



Regolamento del Sussidio “SENIOR SOCI BAPR”

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



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



Sezione 1: Definizioni	3
Sezione 2: Norme generali che regolano il sussidio	9
Sezione 3: Norme relative a tutte le garanzie	13
AREA SANITARIA	18
Sezione 4 - GARANZIE OSPEDALIERE	18
Sezione 5 - GARANZIE EXTRA-OSPEDALIERE	25
AREA ASSISTENZA	29
Sezione 6 - SERVIZI DI ASSISTENZA DOMICILIARE	29
AREA PREVENZIONE	31
Sezione 7 - PREVENZIONE HEALTH POINT	32
ALLEGATO 1 - Elenco "Grandi Interventi Chirurgici"	
ALLEGATO 2 - Elenco Interventi Plafonati	
	29
	30



Sezione 1: Definizioni

Assistenza Diretta: modalità di erogazione del servizio in base alla quale le prestazioni previste dal presente sussidio sono effettuate presso strutture sanitarie utilizzando personale medico (e/o sanitario) ambedue convenzionati con MBA, per il tramite di CoopSalute, e con applicazione degli specifici accordi di convenzione vigenti tra MBA e le strutture/personale convenzionati; in questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente da parte di MBA alle strutture ed ai medici/personale convenzionati (escluse eventuali quote a carico dell'Assistito ove previste). L'Assistenza diretta è sempre subordinata all'Autorizzazione alla Presa in Carico (PIC). L'elenco delle Strutture è presente e consultabile nell'Area Riservata di MBA.

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

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

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

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

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

Cartella Clinica: documento ufficiale ed atto pubblico redatto durante il ricovero, diurno o con pernottamento, contenente le generalità per esteso, diagnosi all'ingresso, diagnosi alla



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

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

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.

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

Guida Operativa per l'accesso ai servizi e alle prestazioni: è il documento complementare e parte integrante del presente Sussidio che illustra tempi, documentazione necessaria e



modalità di accesso ai servizi e ai rimborsi sia in forma di Assistenza Diretta che in forma di Assistenza Indiretta. La Guida Operativa è sempre consultabile nell'Area Riservata dell'Associato presente sul sito di MBA <https://www.mbamutua.org/> oppure rinvenibile contattando direttamente il Back Office di MBA o il proprio promotore di riferimento.

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

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

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

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

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

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

Infortunio odontoiatrico: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che provochi lesioni fisiche oggettivamente constatabili all'apparato dentale inteso come insieme di arcate



gengivo-dentarie, che siano documentate da specifico referto di Pronto Soccorso di Struttura Sanitaria Pubblica (attestante le circostanze dell'evento, le cause e le conseguenze dell'evento).

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

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

Invalidità permanente: la definitiva incapacità fisica, parziale o totale, ad attendere alle proprie occupazioni.

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

Sezione 2: Norme Generali che regolano il sussidio

Art. 1 - Oggetto

Oggetto del presente Sussidio è il rimborso delle spese sanitarie, ovvero l'erogazione delle prestazioni, sostenute dagli Associati in conseguenza di infortunio, malattia e parto certificati, per eventi verificatisi nel corso di validità del presente Sussidio.

Art. 2 - Persone Associate

E' persona associata il Titolare del Sussidio che ha sottoscritto il modulo di adesione ad MBA richiedendo attivazione del Sussidio. Sono persone associate, altresì, i familiari i cui nominativi siano stati espressamente indicati dal Titolare in fase di adesione compatibilmente con le garanzie previste dal presente Sussidio e con l'art. 9 del Regolamento Applicativo dello Statuto MBA.

Indicando i nominativi dei propri familiari, l'Associato autocertifica con riferimento agli stessi il rispetto dei requisiti di cui al presente Sussidio e al Regolamento Applicativo (art. 9 cit.), per beneficiare delle garanzie. E' altresì necessario comunicare tempestivamente alla Mutua eventuali modificazioni del Nucleo Familiare in corso di validità del sussidio (vedi Art.5).

Per nucleo si intendono, oltre al titolare del sussidio, il coniuge/partner unito civilmente ed il convivente more uxorio, nonché i figli fino a 26 anni, purché conviventi.

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

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



Art. 3 – Limiti di età

Non sono previsti limiti di età per l'attivazione del presente sussidio (fermi in ogni caso restando gli specifici limiti previsti per i figli, così come indicati all'art. 2, nel caso di attivazione della formula nucleo).

