



mutua basis assistance

“Regolamento del Sussidio Premium”

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

Sezione 1: Definizioni	3
Sezione 2: Norme generali che regolano il sussidio	5
Sezione 3: Norme relative a tutte le garanzie	6
Sezione 4.1: Garanzie ospedaliere	10
Sezione 4.2: Garanzie extraospedaliere	11
Sezione 4.3: Garanzie Prevenzione	13
Sezione 5: Norme relative ai servizi aggiuntivi della Centrale Salute	14
Sezione 6: Modalità di erogazione delle prestazioni	18

Sezione 1: Definizioni

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

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

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

Centrale Salute: gli uffici atti a gestire le procedure di rimborso e le informazioni necessarie per l'erogazione del rimborso.

Centro Convenzionato: Istituti di Cura e Centri Diagnostici Convenzionati con Mutua MBA, che fornisce le sue prestazioni agli Associati.

Convalescenza: periodo di tempo successivo ad un ricovero, prescritto dai medici che hanno curato l'Associato, necessario per la guarigione clinica, ovvero per la stabilizzazione dei postumi permanenti, durante il quale l'Associato è costretto al riposo assoluto presso il proprio domicilio.

Day hospital: la degenza in istituto di cura che non comporti il pernottamento, documentata da cartella clinica, finalizzata all'erogazione di trattamenti terapeutici e/o chirurgici.

Difetto fisico o malformazione: alterazione, mancanza o imperfezione di un organo o di un apparato, anche di natura congenita.

Documenti personali: la carta d'identità, la patente e il passaporto, la tessera sanitaria e la tessera codice fiscale.

Evento: il verificarsi del fatto dannoso per il quale si richiede l'apertura della pratica.

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

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.

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

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, documentato da pronto soccorso o struttura sanitaria equivalente.

Insorgenza: epoca in cui ha inizio la malattia, anche asintomatica e/o non diagnosticata.

Intervento chirurgico: l'atto medico, con diretta finalità terapeutica, cruento, realizzato mediante l'uso di strumenti chirurgici e/o idonee apparecchiature. Si

considera intervento chirurgico anche la riduzione incruenta di fratture.

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

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

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

Massimale: la somma complessiva, fino alla concorrenza della quale la Mutua sostiene i costi delle prestazioni previste dal sussidio nei termini del presente Regolamento.

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

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

Pratica: l'insieme di tutti i documenti relativi all'evento dannoso per il quale è

erogato il sussidio nei termini del presente Regolamento.

Presa in Carico: documento che la Centrale Salute, ove previsto, su richiesta dell'Associato e dopo valutazione dell'operatività di quanto previsto dal sussidio richiesto, invia ai Centri convenzionati, con il quale la Mutua MBA si impegna in nome e per conto dell'Associato, a pagare le prestazioni effettuate dai Centri convenzionati in favore dell'Associato, nei limiti di quanto previsto dal regolamento del sussidio.

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

Ricovero: la degenza comportante pernottamento in istituto di cura, documentata da cartella clinica, finalizzata all'erogazione di trattamenti terapeutici o chirurgici. Il day hospital, le cure ed i trattamenti anche chirurgici, ambulatoriali, le visite ambulatoriali anche se in Istituto di Cura, non sono considerati ricovero.

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

Rischio: la probabilità che si verifichi l'evento.

Stato patologico: ogni alterazione dello stato di salute conseguente a malattia od infortunio.

Sussidio: la prestazione oggetto del regolamento.

Sezione 2: Norme Generali che regolano il Sussidio

Art. 1 - Persone Associate

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

Art. 2 - Nucleo Familiare

Il Sussidio è valido per l'Associato nominativamente indicato nel modulo di adesione e, nei casi in cui ciò sia stato espressamente previsto in fase di adesione al Sussidio, per i suoi famigliari identificati al momento della sottoscrizione, per le garanzie che prevedano benefici per gli stessi. Indicando i nominativi dei propri famigliari, l'Associato autocertifica il rispetto dei requisiti degli stessi per beneficiare degli eventuali Sussidi/Servizi. E' altresì necessario comunicare tempestivamente alla Mutua eventuali modificazioni del nucleo familiare e/o eventuali sopravvenienze in corso di validità del Sussidio. Per nucleo si intendono i coniugi o il convivente more uxorio, i figli fino a 26 anni, quest'ultimi anche se non residenti.

Viene altresì considerato nucleo ai sensi del presente regolamento l'unione civile di due persone maggiorenni e capaci, anche dello stesso sesso, unite da reciproci vincoli affettivi, che convivono stabilmente e si prestano assistenza e solidarietà materiale e morale, non legate da vincoli di matrimonio, parentela in linea retta entro il primo grado, affinità in linea retta entro il secondo grado, adozione, affiliazione, tutela, curatela o amministrazione di sostegno. L'esercizio dei diritti e delle facoltà previsti dal presente regolamento presuppongono l'attualità della convivenza. Si considerano altresì figli facenti parte del nucleo familiare quei soggetti che, anche superati i 26 anni di età, siano però affetti da forme di disabilità intellettive, i quali però non abbiano all'atto della

sottoscrizione del presente sussidio una disabilità fisica che abbia comportato un'invalidità permanente superiore al 10% e/o definizione sul totale dell'invalidità già esistente e/o uno stato di non autosufficienza già definito o in corso di definizione secondo i criteri del presente Sussidio. In tutti i casi, per tali associati varrà, tra le altre, l'esclusione generica delle patologie psichiche in ogni loro forma che dovessero causare danni per i quali sarebbe altrimenti erogabile il sussidio. Per la sottoscrizione di tali soggetti, sarà necessario fornire all'atto della domanda di ammissione, tutta la documentazione utile alla disamina del caso da parte della MBA.

