



**Regolamento della Copertura  
Sanitaria "AUXILIUM STUDIUM"**

## **INDICE**

<b>SEZIONE 1 - DEFINIZIONI .....</b>	<b>3</b>
<b>SEZIONE 2 - NORME GENERALI CHE REGOLANO LA COPERTURA SANITARIA .....</b>	<b>10</b>
<b>SEZIONE 3 – NORME RELATIVE A TUTTE LE GARANZIE (SALVO NON SIA ESPRESSAMENTE DEROGATO).....</b>	<b>13</b>
<b>SEZIONE A – NON AUTOSUFFICIENZA E ASSISTENZA .....</b>	<b>18</b>
<b>A.1 AUTOSUFFICIENZA .....</b>	<b>18</b>
<b>SEZIONE B – CONSULENZA .....</b>	<b>22</b>
<b>SEZIONE C – CAREGIVER – SOSTEGNO E SALUTE.....</b>	<b>23</b>
<b>C.1 SOSTEGNO PER CAREGIVER CHE ASSISTE IL PAZIENTE A DOMICILIO .....</b>	<b>23</b>
<b>C.2 SOSTEGNO AGGIUNTIVO IN CASO DI ASPETTATIVA NON RETRIBUITA DAL LAVORO PER ASSISTENZA DELL’ASSISTITO</b>	<b>24</b>
<b>C.3 FORMAZIONE E TUTORING .....</b>	<b>24</b>
<b>SEZIONE D – ASSISTITO TITOLARE CAREGIVER- DAL 3° ANNO DI VALIDITÀ DELLA COPERTURA SANITARIA.....</b>	<b>25</b>
<b>SEZIONE E – SERVIZI .....</b>	<b>26</b>
<b>E.1 ADESIONE PROGRAMMA SOSTEGNO FONDAZIONE BANCA DELLE VISITE .....</b>	<b>26</b>
<b>E.2 ASSISTENZA H24 .....</b>	<b>26</b>
<b>ALLEGATO 1 – TABELLA DEI PUNTEGGI.....</b>	<b>28</b>

## 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.

**Accertamento diagnostico:** Prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo.

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

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

**Assistenza Diretta:** modalità di erogazione delle prestazioni della presente Copertura sanitaria presso strutture sanitarie utilizzando personale medico (e/o sanitario) ambedue convenzionati con Cassa 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 Cassa MBA alle strutture ed ai Medici/personale Convenzionati (escluse eventuali quote a carico dell'Assistito ove previste). L'Assistenza Diretta è sempre subordinata all'Autorizzazione alla Presa in Carico (PIC). L'elenco delle Strutture è presente e consultabile nell'Area Riservata di Cassa MBA.

**Assistenza Indiretta:** modalità di erogazione del servizio in base alla quale la Cassa Mutua MBA rimborsa le spese all'Assistito dietro presentazione della documentazione medica e di spesa richiesta nei limiti di quanto previsto dal presente Copertura sanitaria. L'Assistenza Indiretta è prestata anche presso i Centri Convenzionati con il Network Cassa MBA/Health Assistance S.C.p.A. (c.d. Assistenza Indiretta in Network). In questo caso non è necessaria la preventiva autorizzazione alla Presa in Carico (PIC) ma, sarà necessario presentare il Modulo di Accesso al Network Indiretto alla Struttura/professionista Convenzionato per il proprio riconoscimento. L'elenco delle Strutture è presente e consultabile nell'Area Riservata di Cassa MBA.

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

**Associato:** soggetto pubblico o privato, persona giuridica pubblica o privata di qualsiasi settore, ente bilaterale, associazione rappresentativa di lavoratori e/o di pensionati, cassa assistenziale, società di Mutuo soccorso, Fondo sanitario che chiede l'ammissione alla Cassa Mutua MBA (secondo l'art. 9 del Regolamento Applicativo dello Statuto di Cassa MBA), al fine di iscrivere i propri dipendenti, collaboratori e familiari di questi ultimi per garantire loro la copertura sanitaria offerte dalla Cassa Mutua stessa.

**Attività Intramuraria o Intramoenia:** per l'attività libero professionale intramuraria si intende l'attività svolta dal personale appartenente alle categorie professionali della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria esercitata, individualmente o in equipe, al di fuori dell'orario di lavoro e delle connesse attività previste dall'impegno ordinario di servizio, in regime ambulatoriale, ivi comprese le attività di diagnostica strumentale e di laboratorio, di Day Service, di Day Hospital, di Day Surgery, di Ricovero Ordinario, in favore e su libera scelta dell'assistito e con oneri a carico dello stesso, purché tale attività sia regolarmente autorizzata e svolta sia nelle strutture ospedaliere che territoriali; in alternativa, nel caso in cui, previa verifica oggettiva effettuata e certificata dalle preposte strutture interne aziendali e dalle verifiche operate dalle Regioni, non risultino disponibili spazi interni adeguati per l'esercizio di dette attività, può essere svolta in spazi esterni espressamente autorizzati di ricovero o ambulatoriali per l'esercizio delle attività in libera professione intramuraria (ALPI cd allargata).

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

**Avente diritto:** componente del nucleo familiare dell'Iscritto, che assume la qualifica di Avente Diritto secondo l'art. 5 del Regolamento Applicativo e beneficia della copertura sanitaria sottoscritta dall'Associato (di seguito anche "Assistito").

**Assistito:** denominazione che include sia l'Iscritto (titolare della copertura sanitaria) sia l'Avente Diritto, in qualità di beneficiari delle prestazioni previste dalla copertura sanitaria attivata presso la Cassa Mutua MBA.

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

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

**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 nella Copertura sanitaria, la Cartella Clinica, da qualunque tipologia di struttura sanitaria essa provenga, è considerata atto immodificabile e, pertanto, con la richiesta di attivazione della Copertura sanitaria oggetto del presente Regolamento, l'Assistito 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.

Cassa 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.

**Cassa Mutua MBA:** la Cassa Mutua MBA – Fondo Sanitario Integrativo del Servizio Sanitario Nazionale (d'ora in avanti anche Cassa MBA).