Art. 4 – Variazione del Nucleo Familiare

Qualora sia prevista l'inclusione del Nucleo Familiare, l'Associato deve comunicare immediatamente le variazioni del proprio stato Familiare alla MBA in forma scritta, entro e non oltre 60 giorni dall'avvenuta variazione (es. nascita, matrimonio).

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

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

Art. 5 – Durata del sussidio e tacito rinnovo

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

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

Art. 6 – Obblighi contributivi dell'Associato

In caso di mancato versamento dei relativi contributi e fermo quanto previsto all'art. 10, la MBA si riserva il diritto di adire le vie legali, previo tentativo di conciliazione ai sensi dell'Art. 12 del presente Regolamento.

Art. 7 – Dichiarazioni e comunicazione dell'Associato

Le dichiarazioni non veritiere rese dall'Associato al momento della domanda di ammissione o, successivamente, ai fini di ottenere il Rimborso delle spese, comportano la perdita totale o



parziale del diritto al pagamento della somma dovuta dalla Mutua in caso di Evento rimborsabile in base al presente sussidio.

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

Art. 8 – Sussidio a favore di terzi

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

Art. 9 – Pagamento del contributo e decorrenza del sussidio

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

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

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

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

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

Art. 10 – Comunicazioni e modifiche

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

Art. 11 – Risoluzione delle Controversie

A fronte di ogni eventuale controversia che dovesse insorgere tra l'Associato e la MBA, anche in dipendenza di una diversa interpretazione del presente sussidio, prima di ricorrere ad un procedimento ordinario, le Parti esperiranno il tentativo di conciliazione, come previsto dall'Art. 40 dello Statuto di MBA. In caso di esito negativo del tentativo di conciliazione, il foro competente per ogni eventuale controversia, è quello di Roma.



Art. 12 – Massimali

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

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

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

Art. 13 – Sottoscrizione di più Sussidi

Qualora l'Associato abbia sottoscritto con la MBA più di un sussidio, avrà diritto ad ottenere la condizione più favorevole (Rimborso delle spese, erogazione di indennità o indennizzo) tra le garanzie riconosciutegli dai vari sussidi sottoscritti.

Art. 14 – Limiti territoriali

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

Art. 15 – Responsabilità di terzi

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

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

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



Art.16 – Rinvio alle norme

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

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

Art. 17 – Termini di Aspettativa (Carenze)

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

- per gli Infortuni e l'aborto post-traumatico: dalle ore 24 del giorno di effetto del sussidio;
- per le conseguenze di stati patologici non conosciuti dall'Associato ma insorti anteriormente alla data di effetto del presente sussidio: dal 150° giorno;
- per il parto: dal 270° giorno successivo a quello di effetto del sussidio;
- per le Malattie: dal 30° giorno successivo a quello di effetto del sussidio;
- per le Malattie dipendenti da gravidanza: dal 30° giorno successivo a quello di effetto del sussidio, a condizione che la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo all'effetto del sussidio stesso.

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

Art. 18 – Pregresse

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

Altresì si intenderanno escluse tutte le garanzie oggetto del presente Sussidio attivate in conseguenza di stati patologici manifestati, diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati prima della data di attivazione del presente sussidio. Tale esclusione non opera una volta trascorsi 2 (DUE) anni di attivazione ininterrotta del presente Sussidio.

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



Art. 19 – Esclusioni

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

- a. le prestazioni non corredate da prescrizione medica attestante la diagnosi di patologia o quesito diagnostico (se patologia ancora da accertare);
- b. le prestazioni conseguenti agli Infortuni non documentati da referto di Pronto Soccorso Ospedaliero o di Struttura convenzionata con il SSN, o di Unità Medica di Primo Soccorso presente nel luogo dell'infortunio da cui sia chiaramente possibile evincere la data di accadimento dell'infortunio e le conseguenze traumatiche dello stesso. Sono escluse le conseguenze di eventi ove manchi l'esteriorità della causa come gli sforzi e gli atti di forza ossia l'impiego di energie muscolari concentrate nel tempo che esorbitano (sforzo) o meno (atto di forza) per intensità dalle ordinarie abitudini di vita dell'iscritto.
- c. le prestazioni relative o finalizzate a cure odontoiatriche, salvo specifiche deroghe previste dal Sussidio;
- d. le prestazioni di routine, controllo, prevenzione nonché i vaccini (sia l'acquisto del farmaco che l'infusione/somministrazione);
- e. le prestazioni conseguenti a suicidio e tentato suicidio;
- f. le prestazioni derivanti o finalizzate all'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla data di effetto del sussidio, ad eccezione degli Interventi sui bambini che non abbiano superato i 5 anni di età;
- g. le prestazioni relative a malattie mentali ed i disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche;
- h. le prestazioni sanitarie e le cure aventi finalità estetica e dietologica, salvo gli Interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva resi necessari da Malattia o Infortunio rimborsabili, purché effettuate nei 360 giorni successivi all'Intervento e comunque durante la validità del sussidio;
- i. Infortuni o Malattie derivanti da dolo dell'Associato;
- j. le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale, quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, quelle omeopatiche, fitoterapiche, nonché quelle effettuate da medici o paramedici non abilitati all'esercizio dell'attività professionale;
- k. i farmaci non riconosciuti dalla Farmacopea Ufficiale;
- l. le prestazioni erogate da medici o paramedici abilitati che non siano in possesso di specializzazione medica pertinente con la prestazione erogata e rispetto alla diagnosi/quesito diagnostico per il quale la prestazione è erogata;
- m. le prestazioni erogate da professionisti non in possesso di regolare iscrizione all'Albo o abilitazione laddove prevista dalla normativa italiana.