Art. 3 Validità del sussidio

Qualora il presente sussidio ed il relativo contributo aggiuntivo operino in regime di Convenzione, la validità di quest'ultima costituisce conditio sine qua non della validità del sussidio stesso.

Pertanto la cessazione, per qualsiasi ragione, della Convenzione sottostante, determinerà automaticamente la cessazione del presente sussidio alla sua prima scadenza annuale.

Art. 4 - Dichiarazioni e comunicazioni dell'Associato

Le dichiarazioni inesatte o reticenti, dell'Associato rese al momento della domanda di ammissione, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto al pagamento della somma dovuta dalla Mutua in caso di evento indennizzabile.

Art. 5 - Aggravamento del rischio

L'Associato deve dare immediatamente comunicazione scritta di qualsiasi variazione delle circostanze che hanno determinato la valutazione del rischio e che possano comportare l'aggravamento del rischio stesso.

Gli aggravamenti di rischi non noti alla Mutua possono comportare la perdita

totale o parziale del diritto al pagamento della somma dovuta in caso di evento indennizzabile.

Art. 6 - Prestazioni per conto altrui

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

Art. 7 - Pagamento del contributo e decorrenza del sussidio

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

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

Art. 8 - Comunicazioni e modifiche

Le eventuali comunicazioni inerenti il rapporto tra le parti devono avvenire in forma scritta.

Art. 9 - Persone non garantite e risoluzione del contratto

Non possono essere garantite con il presente Sussidio le persone affette da dipendenza da sostanze psicoattive (alcool, stupefacenti, allucinogeni, farmaci, sostanze psicotrope), sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), siero positività da H.I.V., da Parkinson, nonché le persone affette dalle seguenti infermità: schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoidi, altre infermità mentali caratterizzate da sindromi organiche cerebrali, salvo i casi espressamente derogati dal presente regolamento per i figli del titolare dello stesso. L'insorgenza

di tali affezioni costituisce causa di risoluzione immediata del contratto.

Inoltre non possono essere garantite con il presente Sussidio le persone che, alla data di inserimento in garanzia, abbiano compiuto 71 (settantuno) anni di età.

Art. 10 - Massimali

Tutti i massimali menzionati nel presente Sussidio sono da intendersi per Associato per anno di validità del Sussidio, per famiglia in caso di formula Nucleo, salvo casi specifici dove viene espresso diversamente nelle singole garanzie.

Art. 11 - Foro Competente

Foro competente è quello di Roma.

Art.12 - Rinvio alle norme

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

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

Art. 13 - Termini di Aspettativa (Carenze)

Fermo quanto previsto all'Art. 7 delle Norme Generali, disciplinante il giorno di effetto del Sussidio, le garanzie decorrono:

- per gli infortuni e l'aborto post-traumatico, dalle ore 24 del giorno di effetto del Sussidio;
- per le malattie improvvise insorte dopo il 30° giorno successivo a quello di effetto del Sussidio;
- per le conseguenze di stati patologici non conosciuti dall'Associato ma insorti anteriormente alla data di effetto del sussidio: 180° giorno successivo a quello in cui ha effetto il Sussidio;

per il parto dal 300° giorno successivo a quello di effetto del Sussidio.

- per le malattie dipendenti da gravidanza: dal 60° giorno successivo a quello di effetto del Sussidio, a condizione che la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo all'effetto del Sussidio stesso.

Art. 14 - Esclusioni

Sono in ogni caso escluse dal presente Regolamento, le conseguenze di situazioni patologiche anteriori alla sottoscrizione del presente sussidio, che abbiano dato origine a cure, diagnosi, esami e che siano, pertanto, da presumersi "conosciute" dall'Associato.

Le malattie manifestatesi e/o diagnosticate anteriormente alla sottoscrizione del presente sussidio, ma "non conosciute" in quanto non evidenziate da cure, esami, diagnosi, sono da intendersi generalmente incluse nella garanzia, fatta salva ogni diversa valutazione emersa in merito alla specifica richiesta di rimborso che verrà presentata dall'Associato.

La garanzia, inoltre, non è operante per:

- le prestazioni non corredate da diagnosi;
- le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo nonché i vaccini;
- la cura delle malattie professionali, così come definite dal D.lgs. N. 38 del 2000 e successive modifiche e/o integrazioni;
- Suicidio e tentato suicidio;
- conseguenze dirette e/o recidive di infortuni, difetti fisici, malformazioni, stati patologici e malattie, già manifestate, diagnosticate, curate e comunque note all'Associato alla sottoscrizione del Sussidio (o nel caso di successive variazioni, anteriormente alla stipulazione della relativa appendice. Altresì in caso di sostituzione di prestazioni

precedentemente ricomprese nella garanzia sono escluse per le persone e le garanzie introdotte nonché per la parte di somme associate eccedenti quelle già in corso);

- infortuni o malattie derivanti da dolo dell'Associato;

- infortuni o malattie dovute a mancato ricorso internazionale a cure mediche;

- le malattie e i disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici, nonché la psicoterapia e/o altre prestazioni terapeutiche relative a depressione, stati d'ansia o paranoidi, anoressia, bulimia, ecc.;

- le prestazioni sanitarie e le cure aventi finalità estetica, salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva resi necessari da malattia o infortunio indennizzabile, purché effettuate nei 360 giorni successivi all'intervento e comunque durante la validità del sussidio;