**Centrale Salute:** gli uffici dedicati alla gestione delle pratiche di Rimborso e delle Prese in Carico in forma diretta, nonché a fornire le informazioni necessarie ai Soci per l'accesso alle prestazioni e ai servizi ([www.healthassistance.it](http://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 di garanzia sia in caso di Assistenza Diretta che Indiretta.

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

**Chemioterapia oncologia:** 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 a Cassa Mutua MBA in una unica richiesta di rimborso.

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

**Copertura Sanitaria:** l'insieme delle garanzie e delle prestazioni che compongono la copertura sanitaria erogata da Cassa MBA ed oggetto del presente Regolamento.

**Copertura standard:** l'insieme delle garanzie standard e basilari garantite a tutti gli Iscritti che richiedano l'attivazione della Copertura Sanitaria oggetto del presente Regolamento.

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

**Data evento:** per i Ricoveri (ordinari o diurni) o Interventi chirurgici ambulatoriali si intende la data in cui avviene il Ricovero/Intervento; per le altre prestazioni previste dalla presente Copertura sanitaria e presentate in un'unica richiesta, farà fede la data della prima prestazione eseguita per patologia/quesito diagnostico.

**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 della presente Copertura sanitaria sarà ritenuta data di prima insorgenza anche quella in cui lo stato patologico è stato diagnosticato e/o è stato sottoposto ad accertamenti e/o è stato sottoposto a cure.

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

**Day 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 Cassa Mutua MBA, entro 270 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 270 giorni sopra indicato. Dunque, nel caso di sospensione, l'Assistito ha 60 giorni di tempo dalla data di comunicazione della richiesta di ulteriore documentazione per integrare la stessa, purché ciò avvenga sempre entro 270 giorni dall'evento ovvero, in caso di ricovero ordinario o diurno, dalla data delle dimissioni. Decorso 60 giorni, la richiesta verrà respinta e l'Assistito dovrà presentare nuova e completa domanda comprensiva anche della documentazione integrativa, comunque entro i 270 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 della presente Copertura sanitaria. In caso di ricovero ordinario, e di trasferimento da una Struttura Sanitaria ad un'altra (es. da pubblica a privata e viceversa o da privata a privata), lo stesso si considererà "evento unico" allorché avvenuto senza soluzione di continuità. In quanto evento unico non potranno cumularsi rimborsi relativi a differenti garanzie.

**Guida Operativa per l'accesso ai servizi e alle prestazioni:** è il documento complementare e parte integrante della presente Copertura sanitaria, nella versione di volta in volta vigente, che illustra tempi, documentazione necessaria e modalità di accesso ai servizi e ai rimborsi sia in forma di Assistenza Diretta che in forma di Assistenza Indiretta. La Guida Operativa è soggetta ad aggiornamenti periodici, anche al fine di migliorare il servizio e garantire una più efficace gestione delle richieste di accesso ai servizi e alle prestazioni. La Guida Operativa aggiornata è sempre consultabile nell'Area Riservata dell'Assistito presente sul sito di Cassa MBA <https://www.mbacassa.org/> oppure rinvenibile contattando direttamente il Back Office di Cassa MBA. Gli aggiornamenti resi noti agli Assistiti mediante pubblicazione nell'Area Riservata si intendono automaticamente recepiti nella presente Copertura Sanitaria.

**Health Point:** è il marchio che identifica la divisione aziendale del partner Health Italia SpA, che si occupa dell'area sanitaria e della gestione e creazione di un network di strutture sanitarie convenzionate nel settore dei servizi sanitari- ivi inclusa la gestione di una struttura sanitaria convenzionata con la Centrale Salute, la quale offre prestazioni di diagnosi anche attraverso refertazioni e consulenze mediche on line- nonché si occupa di prevenzione e di telemedicina, della promozione di servizi relativi alla salute e al benessere della persona ed è incaricata dalla Mutua per la gestione amministrativa del network di strutture sanitarie nonché per la gestione dell'area prevenzione contemplata nei propri piani sanitari e per ulteriori iniziative di prevenzione ad hoc. 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 sostitutiva:** importo giornaliero erogato da Cassa MBA per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito di Malattia/Infortunio (del parto e/o dell'aborto terapeutico ove previsti nella presente Copertura sanitaria). 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, salvo non sia espressamente previsto nelle singole garanzie

**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 o di Struttura di Primo Soccorso convenzionata con il SSN (attestante le circostanze dell'evento, le cause, le modalità di accadimento e le conseguenze dell'evento) da cui sia chiaramente possibile evincere la data di accadimento dell'infortunio e le conseguenze traumatiche dello stesso, e che abbiano per conseguenza la morte, una fragilità permanente oppure una inabilità temporanea o una delle altre prestazioni garantite dalla presente Copertura sanitaria.

**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.

**Intervento chirurgico Ambulatoriale:** l'intervento chirurgico (come sopra definito) eseguito senza ricovero (e quindi senza degenza ancorché diurna).

**Iscritto:** titolare della Copertura sanitaria, dipendente e/o collaboratore dell'Associato iscritto da quest'ultimo alla Cassa Mutua MBA secondo l'art. 5 del Regolamento Applicativo e beneficiario delle coperture sanitarie attivate (di seguito anche "Assistito" e/o "Assistito Titolare").

**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'Assistito.

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

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

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

**Manifestazione:** epoca in cui si manifesta la malattia con sintomi oggettivi, indipendentemente dalla diagnosi/accertamento della stessa.

**Medico:** persona legalmente abilitata all'esercizio della professione medica – alla diagnosi e cura – che esercita la professione nei limiti della propria specializzazione e che non sia l'Assistito, un appartenente al suo nucleo familiare ovvero il genitore, figlio, fratello, sorella dell'Assistito 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 della presente Copertura sanitaria o che risulti correlata ad uno stato patologico noto 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 della presente Copertura sanitaria.

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

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

**Prestazione:** servizi o altra forma di tutela previste dalla Copertura sanitaria e per i quali si prevede un rimborso o una diaria o una indennità o anche solo un servizio secondo i termini indicati dalla Copertura sanitaria 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.

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

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

**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:** la somma dovuta dalla Cassa Mutua all'Assistito in caso di evento e prestazione risultata rimborsabile all'esito della disamina della documentazione ricevuta.

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

**Sostegno/sub-Sostegno:** la somma complessiva annua, fino alla concorrenza della quale la Mutua sostiene i costi delle prestazioni previste dalla presente Copertura sanitaria.

