 365 gg. all'anno, in lingua italiana.

P.7. RISCHI ESCLUSI PER LA GARANZIA ASSISTENZA H24

Per tutte le garanzie esposte nel precedente art. P. (Assistenza H24) e successivi sotto-articoli, è escluso ogni Rimborso, prestazione, conseguenza e/o evento derivante direttamente od indirettamente da:

- a) Cause ed eventi non adeguatamente documentati.
- b) Comportamenti illeciti o dolosi, sia compiuti che tentati dal Socio; suicidio o tentato suicidio.
- c) Malattie mentali, stati d'ansia, stress e depressione, disturbi psichici in genere e nevrosi, nonché sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS); reazione psicologica derivante dalla paura (ad es. di un atto di guerra, insurrezione popolare, atto di terrorismo, incidente aereo).
- d) Intossicazioni, Malattie ed Infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcolici e di psicofarmaci, nonché dall'uso non terapeutico di allucinogeni e stupefacenti.
- e) Malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche croniche e preesistenti alla data di inizio della copertura e note al Socio.
- f) Malattie dipendenti dalla gravidanza, oltre la 26ma settimana di gestazione.
- g) Infortuni derivanti da atti di temerarietà o attività sportive pericolose (a titolo esemplificativo e non esaustivo: alpinismo, trekking oltre i 2500 metri, salti dal trampolino con sci o idro-sci, guida e uso di guidoslitte e bob, deltaplano, parapendio, immersione con autorespiratore, speleologia, pugilato, canoa e rafting, concorsi di equitazione, caccia e tiro, hockey su ghiaccio, sci fuoripista, rugby, football americano, bungee-jumping, atletica pesante e lotta nelle sue varie forme).
- h) Infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale o dilettantistico o inerenti a partecipazioni a gare.
- i) Missioni di lavoro che prevedano lo svolgimento di attività prevalentemente di natura manuale e/o manifatturiera e/o con l'ausilio di strumenti e macchinari meccanici o industriali.
- j) Pratica venatoria; possesso di armi e munizioni, ancorché provvisti di apposite licenze e autorizzazioni.
- k) Viaggi intrapresi allo scopo di sottoporsi a trattamenti medico-chirurgici, estetici o riabilitativi.
- l) Viaggi intrapresi in zone dove vi sia lo sconsiglio a viaggiare del Ministero degli Esteri; viaggi estremi in zone remote raggiungibili solo con mezzi speciali o dove persistano situazioni di conflitto armato, ostilità, guerra, guerra civile, ribellione, rivoluzione, insurrezione e sommosse, legge marziale, usurpazione del potere.
- m) Atti di sabotaggio, vandalismo o terrorismo in genere, compreso l'utilizzo di ogni tipo di ordigno nucleare o chimico.
- n) Eventi derivanti da fenomeni di trasmutazione dell'atomo, radiazioni ionizzanti o contaminazione radioattiva o da contaminazione chimico- biologica o batteriologica, inquinamento dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da qualsiasi danno ambientale.
- o) Catastrofi naturali ed altri sconvolgimenti della natura.
- p) Pandemia, se definita come tale dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

SEZIONE 11 – AREA SERVIZI

L. ACCESSO AL NETWORK DI STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE

Il Socio, in seguito alla sottoscrizione del presente Sussidio, ha diritto ad usufruire dell'intero Network di Centri Sanitari Convenzionati con MBA/Health Assistance per il tramite della Centrale Salute.

L'accesso al Network delle strutture sanitarie Convenzionate permette di beneficiare dei servizi e delle prestazioni, con o senza prescrizione medica, erogate da Cliniche, Case di cura, e professionisti convenzionati, compresi a titolo esemplificativo fisioterapisti, cardiologi, pediatri, psicologi, etc., associati al Network MBA/Health Assistance, nonché di una scontistica per le prestazioni erogate dalle strutture medesime con l'applicazione di un decremento che ammonta fino al **35%** del normale prezzo praticato dalla struttura stessa. Il Socio potrà beneficiare delle prestazioni erogate dal Centro sanitario al prezzo agevolato.

M. CONSERVAZIONE DELLE CELLULE STAMINALI

Per tutto il corso di validità del presente Sussidio, il Socio avrà a disposizione a costi agevolati la possibilità di usufruire di convezioni presso Partner di Mutua MBA.

Grazie alle Convenzioni siglate sarà possibile per il Socio richiedere direttamente, anche per il tramite della Centrale Salute, il servizio di conservazione delle cellule staminali in forma privata all'estero, secondo i criteri normativi attualmente in vigore, nonché usufruire dei pacchetti sottoelencati a costi agevolati.

a) Crio - conservazione delle cellule staminali

Le cellule staminali vengono così conservate, suddivise in più lotti, al fine di eliminare i rischi da perdita totale del campione a causa di eventi catastrofici.