- le prestazioni e le cure non riconosciute dalla medicina ufficiale, quali quelle omeopatiche, fitoterapiche, agopuntura, nonché quelle effettuate da medici o paramedici non abilitati all'esercizio dell'attività professionale;

- le prestazioni per cure dietetiche e termali, salvo espressamente derogato;

- le prestazioni sanitarie e le cure per infertilità, sterilità, fecondazione assistita e simili, impotenza, salvo espressamente derogato;

- l'aborto volontario non terapeutico;

- day hospital e ricoveri con finalità diagnostica e di check-up;

- le prestazioni sanitarie e le cure odontoiatriche ed ortodontiche, a meno che non siano rese necessarie da infortuni verificatisi successivamente alla stipulazione dell'accordo, salvo

espressamente derogato e con esclusione in ogni caso di protesi dentarie;

- gli infortuni conseguenti a reati o ad azioni dolose compiute o tentate dall'Associato. Sono compresi nella garanzia quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche gravi dell'Associato stesso;

- gli infortuni conseguenti ad assunzione di sostanze psicoattive (stupefacenti, farmaci, sostanze psicotrope), assunte non a scopo terapeutico; infortuni causati dallo stato di ebbrezza o di ubriachezza;

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

- gli infortuni conseguenti alla pratica di:

o sport a livello professionale (gare, prove e allenamenti) o comunque remunerato in modo diretto e/o indiretto;

o sport aerei in genere (tra cui il volo da diporto o sportivo - deltaplani, ultraleggeri, paracadutismo, parapendio)

o sport che prevedano l'uso di veicoli o natanti a motore e che non siano di regolarità pura;

o immersioni subacquee con autorespiratore (qualora l'Associato non sia in possesso di idoneo brevetto di attività subacquea), equitazione, hockey a rotelle e su ghiaccio, rugby, football americano, alpinismo oltre il 3° grado della scala di Monaco o effettuato in solitaria, speleologia, scalata di roccia o di ghiaccio, arrampicata libera (free climbing) pugilato, atletica pesante, lotta nelle varie forme, arti marziali in genere, guidoslitta, bungee jumping, slittino, bob, skeleton, discesa nei tratti montani dei fiumi e torrenti (torrentismo, hydrospeed, rafting, canyoning), motonautica, navigazione in mare in solitaria, kite surfing, salto dal

trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, sci d'alpinismo, sci estremo e/o fuoripista.

- gli infortuni subiti in qualità di passeggero durante i viaggi aerei diversi dai regolari voli di linea;

- gli infortuni occorsi durante la guida di veicoli o natanti causati da crisi epilettiche dell'Associato;

- gli infortuni occorsi alla guida di veicoli o natanti se l'Associato non è abilitato a norma delle disposizioni in vigore. Tuttavia è compreso l'infortunio subito dall'Associato che guidi con patente scaduta e non ancora rinnovata, purché in possesso, al momento dell'evento, dei requisiti per il rinnovo;

- gli infortuni accaduti durante lo svolgimento di servizi resi in corpi militari;

- gli infortuni subiti sul lavoro in miniera, in cava (anche a cielo aperto), in lavori subacquei o in mare aperto, alla guida di mezzi di locomozione aerei;

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

- le conseguenze di guerre dichiarate e non, insurrezioni;

- la garanzia vale invece per gli infortuni derivanti da stato di guerra, dichiarata e non, e di insurrezione popolare, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità o dell'insurrezione, se e in quanto l'Associato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi di cui sopra mentre si trova all'estero in uno Stato diverso dalla Repubblica di San Marino e della Città del Vaticano, sino ad allora in pace;

- le conseguenze di inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche, movimenti

tellurici, salvo che l'Associato sia rimasto vittima di tali eventi all'estero;

- infortuni o malattie che si siano verificate durante la detenzione dell'Associato in prigione.
- Le spese sostenute per ricovero presso strutture non autorizzate.
- Ricoveri causati dalla necessità dell'associato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché ricoveri di lunga degenza. In tal senso si intendono ricoveri di lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Associato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituti di cura per interventi di carattere assistenziale e fisioterapico di mantenimento.

Art. 15 - Rinuncia all'azione di surroga

Limitatamente alle prestazioni conseguenti ad infortunio, si conviene che, nel caso l'evento sia imputabile a responsabilità di terzi, la Mutua rinuncia al diritto di surroga verso i terzi responsabili.

Art. 16 - Sottoscrizione di più Sussidi

Qualora l'Associato abbia sottoscritto con la MBA un Sussidio che preveda il rimborso/indennizzo di spese e/o indennità in più di un Sussidio, L'Associato avrà diritto al rimborso/indennizzo del maggior importo dovuto dalla MBA per uno solo dei Sussidi sottoscritti per la specifica garanzia.

Art. 17- Limiti territoriali

Le garanzie, nei limiti stabiliti dal presente Regolamento, sono valide in tutto il mondo, salvo espresse deroghe previste nelle singole garanzie. In ogni caso, i rimborsi e gli indennizzi spettanti saranno erogati in valuta avente corso legale in Italia.

Art. 18- Durata del sussidio e tacito rinnovo

Il presente sussidio ha durata di un anno decorrente dal giorno di cui all'art. 7. In mancanza di comunicazione di non rinnovo, ricevuta mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza, la garanzia sarà automaticamente rinnovata per un altro anno e così successivamente, a fronte del relativo pagamento del contributo associativo.