**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.

**Statuto e Regolamento Applicativo di Cassa MBA:** documentazione che regola il rapporto associativo con Cassa MBA e costituente parte integrante e sostanziale della presente Copertura sanitaria assieme alla Guida Operativa. Sono messe a disposizione dell'Assistito e sempre consultabili nell'Area Riservata dell'Assistito presente sul sito di Cassa MBA <https://www.mbacassa.org/> oppure rinvenibili contattando direttamente il Back Office di Cassa MBA.

**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. I costi della prestazione sono da intendersi inclusi nella retta di degenza prevista per il ricovero ordinario. Non sono previsti costi aggiuntivi nel caso in cui la prestazione sia erogata in terapia intensiva o sub-intensiva.

**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 LA COPERTURA SANITARIA

### Art. 1 – Oggetto

Oggetto della presente Copertura Sanitaria è tutelare l'Assistito - dipendente dell'Azienda/Società (più in generale persona giuridica o Ente) che aderisce alla Copertura Sanitaria - sostenendolo nel momento di maggiore necessità e dove sono carenti i servizi di Stato. Nello specifico l'Assistito ha diritto al rimborso delle spese sanitarie, ovvero l'erogazione delle prestazioni, sostenute dagli Assistiti in conseguenza di uno stato di non autosufficienza derivante da Infortunio o Malattia, verificatisi nel corso di validità della presente Copertura Sanitaria. Ulteriore valore della Copertura è l'assistenza ed il sostegno verso il socio ed il Caregiver.

### Art. 2 – Persone Assistite

Le prestazioni garantite dalla presente Copertura Sanitaria sono prestate in favore dell'Assistito Titolare della Copertura, dipendente dell'Azienda/Società (più in generale persona giuridica o Ente) che abbia sottoscritto con Cassa Mutua MBA specifica Convenzione che prevede l'applicazione del presente Copertura Sanitaria.

La presente Copertura Sanitaria riconosce prestazioni anche a favore del Caregiver indicato dall'Assistito entro 60 giorni dall'accertamento del proprio stato di non autosufficienza.

### Art. 3 – Limiti di età

L'adesione alla Copertura Sanitaria sarà possibile per tutti gli Assistiti che alla data di attivazione non abbiano compiuto i 71 anni di età. L'adesione alla Copertura Sanitaria dell'Assistito prosegue anche superati i 71 anni di età a condizione che sia rinnovata, senza alcuna soluzione di continuità, di anno in anno.

In caso di cessazione dell'adesione, una nuova adesione potrà avvenire soltanto per i Sussidi sanitari che ammettono l'adesione di Assistiti che abbiano già compiuto i 71 anni.

Le prestazioni previste dalla presente Copertura Sanitaria sono messe a disposizione degli Assistiti senza alcun limite di età in uscita.

### Art. 4 – Validità della Copertura Sanitaria

La presente Copertura Sanitaria ed i relativi contributi operano in virtù di Accordo Quadro; la validità di quest'ultima costituisce conditio sine qua non della validità della Copertura Sanitaria stessa.

### Art. 5 – Obblighi contributivi dell'Associato

In caso di mancato versamento dei relativi contributi e fermo quanto previsto all'art. 6 in materia di irregolarità contributiva, Cassa Mutua MBA si riserva il diritto di adire le vie legali, previo tentativo di conciliazione ai sensi dell'art. 10 del presente Regolamento.

## **Art. 6 – Dichiarazioni e comunicazioni dell'Assistito**

Le dichiarazioni non veritiere rese dall'Assistito al momento della domanda di ammissione o, successivamente, ai fini di ottenere il Rimborso delle spese, comportano la perdita totale o parziale del diritto al pagamento della somma dovuta da Cassa Mutua in caso di evento risultato rimborsabile in base alla presente Copertura Sanitaria, all'esito della disamina della documentazione ricevuta.

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

## **Art. 7 – Decorrenza della Copertura Sanitaria**

Fatto salvo quanto diversamente previsto dall'Accordo Quadro, la Copertura Sanitaria decorre dalle ore 24:00 del giorno condiviso tra Cassa Mutua MBA e l'impresa e espressamente indicato nell'Accordo Quadro.

## **Art. 8 – Risoluzione delle Controversie**

A fronte di ogni eventuale controversia che dovesse insorgere tra l'Associato ed Cassa Mutua MBA, anche in dipendenza di una diversa interpretazione della presente Copertura Sanitaria, prima di ricorrere ad un procedimento ordinario, le Parti esperiranno il tentativo di conciliazione. In caso di esito negativo del tentativo di conciliazione, il foro competente per ogni eventuale controversia, è quello di Roma.

## **Art. 9 – Sostegni**

Tutti i Sostegni menzionati nella presente Copertura Sanitaria, nonché gli eventuali sub-Sostegni relativi a specifiche prestazioni o garanzie, sono da intendersi per anno assistenziale, salvo casi specifici dove viene espresso diversamente nelle singole garanzie.

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 garanzie.

Tutti i Sostegni e sub-Sostegni previsti dalla presente Copertura Sanitaria saranno pertanto da intendersi anno/nucleo.

## **Art. 10 – Sottoscrizione di più Coperture Sanitarie**

Qualora l'Assistito abbia sottoscritto con Cassa Mutua MBA più di una Copertura Sanitaria, avrà diritto ad ottenere la condizione più favorevole (Rimborso delle spese, erogazione di Indennità o indennizzo) tra le garanzie riconosciutegli dalle varie Coperture Sanitarie sottoscritte. Tale principio trova, inoltre, applicazione nell'ambito

della stessa Copertura Sanitaria che preveda più rimborsi e/o prestazioni per lo stesso evento. Resta inteso che, per il medesimo evento, non sono cumulabili più rimborsi o indennizzi.

### **Art. 11– 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. Le prestazioni sanitarie dovranno essere documentate in modo conforme alla normativa italiana e, se redatte in lingua diversa dall'italiano, accompagnate da traduzione certificata ove richiesto da Cassa Mutua MBA.