- n. le cure e gli interventi chirurgici finalizzati al trattamento dell'infertilità (ad ovviare allo stato di infertilità) e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale;
- o. l'aborto volontario non terapeutico;
- p. i Ricoveri durante i quali vengono compiuti interventi e/o solamente accertamenti e/o terapie fisiche che, per loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in regime ambulatoriale, purché consentito dallo stato di salute dell'Associato;
- q. le prestazioni conseguenti a reati o ad azioni dolose compiute o tentate dall'Associato. Sono compresi nella garanzia quelle sofferte in conseguenza di imprudenza o negligenza anche gravi dell'Associato stesso;
- r. gli Infortuni conseguenti ad assunzione di sostanze psicoattive (stupefacenti, farmaci, sostanze psicotrope), a scopo non terapeutico;
- s. gli infortuni causati dallo stato di ebbrezza o di ubriachezza;
- t. le Malattie correlate all'abuso di alcool o al consumo di stupefacenti e sostanze psicotrope, assunte non a scopo terapeutico;
- u. gli Infortuni conseguenti alla pratica di attività ludiche pericolose o sport estremi o sport aerei in genere (tra cui il volo da diporto o sportivo con deltaplani, ultraleggeri, paracadutismo, parapendio, pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali in genere, rafting, speleologia, salti dal trampolino con sci o idrosci, tutti controllati da corde elastiche, sci acrobatico o estremo, alpinismo con scalata di rocce o ghiaccio di grado superiore al terzo della scala U.I.A.A., discesa con slittino da gara, rugby, football americano, hockey, immersioni con autorespiratore, ecc...) o gare motoristiche e/o motonautiche o sport in genere costituenti per l'Associato attività professionale (gare, prove e allenamenti) anche non prevalente per impegno temporale a qualsiasi altra occupazione;
- v. le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati dalle accelerazioni di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.), nonché da campi elettromagnetici;
- w. le conseguenze di inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche, movimenti tellurici;
- x. i ricoveri causati dalla necessità dell'Associato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché Ricoveri di lunga degenza. In tal senso si intendono Ricoveri di lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Associato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituti di cura per Interventi di carattere assistenziale e fisioterapico di mantenimento;
- y. eventi per i quali sia configurabile la responsabilità di terzi; fatto salvo quanto previsto nel precedente art.15;
- z. spese per il trasporto del plasma.



Art. 20 – Modalità di erogazione del servizio.

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

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

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

In caso di prestazione erogata da professionisti operanti in regime di libera professione Intramoenia anche allargata (ALPI), il rimborso della prestazione è subordinato alla presentazione, nei termini previsti dalla Guida Operativa, del preventivo fornito dall'Azienda Ospedaliera all'Assistito e da questi preventivamente e formalmente accettato.

Art. 21 – Documentazione per la presentazione delle richieste.

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

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

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

Art. 22 – Tempi di presentazione delle richieste.

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



diretta) entro il predetto termine comporta la decadenza dal diritto al riconoscimento dell'Assistenza (Diretta/Indiretta/Indennitaria).