Art. 19 - Variazioni del nucleo familiare in corso di anno: inclusione/esclusione assistiti

Qualora sia prevista l'inclusione del Nucleo Familiare (v. Sez. 2, Art. 2), l'Associato deve comunicare immediatamente le variazioni del proprio stato familiare alla MBA in forma scritta.

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

Resta inteso che, per i nuovi Assistiti così inclusi, i termini di aspettativa di cui all'art. 13 (Carenze), decorrono dal giorno di inclusione dei nuovi Assistiti.

SEZIONE 4.1.: GARANZIE OSPEDALIERE

4.1.1. Ricoveri con o senza intervento chirurgico (compresi Day Hospital e Day Surgery)

La Mutua MBA in caso di ricovero, con o senza intervento chirurgico, reso necessario da malattia o infortunio che risultino compresi nei termini del presente Regolamento, provvede a rimborsare le seguenti spese inerenti al ricovero od all'intervento chirurgico:

1) prima del ricovero (nei 90 giorni precedenti il ricovero)

- visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici, compresi onorari medici;

2) durante Il ricovero nei limiti del massimale

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
- diritti di sala operatoria e materiale di intervento (ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento);
- assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami;
- rette di degenza;

3) dopo il ricovero (nei 90 giorni successivi alla dimissione dal ricovero)

- esami di laboratorio ed accertamenti diagnostici, compresi gli onorari dei medici;
- esami, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e acquisto di medicinali;
- cure termali prescritte a seguito di intervento chirurgico (escluse le spese alberghiere);
- assistenza infermieristica a domicilio (post intervento) con un limite di € 26,00 al giorno e per massimo 40 giorni per evento.
-

Nel caso in cui le prestazioni, di cui sopra, vengano effettuate in una struttura sanitaria convenzionata con la Centrale Salute, non si applicherà nessuno scoperto (fermo restando il massimale annuo di cui al punto 4.1.4.)

Nel caso in cui, invece, le prestazioni suddette vengano effettuate in una struttura non convenzionata con la Centrale Salute, la MBA provvederà all'indennizzo delle spese sostenute dall'Associato con applicazione di una **quota di spesa a carico dello stesso del 10 % con un minimo non rimborsabile di € 1.000,00 per ogni evento e per un massimo di € 2.500,00 nei limiti del massimale annuo di cui al punto 4.1.4.**

Qualora le prestazioni per ricoveri fossero rese in Centri Convenzionati, ma da medici non convenzionati, si applicheranno le medesime modalità di indennizzo, ovvero relativamente alle quote di spesa a carico dell'Associato, sopra descritte per i Centri non Convenzionati.

4.1.2. Altri interventi chirurgici compresi e relativi massimali

Fermo restando il disposto dell'art. 14 (Sez. 2 - Norme Relative a tutte le Garanzie), MBA provvede al rimborso delle spese per:

- a) Parto Naturale, fino ad un sub-massimale complessivo per annualità di euro **2.000,00**;
- b) Parto Cesareo e aborto terapeutico, fino ad un sub-massimale complessivo per annualità di euro **4.000,00**;
- c) Interventi ambulatoriali fino ad un limite di euro **1.000,00** per annualità;

d) Prestazioni per chirurgia refrattiva ed i trattamenti con laser eccimeri, con un sub-massimale di euro **1.000,00** per occhio per annualità, limitatamente a quelli effettuati in caso di anisometropia superiore a tre diottrie e/o in caso di deficit visivo pari o superiore a 5 diottrie per ciascun occhio;

I sottolimiti su indicati vanno intesi per annualità e per persona se è compreso nella formula di sussidio prescelta solo il singolo (Formula Single), per la coppia se la Formula di sussidio scelta è quella che preveda due componenti il Nucleo familiare (Formula Coppia) o per l'intero nucleo familiare se è stata scelta la formula che comprende il nucleo (Formula Nucleo).

4.1.3. Degenza sostitutiva

L'Associato nel caso in cui debba essere ricoverato in strutture del Servizio Sanitario Nazionale in conseguenza di malattia, infortunio o parto, rimborsabili secondo il presente Regolamento, può chiedere in sostituzione integrale del rimborso delle spese previste il pagamento di una **somma giornaliera massima di € 200,00 per ogni giorno di ricovero e per la durata massima di 180 giorni per annualità.**

Il rimborso dovuto nei termini di quanto sopra, spetta a partire dal giorno stesso del ricovero fino al giorno antecedente a quello della dimissione.

4.1.4 Massimale annuo di rimborsi erogabili

Il garantito massimale annuo erogabile di sussidi per il complesso degli eventi indicati dal punto 4.1.1 al punto 4.1.3 è pari alla somma complessiva di € 150.000,00 per persona se è compreso nella formula di sussidio prescelta solo il singolo (Formula Single), per la coppia se la Formula di sussidio scelta è quella che preveda due componenti il Nucleo familiare (Formula Coppia) o per l'intero nucleo familiare se è stata scelta la formula che comprende il nucleo (Formula Nucleo).

SEZIONE 4.2.: GARANZIE EXTRAOSPEDALIERE

4.2.1 SPESE EXTRAOSPEDALIERE DI ALTA DIAGNOSTICA

La Mutua provvede al rimborso delle spese per le seguenti prestazioni extra-ospedaliere di alta diagnostica strumentale:

- Angiografia
- Angiografia digitale
- Arteriografia digitale
- Artrografia
- Broncografia
- Broncoscopia
- Chemioterapia
- Cistografia
- Cobaltoterapia
- Colonscopia
- Coronarografia
- Dialisi
- Diagnostica radiologica
- Ecocardiografia

- Ecocardiogramma
- Ecocolordoppler (doppler, ecodoppler e colordoppler)
- Ecografia
- Elettrocardiografia
- Elettroencefalografia
- Esofagogastroduodenoscopia
- Flebografia
- Gastroscofia
- Mammografia
- Mielografia
- Radionefrogramma
- Rettoscopia
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN)
- Scintigrafia
- Telecuore
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC)
- Urografia

Le prestazioni non espressamente indicate nel sussidio non sono coperte dalla presente garanzia.