### **Art. 12– Responsabilità di terzi**

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

- liquidare, nei limiti stabiliti dal presente Regolamento, le spese sanitarie sostenute dall'Assistito in conseguenza dell'evento pregiudizievole, solo qualora l'Assistito produca a Cassa MBA documentazione attestante l'avvenuto rigetto della richiesta 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 dall'Assistito in conseguenza dell'evento pregiudizievole, solo qualora l'Assistito produca a Cassa 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.

L'Assistito si impegna a fornire piena collaborazione alla Cassa, anche mediante cessione dei diritti verso il terzo responsabile o la compagnia assicurativa, ove necessario.

Resta ferma, in tutti gli altri casi, la generale esclusione di cui all'art. 18 del presente Regolamento.

### **Art.13– Rinvio alle norme**

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme legislative italiane, lo Statuto di Cassa Mutua MBA, il Regolamento Applicativo dello Statuto in vigore e la Guida Operativa di volta in volta aggiornata, consultabili nell'Area Riservata dell'Assistito presente sul sito di Cassa Mutua MBA [www.mbacassa.org](http://www.mbacassa.org) oppure rinvenibili contattando direttamente il Back Office di Cassa Mutua MBA.

## SEZIONE 3 – NORME RELATIVE A TUTTE LE GARANZIE (salvo non sia espressamente derogato)

### Art. 14 – Termini di Aspettativa (Carenze)

Fermo quanto previsto all'Art. 6 delle Norme Generali, disciplinante il giorno di decorrenza della Copertura Sanitaria, le prestazioni hanno effetto (giorno di effetto):

- per gli Infortuni, dalle ore 24:00 del giorno di decorrenza della Copertura Sanitaria;
- per le Malattie e le conseguenze di Malattie insorte successivamente alla data di decorrenza della Copertura Sanitaria, dal 30° giorno successivo a quello di decorrenza della Copertura Sanitaria;
- per le Malattie e le conseguenze di Malattie insorte anteriormente alla data di decorrenza della presente Copertura Sanitaria, ma a tale data non conosciute dall'Assistito, dal 180° giorno successivo a quello di decorrenza della Copertura Sanitaria;
- per le Malattie di Alzheimer e Parkinson: dal 5° anno successivo a quello di decorrenza della Copertura Sanitaria.

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

### Art. 15 – Pregresse

Tutte le prestazioni oggetto della presente Copertura Sanitaria attivate in conseguenza di Infortuni avvenuti anteriormente alla data di attivazione della stessa si intendono espressamente escluse.

Si intendono espressamente escluse tutte le prestazioni oggetto della presente Copertura Sanitaria attivate in conseguenza di:

- Infortuni accaduti anteriormente alla data di attivazione della Copertura Sanitaria;
- Malattie manifestate, diagnosticate, sottoposte ad accertamenti o curate prima della data di attivazione della presente Copertura Sanitaria.

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

Nel solo caso in cui il Sussidio/Copertura Sanitaria di provenienza preveda l'inclusione delle pregresse, l'esclusione delle prestazioni conseguenti a malattie manifestate, diagnosticate, sottoposte ad accertamenti o curate prima

della data di attivazione della presente Copertura Sanitaria si intenderà valida solo per le maggiori e più ampie prestazioni previste dalla presente Copertura Sanitaria rispetto a quello di provenienza. In tal caso, per tali nuove prestazioni, verrà considerata come data di prima adesione quella relativa alla presente Copertura Sanitaria.

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

## **Art. 16– Esclusioni**

Sono esclusi dalla presente Copertura Sanitaria (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. 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'Assistito.
- c) le prestazioni relative o finalizzate a cure odontoiatriche, ortodontiche e protesi dentarie salvo specifiche deroghe previste dalla Copertura Sanitaria;
- d) le prestazioni di routine, controllo, prevenzione nonché i vaccini (sia l'acquisto del farmaco che l'infusione/somministrazione);
- e) le prestazioni conseguenti a suicidio e tentato suicidio;
- f) le prestazioni derivanti o finalizzate all'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla data di effetto della Copertura Sanitaria, 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 alla data dell'Intervento e comunque durante la validità della Copertura Sanitaria;
- i) Infortuni o Malattie derivanti da dolo dell'Assistito;
- j) le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale, quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, quelle omeopatiche, fitoterapiche, nonché quelle effettuate da medici o paramedici non abilitati all'esercizio dell'attività professionale;
- k) i farmaci non riconosciuti dalla Farmacopea Ufficiale;
- l) la cura delle malattie professionali, così come definite dal D.lgs. n. 38 del 2000 e successive modifiche e/o integrazioni;

- m) 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;
- n) le prestazioni erogate da professionisti non in possesso di regolare iscrizione all'Albo o abilitazione laddove prevista dalla normativa italiana.
- o) le cure e gli interventi chirurgici finalizzati al trattamento dell'infertilità (ad ovviare allo stato di infertilità) e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale;
- p) l'aborto volontario non terapeutico;
- q) i Ricoveri durante i quali vengono compiuti interventi e/o solamente accertamenti e/o terapie fisiche che, per loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in regime ambulatoriale, purché consentito dallo stato di salute dell'Assistito;
- r) le prestazioni conseguenti a reati o ad azioni dolose compiute o tentate dall' Assistito. Sono compresi nella garanzia quelle sofferte in conseguenza di imprudenza o negligenza anche gravi dell'Assistito stesso;
- s) gli Infortuni conseguenti ad assunzione di sostanze psicoattive (stupefacenti, farmaci, sostanze psicotrope), a scopo non terapeutico;
- t) gli infortuni causati dallo stato di ebbrezza o di ubriachezza;
- u) le Malattie correlate all'abuso di alcool o al consumo di stupefacenti e sostanze psicotrope, assunte non a scopo terapeutico;
- v) 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 idrosci, 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 l'Assistito attività professionale (gare, prove e allenamenti) anche non prevalente per impegno temporale a qualsiasi altra occupazione.
- w) gli infortuni subiti in qualità di passeggero durante i viaggi aerei diversi dai regolari voli di linea;
- x) gli infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizi resi in corpi militari;
- y) gli infortuni subiti sul lavoro in miniera, in cava (anche a cielo aperto), in lavori subacquei o in mare aperto;
- z) le conseguenze di guerre e terrorismo nucleare, biologico o chimico; a parziale deroga di quanto stabilito, si conviene di estendere la garanzia alle spese mediche sostenute per infortunio o malattia in conseguenza di fatti avvenuti in stato di guerra per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'assistito risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'Estero in un paese sino ad allora in pace