Tutti i laboratori hanno ottenuto i più severi accreditamenti internazionali (GMP-ISO17025) e garantiscono il medesimo elevato livello di qualità e di sicurezza.

I laboratori utilizzati possono, inoltre, offrire servizi di amplificazione e coltura cellulare secondo i più rigorosi e moderni standard scientifici internazionali, puntando a divenire il punto di riferimento per gli sviluppi della medicina rigenerativa.

b) Informazione scientifica

I nostri partner vogliono costituire una fonte privilegiata per i Genitori ed i professionisti del settore sanitario, per l'accesso ad informazioni attendibili, iscritte, aggiornate ed esaustive sulla ricerca scientifica e la sua applicazione in materia di cellule staminali, attraverso supporti informativi documentali e colloqui individuali con i nostri specialisti.



c) Consulenza medica

I nostri Partner non vogliono limitarsi, quindi, alla sola conservazione delle cellule staminali, ma vogliono essere il centro di competenze scientifiche e mediche unico e ideale per ogni ulteriore esigenza che possa maturare a conservazione avvenuta.

Qualora nel corso del periodo di stoccaggio dovesse presentarsi una patologia per la quale la disponibilità di proprie cellule staminali possa consentire l'utilizzo di un trattamento o di una terapia a base di staminali, potranno assicurare la migliore assistenza nella selezione, a livello internazionale, dei professionisti, degli ospedali e delle cliniche più avanzate supportando, se richiesto, la struttura sanitaria che ha in cura il paziente.

Inoltre, si prenderanno cura del trasporto dei campioni presso la struttura sanitaria indicata dal Genitori, supportando gli stessi, attraverso il proprio personale tecnico, nel coordinamento di tutte le complesse attività terapeutiche.

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



ALLEGATO 1 – ELENCO DEI “GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI”

Cardiochirurgia

- Interventi per asportazione di tumori del cuore
- Interventi di bypass aorto-coronarico singolo o multiplo con prelievo di vasi
- Interventi chirurgici per malformazioni del cuore o dei grossi vasi in c.e.c.
- Interventi di resezione cardiaca (per aneurisma, infarto, tumore)
- Interventi di sostituzione valvolare multipla
- Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione

Chirurgia Vascolare

- Interventi chirurgici per stenosi o aneurismi sui seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrali, succlavie, troncobranchiocefalico, renali, iliache, femorale e poplitea, polmonare
- Interventi chirurgici sull’aorta toracica e addominale compreso bypass aorto-bisiliaco o bifemorale
- Endoartectomia della arteria carotide e/o della arteria vertebrale
- Tromboendoarteriectomia arteriosa iliaco-femorale

Neurochirurgia

- Anastomosi dei vasi intra-extra cranici
- Asportazione di neoplasie maligne o aneurismi endocranici
- Asportazione di neoplasie maligne orbitali
- Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali
- Emisferectomia
- Interventi chirurgici per epilessia focale
- Interventi chirurgici per patologie intramidollari e per traumi vertebromidollari con stabilizzazione chirurgica con viti e barre
- Interventi chirurgici per tumori della base cranica per via transorale
- Interventi chirurgici sull’ipofisi per via transfenoidale
- Interventi chirurgici sulla cerniera atlante-occipitale
- Interventi chirurgici endorachidei per asportazione di tumori
- Interventi per deviazioni liquorale indiretta con shunt intraperitoneali
- Neurotomia retrogasseriana - sezione intracranica di altri nervi
- Operazioni chirurgiche endocraniche per ascesso ed ematoma intracranici
- Microdecompressione endocranica dei nervi cranici
- Talamotomia, pallidotomia

Chirurgia Generale

Chirurgia del Collo

- Interventi chirurgici per gozzo retrosternale con mediastinotomia
- Timectomia per via cervicale
- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne

Chirurgia dell’Esofago

- Resezione dell’esofago per stenosi benigne o megaesofago

- Interventi chirurgici per lesioni traumatiche o spontanee dell'esofago
- Operazioni sull'esofago per neoplasie maligne: resezioni parziali, basse, alte, totali
- Resezione di diverticoli dell'esofago toracico con o senza miotomia

Chirurgia del Pancreas - Milza - Surrene

- Interventi chirurgici di necrosi acuta del pancreas
- Interventi demolitivi sul pancreas:
 - a) totale o della testa
 - b) della coda
- Interventi per cisti e pseudo cisti:
 - a) enucleazioni delle cisti
 - b) marsupializzazione
- Interventi per fistole pancreatiche
- Interventi per tumori endocrini funzionali del pancreas