Le spese sostenute per prestazioni effettuate sia in struttura sanitaria convenzionata con la Centrale Salute che non, sono indennizzabili con applicazione di una quota di spesa a carico dell'Associato del 20% e con un minimo non rimborsabile di € 50,00 per ogni evento nei limiti del massimale annuo di cui al punto 4.2.3

4.2.2 - SPESE RELATIVE A TICKET SANITARI ALTA DIAGNOSTICA

La Mutua MBA rimborsa integralmente il costo sostenuto per i ticket sanitari fronteggiati dal titolare del sussidio per visite, accertamenti, ed esami di alta diagnostica indennizzabili ai termini del presente sussidio, nel limite del massimale annuo di cui al punto 4.2.3.

Sono sempre esclusi i ticket per l'acquisto di farmaci.

4.2.3 Massimale annuo di rimborsi erogabili

Il limite annuo garantito per il complesso delle prestazioni di cui ai precedenti punti 4.2.1 e 4.2.2 è pari ad **€ 5.000,00 per annualità**.

Il limite annuo di cui sopra è da intendersi per persona se è compreso nella formula di sussidio prescelta solo il singolo (Formula Single), per la coppia se la Formula di sussidio scelta è quella che preveda due componenti il Nucleo familiare (Formula Coppia) o per l'intero nucleo familiare se è stata scelta la formula che comprende il nucleo (Formula Nucleo).

4.2.4 VISITE SPECIALISTICHE ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

MBA, **entro il limite annuo** di seguito indicato, in caso di malattia o di infortunio rimborsabile ai sensi del presente Sussidio, anche in assenza di ricovero od intervento chirurgico, su prescrizione medica indicante la motivazione clinica, provvede al rimborso delle spese per visite mediche specialistiche ed accertamenti diagnostici solo se effettuati dall'Associato in strutture sanitarie Convenzionate con la Centrale Salute e non, **con**

applicazione di una quota a carico dell'associato del 20% per ogni evento con un minimo non rimborsabile pari ad € 50,00.

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

Qualora l'Associato effettui visite specialistiche ed accertamenti diagnostici ricorrendo al S.S.N., la Mutua MBA provvede, dietro presentazione dell'originale delle fatture di spesa, al rimborso del 100% delle spese per i **ticket** entro il sub-limite massimo di **€ 1.200,00** ricompreso nel massimale annuo di cui al punto 4.2.5.

Per ticket con importi superiori a quelli indicati la Mutua MBA, per l'eccedenza, non provvederà al rimborso degli stessi.

4.2.5 Massimale annuo di rimborsi erogabili

Il limite annuo garantito per le prestazioni di cui al precedente punto 4.2.4. è **pari ad € 2.000,00.**

Tale limite è da intendersi per persona, se è compreso nella formula di sussidio prescelta solo il singolo (Formula Single), per la coppia se la Formula di sussidio scelta è quella che preveda due componenti il Nucleo familiare (Formula Coppia) o per l'intero nucleo familiare se è stata scelta la formula che comprende il nucleo (Formula Nucleo).

4.2.6. Lenti ed occhiali

La MBA rimborserà tutte le spese necessaria a seguito della modifica del visus e provvederà al rimborso delle spese relative a lenti oculistiche anche a contatto entro il **limite massimo annuale di € 200,00 con applicazione di una quota di spesa a carico dell'Associato del 25% con un minimo non indennizzabile pari ad € 60,00 per ogni evento.**

Tale limite è da intendersi per persona, se è compreso nella formula di sussidio prescelta solo il singolo (Formula Single), per la coppia se la Formula di sussidio scelta è quella che preveda due componenti il Nucleo familiare (Formula Coppia) o per l'intero nucleo familiare se è stata scelta la formula che comprende il nucleo (Formula Nucleo).

La Mutua provvederà al rimborso delle spese rese necessarie a seguito di modifica del visus di almeno 0,50 diottrie per entrambi gli occhi e per ogni tipo di difetto refrattivo; in questi casi la MBA provvederà al rimborso delle spese relative a lenti oculistiche anche a contatto (ad esclusione delle "usa e getta") entro il limite massimo annuale di cui sopra e con applicazione della medesima quota di spesa a carico dell'Associato di cui sopra.

La modifica del visus dovrà essere certificata da medico oculista e le spese relative a tale visita non saranno in nessun caso rimborsate.

SEZIONE 4.3: PREVENZIONE

4.3.1 HOME TEST

Alla decorrenza di ogni anno di validità del presente sussidio, MBA invierà al domicilio dell'Associato titolare del sussidio, **1 (uno)** "Home Test" di prevenzione per l'analisi domestica di alcuni valori utili alla prevenzione della salute.

In caso di Formula Coppia o Nucleo, la MBA provvederà ad inviare al domicilio del titolare **2 (due)** Home Test di prevenzione.

Il Kit di prevenzione verrà inviato dalla MBA selezionando lo stesso a cura del comitato scientifico dell'associazione in base al sesso e all'età dell'associato al momento dell'invio.