- aa) le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati dalle accelerazioni di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.), nonché da campi elettromagnetici;
- bb) le conseguenze di inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche, movimenti tellurici;
- cc) i ricoveri causati dalla necessità dell'Assistito di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché Ricoveri di lunga degenza. In tal senso si intendono Ricoveri di lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assistito che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituti di cura per Interventi di carattere assistenziale e fisioterapico di mantenimento;
- dd) eventi per i quali sia configurabile la responsabilità di terzi; fatto salvo quanto previsto nel precedente art.14;
- ee) spese per il trasporto del plasma;
- ff) Pandemia, se definita come tale dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

### **Art. 15– Modalità di erogazione del servizio e tempi di presentazione delle richieste**

La documentazione a corredo della domanda di rimborso sia in caso di Indennità che di Assistenza indiretta sopra definite, deve essere presentata in modo completo e conforme alle richieste di Cassa Mutua MBA, entro 270 giorni dal termine della prestazione sanitaria erogata ovvero in caso di Ricovero ordinario o diurno entro 270 giorni dalla data delle dimissioni. L'Assistito 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 Cassa Mutua MBA o al service provider dalla stessa incaricato. La mancata o incompleta presentazione della documentazione entro 270 giorni dall'evento determina l'impossibilità di procedere all'erogazione del rimborso. La sospensione dell'istruttoria della pratica di rimborso non interrompe la decadenza indicata. Pertanto, nel caso di sospensione, l'Assistito ha 60 gg di tempo dalla data di comunicazione di richiesta di ulteriore documentazione per integrare la stessa, comunque, entro 270 gg dall'evento. Decorsi 60 gg, la richiesta verrà respinta e l'Assistito dovrà presentare nuova e completa richiesta comprensiva anche della documentazione integrativa, comunque entro i 270 gg dall'evento oltre i quali il suo diritto decade.

Per tutte le informazioni necessarie ad accedere correttamente alle prestazioni sanitarie erogate in forma Diretta e Indiretta, nonché per la gestione dei relativi rimborsi, si rimanda alla Guida Operativa che forma parte integrante della presente della Copertura Sanitaria ed è consultabile nell'Area Riservata dell'Assistito presente sul sito di Cassa Mutua MBA [www.mbacassa.org](http://www.mbacassa.org).

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

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

## **Art. 17 – Tempi di rimborso**

### **a) Prestazioni effettuate in Assistenza diretta presso strutture/professionisti convenzionati con la Centrale Salute.**

Le spese relative alla prestazione erogata in assistenza diretta presso strutture/professionisti convenzionati con la Centrale Salute verranno corrisposte da Cassa MBA direttamente alle strutture/professionisti a termini della presente Copertura Sanitaria 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).

L'autorizzazione alla presa in carico costituisce mero nulla osta all'attivazione del servizio in forma diretta; in nessun caso l'Autorizzazione dovrà considerarsi quale impegno e garanzia alla successiva liquidazione che avverrà solo a seguito della conclusione delle valutazioni documentali e quindi, solo successivamente alla ricezione della documentazione completa inviata.

La richiesta di presa in carico dovrà essere presentata alla Centrale Salute almeno 5 giorni lavorativi prima della data prevista per la prestazione. Ai fini del calcolo dei giorni utili, i giorni festivi e prefestivi non sono considerati nel calcolo.

### **b) Prestazioni effettuate in Assistenza Indiretta**

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

Ogni richiesta dovrà essere presentata in modo completo e autosufficiente; la Centrale Salute non è tenuta a verificare se la documentazione mancante sia stata già trasmessa in occasione di precedenti richieste da parte dell'Assistito.

Ai fini del calcolo dei giorni utili, i giorni festivi e prefestivi non sono considerati nel calcolo.

In caso di rifiuto totale o parziale del rimborso richiesto, la Centrale Salute invia comunicazione specifica e tempestiva alla e-mail dichiarata dall'Assistito contenente le motivazioni dettagliate ed esplicite del mancato rimborso, o la richiesta di integrazione documentale.

## PREMESSA

Tutte le prestazioni previste dalla presente Copertura Sanitaria si attivano dal momento in cui è stato riconosciuto ed accertato lo stato di non autosufficienza.

La Copertura Sanitaria cesserà automaticamente alla prima scadenza utile successiva al completamento dell'erogazione della prestazione prevista per la copertura "NON AUTOSUFFICIENZA e ASSISTENZA", di cui alla Sezione A.

# SEZIONE A – NON AUTOSUFFICIENZA E ASSISTENZA

## PREMESSA

In caso l'Assistito abbia sottoscritto con MBA un Sussidio o sia Assistito ad un'altra Copertura Sanitaria per tramite di Cassa Mutua MBA, la prestazione della presente Sezione A si intende cumulativa rispetto alla medesima prestazione riconosciuta, eventualmente, dall'altro Sussidio/ Copertura Sanitaria.

### A.1 AUTOSUFFICIENZA

La presente prestazione si attiva all'insorgenza, nel corso di validità della presente Copertura Sanitaria, di eventi impreveduti ed invalidanti dell'Assistito derivanti sia da Infortunio che da Malattia, anch'essi insorti durante la vigenza della Copertura Sanitaria e tali da comportare uno stato di non autosufficienza per il quale l'Assistito non può svolgere autonomamente le attività elementari della vita quotidiana.

#### A.1.1 Definizione dello stato di non autosufficienza

È considerato in stato di non autosufficienza l'Assistito che, a causa di una malattia o di infortunio si trovi per un periodo non inferiore a 90 giorni continuativi, in uno stato tale – presumibilmente in modo permanente – da aver bisogno dell'assistenza di un'altra persona per aiutarlo nello svolgimento delle attività ordinarie della vita quotidiana –ADL (Activities of Daily Living) -, nonostante l'utilizzo di apparecchiature mediche e/o chirurgiche.