Chirurgia dello Stomaco - Duodeno

- Resezione gastrica da neoplasie maligne e benigne
- Gastrectomia allargata da neoplasie maligne
- Gastrectomia totale da neoplasie maligne
- Intervento per fistola gastro-digiuno-colica
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-anastomotica

Chirurgia del Fegato - Vie biliari

- Interventi chirurgici derivazioni bilio digestive
- Interventi chirurgici laparoscopico o laparotomici sulla papilla di Water
- Interventi di ablazione laparoscopia al fegato per neoplasie maligne
- Interventi di anastomosi porta-cava o spleno-renale o mesenterica-cava
- Deconnessione azygos-portale per via addominale
- Interventi chirurgici per la ricostruzione delle vie biliari
- Resezione epatica
- Coledoco-epatico-digiuno-duodenostomia con o senza colecistectomia
- Coledoco-epatico-digiunostomia con o senza colecistectomia
- Coledoco-epatico-duodenostomia con o senza colecistectomia

Chirurgia del Colon - Retto - Ano

- Amputazione del retto per via addomino-perineale o addomino-sacrale
- Interventi per neoplasie maligne effettuati per via addominoperineale
- Proctocolectomia totale
- Ricostruzione sfinterale con gracile plastica

Chirurgia dell'Intestino

- Colectomia parziale da neoplasie maligne
- Colectomia totale con eventuale stomia
- Resezione anse intestinali con anastomosi per neoplasie maligne
- Bypass gastrointestinali e intestinali per neoplasie maligne

Chirurgia del Peritoneo

- Exeresi di neoplasie maligne dello spazio retroperitoneale

Chirurgia del Torace

- Asportazione totale/parziale della mammella per neoplasie maligne
- Exeresi per tumori primitivi delle coste e dello sterno
- Interventi chirurgici per neoplasie maligne del mediastino
- Interventi chirurgici per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi lobare o polmonare
- Interventi di resezione della trachea per neoplasie maligne
- Lobectomia polmonare o resezione segmentaria
- Pleurectomia
- Pleuropneumonectomia
- Pneumectomia
- Resezione bronchiale con reimpianto
- Timectomia per via toracica
- Toracectomia ampia
- Toracoplastica totale

Chirurgia Otorinolaringoiatrica e Maxillo-Facciale

- Interventi demolitivi del massiccio facciale per neoplasie maligne
- Interventi demolitivi del cavo oro-faringeo per neoplasie maligne
- Laringectomia totale
- Laringofaringectomia
- Intervento per neurinoma dell'ottavo paio
- Parotidectomia totale per neoplasie maligne

Chirurgia Ginecologica

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

Chirurgia Ortopedia e Traumatologia - nel sub-limite di € 15.000 per evento in caso di Autorizzazione all'Assistenza Indiretta

- Artrodesi vertebrali per via anteriore e/o posteriore con barre e viti due o più livelli
- Artroprotesi totale di anca
- Artroprotesi totale di ginocchio
- Disarticolazione interscapolo toracica
- Emipelvectomy
- Interventi con resezione sulle grandi articolazioni e sulle ossa lunghe per neoplasie maligne
- Interventi per rimozione e reimpianto di protesi d'anca (impiantati nel periodo di copertura)
- Resezione di corpi vertebrali (somatectomia) e sostituzione con cemento o trapianti
- Resezioni del sacro

Chirurgia Urologica

- Prostatectomia radicale per neoplasie maligne, qualsiasi via con eventuale linfadenectomie
- Cistectomia radicale con ureterosigmoidostomia
- Nefrectomia allargata per neoplasie maligne
- Nefro-ureterectomia totale
- Orchiectomia con linfadenectomia per neoplasie maligne testicolari
- Riparazione per via chirurgica laparoscopica o laparotomica di fistola vescico intestinale con asportazione di

segmento di intestino

- Surrenalectomia
- Uretero-ileo anastomosi mono o bilaterale

Trapianti d'organo

- Tutti

Grandi Ustioni

- Interventi chirurgici per ustioni di terzo grado con estensione pari almeno al 20% del corpo
-



Società di mutuo soccorso regolarmente iscritta all'Anagrafe dei Fondi Sanitari di cui al Decreto del Ministero della Salute del 31 marzo 2008 e del 27 ottobre 2009 - Dir. Generale della programmazione sanitaria Ufficio II - Piano sanitario nazionale e Piani di settore. Certificata ISO 9001 / UNI EN ISO 9001:2015 - Erogazione di servizi di gestione fondi e sussidi mutualistici, per gli associati, in ambito sanitario. Iscritta nei registri per la Trasparenza del MISE e della Comunità Europea. Associata ad ANSI - Associazione Nazionale Sanità Integrativa e Welfare.