Il kit di prevenzione NON É UNO STRUMENTO DI DIAGNOSI, infatti la diagnosi viene eseguita solo ed esclusivamente dal medico, ma vuole essere un utile primo strumento per valutare la necessità di ulteriori, se necessario, esami/visite di accertamento in base al test eseguito.

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

4.3.2 SERVIZI DI TUTOR SU TEST DI PREVENZIONE

Attraverso la Centrale Salute, la Mutua fornirà dei servizi di supporto all'associato per l'erogazione del miglior servizio di prevenzione presso le strutture convenzionate con la Centrale Salute.

L'Associato potrà contattare la Centrale, nel caso in cui il Test di prevenzione di cui al punto 4.3.1 sia risultato positivo, per poter avviare un percorso di prevenzione consono all'approfondimento dell'accertamento di eventuali patologie in corso. In nessun caso la Centrale Salute potrà fornire diagnosi o consulenze mediche, ma fornirà servizi di assistenza telefonica idonei in base alle indicazioni che il medico curante avrà dato all'Associato.

La Centrale Salute fornirà il supporto per identificare la migliore struttura convenzionata in base ai dati forniti dall'Associato presso la quale effettuare gli accertamenti del caso a costi agevolati.

SEZIONE 5: SERVIZI AGGIUNTIVI DELLA CENTRALE SALUTE

5.1 - ASSISTENZA IN EMERGENZA H24

MBA ha stipulato una polizza assicurativa con la Compagnia ERV Europäische Reiseversicherung AG (di seguito "ERV") con sede legale in Germania, Rosenheimer Strasse 116, 81669 München e sotto il controllo dell'autorità di controllo tedesca BAFIN, per l'erogazione di servizi di assistenza in emergenza 24 ore al giorno 7 giorni su 7.

Sede Secondaria in Italia: Rappresentanza Generale per l'Italia Via G. Washington 70, 20146 Milano; Sito Internet: www.erv-italia.it; E-mail: info@erv-italia.it. Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano con n. iscrizione, codice fiscale e Partita IVA 05856020960; REA 1854153. Autorizzazione all'esercizio dell'attività assicurativa in Italia in regime di stabilimento ai sensi dell'art. 23 del D.lgs. 7/9/2005 n. 209, (comunicazione ISVAP in data 27/9/2007, n. 5832), e iscrizione nell'Albo delle Imprese istituito presso l'ISVAP al n. I.00071.

5.1.1 - PRESTAZIONI EROGATE PER L'ASSISTENZA IN EMERGENZA

NOTA BENE: Ad eccezione di quanto previsto per le prestazioni incluse nei "Servizi Informativi", ciascuna delle altre prestazioni di Assistenza è fornita **non più di tre volte per annualità** per Associato, salvo eventuale diversa indicazione per le singole prestazioni.

5.1.2 - INFORMAZIONI SU STRUTTURE E SERVIZI SANITARI

La banca dati della rete di strutture sanitarie in rapporto di convenzione con la Centrale Operativa, in tutta Italia e all'estero, è a disposizione dell'Associato 24 ore su 24, 365 giorni all'anno per ogni tipo di informazione sanitaria: singole strutture convenzionate e loro ubicazione, prestazioni specialistiche, esami diagnostici, ricoveri ed onorari.

5.1.3 - CONSULENZA MEDICA TELEFONICA

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

5.1.4 - INVIO DI UN MEDICO AL DOMICILIO

Qualora l'Associato necessiti di un medico presso la propria abitazione, durante le ore notturne o nei giorni festivi, e non riesca a reperire il suo medico curante, la Centrale Operativa provvede, dopo che il proprio medico di guardia ne ha accertata la necessità tramite un primo contatto telefonico, ad inviare gratuitamente uno dei propri medici convenzionati.

In caso di irreperibilità immediata del medico e qualora le circostanze lo rendano necessario, la Centrale Operativa organizza, tenendo a proprio carico i relativi costi, il trasferimento dell'Associato con ambulanza ad un pronto soccorso. Validità territoriale: Italia.

5.1.5 - INVIO AMBULANZA (VALIDITA' TERRITORIALE ITALIA)

Qualora l'Associato, in seguito a infortunio o malattia, necessiti, successivamente al ricovero di primo soccorso, di:

- essere trasportato dal luogo dell'infortunio o della malattia al più vicino e idoneo centro ospedaliero;
- essere trasportato dal proprio domicilio o 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, a giudizio del medico curante, non possa utilizzare un mezzo diverso dall'autoambulanza, la Centrale Operativa invia direttamente l'autoambulanza tenendo a proprio carico il costo sino a un massimo di 100 km di percorso complessivo (andata e ritorno).

Non danno luogo alla prestazione i trasporti per terapie continuative.

5.1.6 - GESTIONE APPUNTAMENTO

Qualora l'Associato necessiti di una prestazione medico specialistica, di un esame diagnostico o di un ricovero, potrà usufruire della rete sanitaria convenzionata e richiedere alla Centrale Operativa un appuntamento.

Dopo aver selezionato il centro convenzionato e lo specialista in base alle specifiche esigenze sanitarie e alla disponibilità dell'Associato, la Centrale Operativa provvederà nel più breve tempo possibile a fissare un appuntamento in nome dell'Associato. In virtù del rapporto di convenzione tra la struttura sanitaria e la Centrale Operativa, l'Associato usufruirà sempre di un canale d'accesso privilegiato e di tariffe particolarmente favorevoli rispetto ai listini in vigore.

5.1.7 - In caso di necessità

Al fine di attivare le necessarie procedure di presa in carico della richiesta, l'Associato o chi per esso, si impegna a prendere contatto appena possibile con la Centrale Operativa di ERV, per comunicare il tipo di assistenza richiesto.