È definita persona non autosufficiente la persona che risulti incapace di svolgere in tutto o in parte alcune attività elementari della vita quotidiana:

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

Lo stato di non autosufficienza verrà valutato secondo il criterio del punteggio (Allegato 1 "Tabella dei Punteggi"), ossia, ad ognuna delle attività elementari della vita quotidiana, sulla base di una valutazione del proprio Comitato Medico-Legale, Cassa Mutua MBA accerta il grado di autonomia della persona e assegna un punteggio da 0 a 10.

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

In più, lo stato di Non Autosufficienza è riconoscibile anche - **indipendentemente dal punteggio sopra menzionato - quando l'Assistito sia affetto da una patologia nervosa o mentale dovuta a causa organica e che abbia determinato la perdita delle capacità cognitive** (quali ad esempio, il morbo di Parkinson o di Alzheimer ovvero altre demenze invalidanti di origine organica).

### **A.1.2. Accertamento dello stato di non autosufficienza**

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

In particolare, dovrà essere comunicata a Cassa Mutua MBA la seguente documentazione:

- Modulo di richiesta di rimborso (scaricabile dalla sezione personale del sito di Cassa Mutua MBA o richiedibile alla Centrale Salute);
- Diagnosi e/o patologia (certificato del medico curante attestante l'insorgere della non autosufficienza corredata dalla tabella dei punteggi – scaricabile dalla sezione personale del sito di Cassa Mutua MBA o richiedibile alla Centrale Salute – compilata dal medico curante);
- Relazione medica sulle cause della perdita di autosufficienza;
- Documentazione sanitaria (cartelle cliniche, relazioni mediche, accertamenti diagnostici etc.) utile alla valutazione del quadro clinico;
- Ogni altro documento che Cassa Mutua MBA ritenga necessario produrre per attestare l'insorgenza dello stato di non autosufficienza.

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

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

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

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

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

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

### **A.1.3. Rimborso delle spese sanitarie e assistenziali**

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

Nel limite di € **700,00** al mese e fino a **36 mesi** in cui sia attivo lo stato di Non Autosufficienza, Cassa Mutua MBA provvede al sostegno dell'Assistito nel caso delle seguenti spese:

- Rimborso spese per Assistenza domiciliare (Badante, Operatore Socio-Sanitario, Contributo RSA);
- Rimborso spese per Sostegno psicologico;
- Rimborso spesa per la consegna dei farmaci al domicilio/residenza dell'Assistito non autosufficiente, previa prescrizione medica (costo dei medicinali restano a carico dell'Assistito);
- Rimborso spesa per la consegna della spesa per generi alimentari al domicilio/residenza dell'Assistito non autosufficiente (costo della spesa resta a carico dell'Assistito);
- Rimborso per la ricerca e la consegna, al domicilio/residenza dell'Assistito non Autosufficiente, di presidi ortopedici necessari in conseguenza dell'accertato stato di non autosufficienza (costo dei presidi ortopedici resta a carico).

Si precisa che lo scontrino della spesa per generi alimentari deve riportare espressamente il costo per il servizio di consegna al domicilio/residenza dell'Assistito non autosufficiente; tale informazione può essere comunicata anche attraverso fattura o copia dell'ordine di acquisto allegata allo scontrino, purché su quest'ultimo sia presente il numero dell'ordine.

Ciascuna richiesta di Rimborso è presentata dall'Assistito per un importo complessivo di spese sanitarie e assistenziali non inferiore a € 25 e entro 120 giorni dalla data di sostenimento della prima spesa presentata al corrente Rimborso.

Se nell'arco dei 120 giorni dalla data di sostenimento della prima spesa l'Assistito non raggiunge una spesa complessiva pari ad almeno € 25, può presentare richiesta di Rimborso per il minore importo cumulato.

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

Le prestazioni di cui sopra saranno garantire da Cassa Mutua MBA, permanendo lo stato di non autosufficienza.

Ai fini del rimborso delle spese di cui al presente punto A.1.3., l'Assistito dovrà fornire a Cassa Mutua MBA la documentazione comprovante la data, il costo e l'oggetto della prestazione di cui è presentata domanda di rimborso (fatture, certificato medico etc.).

Il limite è subordinato a quanto previsto nella "Precisazione" alla Sezione D.

#### **A.1.4. Modalità di attivazione della prestazione in forma Diretta**

Fermo restando quanto sopra, Cassa Mutua MBA mette a disposizione degli Assistiti un Network di Strutture e professionisti Convenzionati a cui poter accedere per le prestazioni previste dalla presente Sezione "NON AUTOSUFFICIENZA e ASSISTENZA".

L'Assistito, una volta accertato lo stato di non autosufficienza sulla base del punteggio raggiunto, potrà verificare con la Centrale Salute la possibilità di attivare in forma Diretta sul territorio di residenza/domicilio le seguenti prestazioni sanitarie:

- Assistenza domiciliare (Badante, Operatore Socio-Sanitario);
- Sostegno psicologico;
- Consegna dei farmaci al domicilio/residenza dell'Assistito non autosufficiente, previa prescrizione medica (costo dei medicinali restano a carico dell'Assistito);
- Consegna della spesa per generi alimentari al domicilio/residenza dell'Assistito non autosufficiente (costo della spesa resta a carico dell'Assistito);
- Consegna, al domicilio/residenza dell'Assistito non Autosufficiente, di presidi ortopedici necessari in conseguenza dell'accertato stato di non autosufficienza (costo dei presidi ortopedici resta a carico).

Pertanto, qualora l'Assistito decida di avvalersi di una Struttura e/o professionista Convenzionato e di richiedere l'erogazione in forma Diretta delle prestazioni della presente Sezione, Cassa Mutua MBA procederà a rimborsare direttamente alla Struttura/professionista le spese per le prestazioni sanitarie e/o socioassistenziali erogate ed espressamente autorizzate dalla Centrale Salute.

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

## SEZIONE B – CONSULENZA

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

In particolare, l'Assistito potrà verificare con la Centrale Salute la possibilità di usufruire in forma Diretta sul territorio di residenza/domicilio dei seguenti servizi di consulenza:

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

## SEZIONE C – CAREGIVER – SOSTEGNO E SALUTE

### PREMESSA

Cassa Mutua MBA, con la presente Copertura Sanitaria, oltre a prevedere il Rimborso delle spese all'Assistito "Non Autosufficiente", garantisce l'assistenza anche a colui che si prende cura del socio non autosufficiente, ossia il Caregiver.

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

Il particolare, l'indicazione del Caregiver da parte dell'Assistito a cui viene accertato lo stato di non autosufficienza, dovrà avvenire entro 60 giorni dall'accertamento dello stesso, tramite invio a Cassa Mutua MBA dell'apposito modulo compilato con l'indicazione della figura del Caregiver nonché di un certificato attestante il grado di parentela tra l'Assistito Non autosufficiente e il Caregiver stesso. In caso contrario, non potranno essere attivate le prestazioni dedite alla figura del Caregiver.

È data la possibilità, nel corso della durata della non autosufficienza, di designare una nuova figura di Caregiver, differente dalla prima. Il Caregiver subentrante potrà beneficiare delle prestazioni previste nelle sezioni a lui dedicate, a meno di quelle prestazioni eventualmente già utilizzate dal Caregiver uscente.

Si precisa che Cassa Mutua MBA potrà erogare le prestazioni di cui alla presente sezione C, solo se il Caregiver designato diventi un Assistito di MBA per tramite di Cassa Mutua MBA.

### C.1 SOSTEGNO PER CAREGIVER CHE ASSISTE IL PAZIENTE A DOMICILIO

Cassa Mutua MBA riconosce al Caregiver il Rimborso delle spese sostenute in stretta correlazione con la necessità di garantire assistenza all'Assistito non autosufficiente fino ad un limite di **€ 200,00 al mese** e per una **durata massima pari al periodo di riconoscimento del Rimborso spese all'Assistito per lo stato di non autosufficienza**.

In particolare, Cassa Mutua MBA provvede al sostegno del Caregiver nel caso delle seguenti spese:

- Trasporto pubblico locale e trasporto a lunga percorrenza

Rimborso dell'abbonamento nominativo del Caregiver ai servizi di trasporto pubblico locale e rimborso dei titoli di viaggio nominativi del Caregiver per le tratte a lunga percorrenza tra la Residenza del Caregiver e la Residenza dell'Assistito.

È cura del Caregiver presentare adeguata documentazione che permetta di ricostruire la tratta percorsa fino alla Residenza dell'Assistito non autosufficiente. I titoli di viaggio devono essere oblitterati e indicare data e ora dell'utilizzo.

- Uso di autovettura privata

Rimborso del costo del carburante:

- nel sub-limite di **€ 100,00** se il più breve percorso stradale tra la Residenza del Caregiver e la Residenza dell'Assistito è non superiore a 100 Chilometri;
- nel sub-limite di **€ 150,00** se il più breve percorso stradale tra la Residenza del Caregiver e la Residenza dell'Assistito è superiore a 100 Chilometri.

Sono rimborsate, senza applicazione del sub-limite, le spese per eventuali pedaggi autostradali sostenute dal Caregiver per raggiungere l'Assistito o per il trasporto dell'Assistito che deve sottoporsi a prestazioni sanitarie

(visite mediche, accertamenti, esami specialistici) opportunamente documentati. Le spese per pedaggi autostradali devono essere dimostrate attraverso l'inoltro dei relativi attestati di transito.

- Servizio di baby-sitting

Rimborso delle spese sostenute per servizi di baby-sitting in presenza di figli minori di 14 anni conviventi col Caregiver.

Il Caregiver dovrà presentare regolare ricevuta o fattura rilasciata dal lavoratore autonomo e relativo pagamento o documentare il pagamento delle prestazioni attraverso il Libretto famiglia INPS in caso di lavoro occasionale.

Qualora il lavoratore sia assunto tramite un'agenzia interinale, è condizione per il rimborso il rilascio da parte di quest'ultima di una certificazione attestante gli importi pagati, gli estremi anagrafici e il codice fiscale del soggetto che effettua il pagamento del lavoratore.

La presentazione della richiesta di rimborso delle prestazioni effettuate dovrà avvenire mensilmente in un'unica soluzione (a cui segue un unico rimborso)

L'attivazione della presente prestazione è subordinata alla presentazione entro 60 giorni dall'accertamento dello stato di non autosufficienza dell'Assistito, del modulo compilato necessario per designare il Caregiver, alla contestuale presentazione della domanda di ammissione a MBA da parte del Caregiver designato e alla sua ammissione a socio di Mutua MBA.

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

## **C.2 SOSTEGNO AGGIUNTIVO IN CASO DI ASPETTATIVA NON RETRIBUITA DAL LAVORO PER ASSISTENZA DELL'ASSISTITO**

Nel caso in cui il Caregiver, al fine di prestare assistenza all'Assistito non autosufficiente, fruisca di un periodo di aspettativa non retribuita dal lavoro di durata non inferiore a 6 mesi, Cassa Mutua MBA riconosce al Caregiver un contributo economico aggiuntivo a quello del precedente Art. C.1.

Il contributo sarà pari ad **€ 1.500,00** e verrà corrisposto *una tantum*.

Al fine di poter attivare questa prestazione, oltre al modulo compilato per designare il Caregiver da presentare entro 60 giorni dall'accertamento dello stato di non autosufficienza dell'Assistito, è necessaria la presentazione da parte del Caregiver stesso della domanda di aspettativa e relativa concessione da parte del datore di lavoro.

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

## **C.3 FORMAZIONE E TUTORING**

Cassa Mutua MBA organizza, in collaborazione con la propria Centrale Salute e/o partner convenzionati, servizi di formazione e tutoring per il Caregiver.

Il Caregiver, una volta nominato tale dall'Assistito in ragione dell'accertamento dello stato di non autosufficienza, potrà verificare con la Centrale Salute la possibilità di attivare sul territorio di residenza/domicilio servizi di formazione di base e servizi di consulenza inerenti agli aspetti assistenziali riguardanti la condizione di non autosufficienza dell'Assistito.

## SEZIONE D – ASSISTITO TITOLARE CAREGIVER- DAL 3° ANNO DI VALIDITÀ DELLA COPERTURA SANITARIA

Ai sensi della presente Copertura Sanitaria, dal 3° anno di copertura ininterrotta alla presente Copertura Sanitaria, Cassa Mutua MBA tutela l'Assistito Titolare anche quando non sia lui a ritrovarsi in uno stato di Non autosufficienza, ma sia stato nominato Caregiver di un familiare non autosufficiente (non necessariamente in copertura).