5.1.8 - La Centrale per l'assistenza in emergenza

Mesa Asistencia (per conto di ERV - Europäische Reiseversicherung AG)

Via G. Washington 70 – 20146 Milano;

NUMERO DA CONTATTARE IN CASO DI NECESSITA' +39. 02.30.30.00.05 24 ore su 24, 365gg all'anno, in lingua italiana.

5.1.9 - Rischi esclusi per la garanzia assistenza in emergenza

Per tutte le garanzie espone nel precedente Art. 5.1 (Assistenza in emergenza) e successivi sotto-articoli, è escluso ogni indennizzo, 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 dall'Associato; 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 all'Associato.
- 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).

5.2 CONVENZIONE CONSERVAZIONE CELLULE STAMINALI

Per tutto il corso di validità del presente Sussidio, l'Associato avrà a disposizione a costi agevolati la possibilità di usufruire della convenzione stipulata tra la Centrale Salute e la Società StemWay Biotech Limited con sede italiana a Roma in via Flaminia 338.

Grazie alla convenzione siglata sarà possibile per l'Associato richiedere direttamente alla StemWay Biotech, 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 e pagare i pacchetti sottoelencati a costi agevolati.

5.2.1 Crio - conservazione delle cellule staminali del cordone ombelicale.

Gli standard qualitativi utilizzati dalla StemWay Biotech nel testare, processare e preparare i campioni, sono tra i più severi e moderni disponibili. La qualità del processo di separazione delle cellule dal plasma e la specifica curva di crio-conservazione elaborata dai ricercatori nei loro laboratori sono in grado di offrire la più elevata garanzia di conservazione.

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 da StemWay Biotech 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.

5.2.2 Informazione scientifica.

StemWay BIOTECH vuole costituire una fonte privilegiata per i Genitori ed i professionisti del settore sanitario, per l'accesso ad informazioni attendibili, indipendenti, 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.

Al fine di garantire l'assoluta correttezza etica e scientifica di tutte le attività della società, StemWay Biotech è l'unico operatore del settore che prevede, tra i propri organi sociali, un Comitato Etico indipendente.

Questo perché un completo e oggettivo supporto informativo scientifico, che già costituisce il fondamento della serenità di ciascun paziente, nell'ambito di un settore così innovativo, quale quello delle cellule staminali, deve rappresentare un valore insostituibile.

5.2.3 Consulenza medica.

StemWay BIOTECH non vuole limitarsi, quindi, alla sola conservazione delle cellule staminali, ma vuole essere il centro di competenze scientifiche e mediche unico ed 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, StemWay BIOTECH potrà 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 StemWay BIOTECH si prenderà cura del trasporto dei campioni presso la struttura sanitaria indicata dai Genitori, supportando gli stessi, attraverso il proprio personale tecnico, nel coordinamento di tutte le complesse attività terapeutiche.

6.1 CENTRALE SALUTE

Per tutto il corso di validità del presente Sussidio, l'Associato avrà a disposizione il supporto della Centrale Salute di MBA. Tutti i servizi così erogati sono gestiti dalla società Winsalute S.r.l. con sede in Legnano (MI), che è incaricata dalla Mutua di:

- operare come Centrale Salute attraverso il **Numero Verde dedicato 800.511.311**, attivo dal Lunedì al Venerdì dalle ore 8,30 alle ore 17,30 con orario continuato per:
 - informazioni generiche sui sussidi della MBA;
 - informazioni per accedere alle strutture convenzionate;
 - informazioni per la corretta erogazione di tutti i servizi e sussidi/sostegni del presente sussidio;
 - informazioni sullo stato delle pratiche di rimborso e/o pratiche dirette
 - informazioni per l'erogazione dei sussidi in emergenza.

- offrire l'accesso diretto e indiretto alle strutture sanitarie convenzionate:
 - diretto: ossia dove sia possibile applicare la procedura diretta;
 - indiretto: ossia in tutti i casi in cui l'Associato voglia recarsi presso una struttura convenzionata e non, pagando in autonomia le prestazioni erogate e indipendentemente da successive richieste di rimborso.

- gestire le pratiche di rimborso sia in forma diretta che indiretta fornendo quindi alla MBA gli strumenti per effettuare i pagamenti ove previsti all'Associato e/o alle strutture convenzionate.

Sarà possibile quindi contattare e/o scrivere alla Centrale Salute per ricevere i servizi/prestazioni del presente Sussidio alle seguenti coordinate:

Numero Verde Nazionale:

Numero dall'Estero: +39.035

Fax: +39.035.363714

e-mail: centralesalute@mbamutua.org

Indirizzo: Via Cosimo Del Fante, 16 - 20025 - Legnano (MI)



6.2 CRITERI DI INDENNIZZO

a) Pagamento diretto, Presa in Carico (PIC) ed obblighi dell'associato.

Nel caso in cui l'Associato intenda usufruire delle prestazioni dei centri o dei medici specialistici convenzionati deve rivolgersi alla MBA almeno 3 giorni lavorativi prima del presunto ricovero (la telefonata è considerata comunicazione dell'evento) e fare richiesta di Pagamento Diretto utilizzando l'apposito modulo (che si può scaricare sul sito www.winsalute.it o richiedere alla Centrale Salute).

Qualora l'Associato sia impossibilitato a telefonare può inviare un fax o scrivere alla Centrale Salute. L'operatore della Centrale Salute, di comune accordo con l'Associato, provvederà a insindacabile giudizio della MBA alla presa in carico della prestazione presso il centro convenzionato e informerà l'Associato delle procedure da seguire. L'Associato unitamente al

modulo di richiesta è comunque tenuto a fornire alla Centrale Salute tutta la documentazione richiesta. In suddetti casi, l'Associato delega la MBA a pagare o a far pagare, in nome e per suo conto, le spese sostenute per le prestazioni previste dall'accordo. Le prestazioni non sanitarie e comunque quelle non garantite dalla garanzia nonché le eventuali quote di spesa a carico dell'Associato saranno invece direttamente pagate da quest'ultimo al centro e/o al medico specialista convenzionato e/o all'equipe medica convenzionata sulla base delle relative fatture. L'Associato deve inoltre, all'atto di dimissione dal centro convenzionato, sottoscrivere i documenti fiscali emessi dal centro o dall'equipe medica convenzionata per il riconoscimento delle prestazioni delle quali ha fruito e altri documenti richiesti dal centro convenzionato, in quanto idonei a consentire il pagamento diretto di cui sopra.

Analoga sottoscrizione deve essere rilasciata ai medici specialisti convenzionati. L'associato deve inoltre restituire alla MBA gli importi eventualmente già pagati dalla stessa per prestazioni sanitarie, che dall'esame della cartella clinica o di altra documentazione medica risultino a qualsiasi titolo non indennizzabili.

b) Pagamento indiretto: centri convenzionati e non convenzionati

Qualora l'associato scelga di avvalersi dei Centri non Convenzionati con la MBA, o di avvalersi dei Centri Convenzionati in forma indiretta, in caso di evento, quest'ultimo o chi per lui, dovrà darne comunicazione scritta alla MBA, entro tre giorni da quando ne ha avuto la possibilità.

La denuncia dovrà essere corredata dalla cartella clinica, dalle fatture/ricevute debitamente quietanzate e da qualsiasi altro documento attinente le prestazioni effettuate, anche precedente o posteriore alla prestazione stessa; qualora necessario, la Centrale Salute potrà richiedere l'integrazione della documentazione atta a verificare correttamente la rimborsabilità/erogazione del contributo economico.

Tutta la documentazione suddetta potrà essere inviata in copia e la Centrale Salute potrà, qualora ritenuto opportuno, richiedere l'invio della documentazione in originale.

Le fatture e le ricevute inviate in originale verranno restituite all'Associato successivamente alla definizione della pratica, previa apposizione da parte della MBA, del timbro di pagamento indicante l'importo rimborsato e la relativa data.

Trascorsi 30 giorni dalla data di ricovero per malattia o infortunio, o dal verificarsi del fatto che da diritto alla prestazione, l'Associato decade dal diritto al rimborso.

In ogni caso, l'Associato deve sempre consentire alla MBA le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari e produrre originale o copia conforme all'originale della cartella clinica completa e/o della documentazione medica utile ai fini della valutazione della pratica. In caso di infortunio, la denuncia dell'evento deve essere corredata da cartella clinica di pronto soccorso o certificato equivalente di struttura pubblica e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle modalità di accadimento. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

Tutta la documentazione necessaria deve essere inviata alla MBA.

L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia dell'evento può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.

Pertanto qualora l'Associato decida di avvalersi della procedura di pagamento indiretto, per il tramite della Centrale Salute, la MBA provvede al rimborso delle spese sostenute dall'Associato, nei limiti di garanzia, secondo le seguenti modalità:

- Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato a cura ultimata su presentazione della documentazione medica e delle relative notule, distinte e ricevute debitamente quietanzate, al netto di eventuale importo in franchigia o dello scoperto;
- Qualora l'Associato abbia presentato a terzi le notule, distinte e ricevute per ottenerne il rimborso la MBA effettua il pagamento di quanto dovuto a termini della presente garanzia dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Per le spese sostenute all'estero, dove vige l'Euro, i rimborsi verranno eseguiti in Italia e in Euro. Per i paesi non aderenti all'Euro, il cambio sarà quello medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Associato, ricavato dalle quotazioni dell'ufficio italiano dei cambi.

c) Pagamento misto: centri non convenzionati e medici convenzionati

Nel caso in cui il centro sia convenzionato con la MBA e l'equipe medica no , si procederà con il pagamento misto: ossia si applicheranno le norme dell'art. 6.2, CRITERI INDENNIZZO, lettera a) per la parte in convenzione e l'art. 6.2 CRITERI DI INDENNIZZO lett. b) per la parte non in convenzione.

6.3 Documentazione da inviare per le richieste di indennizzo di cui al punto 6.2

Ai moduli di richiesta va sempre allegata la seguente documentazione:

- certificato medico attestante l'esistenza della patologia (Malattia o Infortunio), la richiesta di ricovero, di intervento, di visite specialistiche o di esami diagnostici (anche se precedenti o successivi al ricovero);
- copia della cartella clinica e/o di ogni altra documentazione sanitaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Associato;
- nel caso di richiesta di pagamento diretto, sarà necessario inviare tutta la documentazione medica inerente l'intervento oggetto della richiesta in modo da permettere alla MBA la corretta valutazione della pratica e quindi autorizzare la stessa.
- le fatture in originale relative alle spese sostenute, debitamente quietanzate nonché, per il rimborso delle spese relative ai medicinali del post-ricovero, prescrizione medica, scontrino della farmacia e fustella della confezione in originale; nel caso di pagamento diretto, tali documenti verranno richiesti dalla MBA direttamente al centro convenzionato.

Per le spese sostenute nei giorni pre/post ricovero, se inviate separatamente, occorre indicare nell'apposito spazio il relativo periodo di ricovero.