In particolare, Cassa Mutua MBA interviene a sostegno economico dell'Assistito Caregiver nel caso in cui, si ritrovi costretto a richiedere l'aspettativa non retribuita al lavoro per non meno di 6 mesi continuativi dovuta alla necessità di dover prestare assistenza a domicilio al familiare non autosufficiente e assegnata entro 12 mesi dallo stato di non autosufficienza del familiare.

Il contributo economico previsto sarà pari ad **€ 400,00** e verrà corrisposto *una tantum*.

Al fine di poter attivare questa prestazione, l'Assistito Titolare dovrà presentare:

- la richiesta di aspettativa e la comunicazione di accettazione (o equivalente documentazione);
- documentazione sanitaria (cartelle cliniche, relazioni mediche, accertamenti diagnostici etc.) da cui sia possibile evincere chiaramente lo stato di non autosufficienza del familiare;
- ogni altro documento che Cassa Mutua MBA ritenga necessario produrre per attestare la presenza della non Autosufficienza del familiare, riservandosi la possibilità di avvalersi della propria consulenza tecnico-specialistica per valutare il caso di Non Autosufficienza del familiare;
- certificato del grado di parentela tra l'Assistito divenuto Caregiver e il familiare Non autosufficiente.

### PRECISAZIONE

Si precisa che:

- l'Assistito Titolare, come figura Caregiver, dovrà essere tra i seguenti soggetti rispetto del familiare non autosufficiente: figlio, coniuge/convivente more uxorio, zio/a, cugino/a di primo grado che, gratuitamente, ed essendo legato da vincoli di reciproca affettività, aiuta stabilmente un proprio congiunto non più autosufficiente, a causa dell'età avanzata oppure di patologie croniche invalidanti, e svolge compiti di cura nei confronti dello stesso;
- l'attivazione della presente prestazione non esclude, durante la validità della Copertura Sanitaria, la possibilità di attivare successivamente la "NON AUTOSUFFICIENZA e ASSISTENZA" di cui alla Sezione A;
- nel caso in cui si attivi la presente prestazione e, successivamente, la "NON AUTOSUFFICIENZA e ASSISTENZA", il contributo economico erogato per la presente verrà decurtato dall'importo disponibile di cui alla precedente Sez. A "NON AUTOSUFFICIENZA e ASSISTENZA" (in particolare in quote mensili di € 100 dal limite di cui all'art. A.1.3.).

## SEZIONE E – SERVIZI

### E.1 ADESIONE PROGRAMMA SOSTEGNO FONDAZIONE BANCA DELLE VISITE

La presente Copertura Sanitaria promuove il programma "Banca delle Visite" istituito dalla Fondazione Health Italia Onlus.

Si tratta di un programma in cui offerta e domanda si incontrano in modo trasparente. La Banca delle Visite garantisce l'accesso a visite mediche ed esami diagnostici specialistici, previa verifica da parte della Fondazione Health Italia Onlus dell'eticità del sistema, del controllo sulla effettiva situazione dei richiedenti e sulla trasparenza di ogni singolo passaggio.

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

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

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

L'Assistito può richiedere l'erogazione della prestazione da parte di Banca delle Visite secondo le modalità previste nella Guida Operativa.

### E.2 ASSISTENZA H24

#### E.2.1 CONSULENZA MEDICA TELEFONICA

Cassa Mutua MBA, durante la copertura, intende garantire un servizio di assistenza H24 e 365 giorni l'anno a fianco dell'Assistito senza limiti di annualità e non in condizioni di urgenza.

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

Al fine di attivare le necessarie procedure di presa in carico della richiesta, l'Assistito 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.

#### La Centrale per l'assistenza H24

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

## E.2.2 ESCLUSIONI PER LA PRESTAZIONE ASSISTENZA H24

Per tutte le prestazioni esposte nel precedente punto E.2.1. è **escluso** ogni prestazione conseguenza e/o evento derivante direttamente od indirettamente da:

- a) *Comportamenti illeciti o dolosi, sia compiuti che tentati dall'Assistito; suicidio o tentato suicidio.*
- b) *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).*
- c) *Intossicazioni, Malattie ed Infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcolici e di psicofarmaci, nonché dall'uso non terapeutico di allucinogeni e stupefacenti.*
- d) *Malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche croniche e preesistenti alla data di inizio della copertura e note all'Assistito.*
- e) *Malattie dipendenti dalla gravidanza, oltre la 26ma settimana di gestazione.*
- f) *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).*
- g) *Infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale o dilettantistico o inerenti a partecipazioni a gare.*
- h) *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.*
- i) *Pratica venatoria; possesso di armi e munizioni, ancorché provvisti di apposite licenze e autorizzazioni.*
- j) *Viaggi intrapresi allo scopo di sottoporsi a trattamenti medico-chirurgici, estetici o riabilitativi.*
- k) *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.*
- l) *Atti di sabotaggio, vandalismo o terrorismo in genere, compreso l'utilizzo di ogni tipo di ordigno nucleare o chimico.*
- m) *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.*
- n) *Catastrofi naturali ed altri sconvolgimenti della natura.*
- o) *Pandemia, se definita come tale dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).*

---

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

## **ALLEGATO 1 – TABELLA DEI PUNTEGGI**

*(Tabella per l'accertamento dello stato di non autosufficienza)*

### ***Lavarsi***

#### 1° grado

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

punteggio 0

#### 2° grado

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

punteggio 5

#### 3° grado

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

punteggio 10

### ***Vestirsi e svestirsi***

#### 1° grado

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

punteggio 0

#### 2° grado

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

punteggio 5

#### 3° grado

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

punteggio 10

### ***Igiene personale***

#### 1° grado

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

(1) andare al bagno

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

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

punteggio 0

#### 2° grado

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

punteggio 5

### 3° grado

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

### **Mobilità**

#### 1° grado

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

#### 2° grado

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

#### 3° grado

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

### **Continenza**

#### 1° grado

l'Assistito è completamente continente:  
punteggio 0

#### 2° grado

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

#### 3° grado

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

### **Alimentazione**

#### 1° grado

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

#### 2° grado

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

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

punteggio 5

#### 3° grado

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

punteggio 10.