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

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

Art. 23 - Tempi di Rimborso

a. Prestazioni effettuate in 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 dalla MBA direttamente alle strutture/professionisti a termini del presente Sussidio e solo subordinatamente all'esito positivo di rimborsabilità conseguente all'analisi della documentazione medica e di spesa completa inoltrata dalla struttura/professionista alla Centrale Salute (in ciò il rilascio dell'Autorizzazione alla presa in carico costituendo mero strumento di attivazione del servizio).

b. Prestazioni effettuate in Assistenza indiretta

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

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



AREA SANITARIA

SEZIONE 4) - GARANZIE OSPEDALIERE

LIMITE ANNUO GARANZIE OSPEDALIERE

Il Massimale annuo erogabile per il complesso degli eventi e prestazioni ricompresi nella garanzia espressa dal punto A. al punto D., è pari a **€ 50.000,00 per Anno/Nucleo**. Il massimale si intende raddoppiato, pari a **€ 100.000,00 Anno/Nucleo**, in caso di **Ricovero per Grande Intervento Chirurgico (di cui agli artt. A. - A3.)**

A. RICOVERI PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO

In caso di **Ricovero ordinario per Grande Intervento Chirurgico** (secondo l'elenco esaustivo riportato nell'Allegato 1 al presente Sussidio "*Elenco dei Grandi Interventi Chirurgici*"), reso necessario da Malattia o Infortunio, Mba provvede a rimborsare le seguenti spese inerenti l'Intervento Chirurgico:

i) nei 90 giorni precedenti al Ricovero

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

ii) durante il Ricovero

- onorari del chirurgo, dell'aiuto operatore chirurgico, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'Intervento, diritti di sala operatoria e materiale di Intervento (ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'Intervento);
- assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami;
- rette di degenza:
 - al 100% in caso di struttura sanitaria convenzionata (Assistenza Diretta e Indiretta in Network);
 - fino ad un sub massimale di **€ 250,00** al giorno in caso di struttura non convenzionata (Assistenza Indiretta fuori Network). Tale sub-massimale si intende raddoppiato per i giorni di degenza effettuati nei reparti di terapia intensiva;
- vitto e pernottamento in Istituto di cura dell'accompagnatore e fino ad un submassimale di **€ 75,00** al giorno per un massimo di 60 giorni anno/nucleo.

iii) nei 120 giorni successivi al Ricovero - elevati a 180 giorni in caso di Trapianto

- esami diagnostici e visite specialistiche (correlati alla patologia causa del Ricovero);
- prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi (correlati alla patologia causa del Ricovero);



- acquisto di medicinali (previa prescrizione medica completa di motivazione clinica correlata al ricovero);
- cure termali (escluse le spese alberghiere e correlati alla patologia causa del Ricovero);

MBA provvederà al rimborso delle spese sostenute dall'Associato a fronte delle prestazioni di cui al punto ii) del presente art. A. come di seguito:

1. Nel caso di prestazioni erogate presso un Centro Convenzionato con la Centrale Salute (**Assistenza Diretta o Assistenza Indiretta in Network**) nessuna **quota di spesa a suo carico**;
2. Nel caso di prestazioni erogate presso un Centro Non Convenzionato con la Centrale Salute (**Assistenza indiretta fuori Network**), applicazione di una **quota di spesa a suo carico del 20% con minimo non rimborsabile di € 2.500,00 per evento**;
3. Nel caso di prestazioni erogate presso **strutture del S.S.N. o presso strutture con questo convenzionate, i ticket sanitari** verranno rimborsati **senza applicazione di alcuna Quota di spesa** a carico dell'Associato.

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

QUOTE A CARICO PER SPESE PRE E POST.

Con riferimento alle sole **spese pre e post di cui ai punti i) e iii) del presente art. A.** il rimborso avverrà dietro applicazione delle seguenti quote di spesa a carico dell'Associato:

- **senza alcuna quota di spesa** a suo carico, se effettuate presso un Centro Convenzionato con la Centrale Salute (**Assistenza Diretta o Assistenza Indiretta in Network**);
- **20%** se effettuate presso un Centro non Convenzionato con la Centrale Salute (**Assistenza indiretta fuori Network**);
- **senza alcuna quota di spesa** a suo carico per **i ticket sanitari** se prestazioni effettuate ricorrendo al Servizio Sanitario Nazionale o a Struttura Sanitaria convenzionata con il SSN.



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

A1. INDENNITÀ SOSTITUTIVA (alternativa all'Indennità integrativa di cui al successivo punto A2.)

Nel caso in cui l'Associato, a seguito di **Ricovero ordinario per Grande Intervento Chirurgico** non richieda alcun Rimborso di cui al precedente punti A., la Mutua corrisponderà un'Indennità giornaliera per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della Malattia o dell'Infortunio.

L'indennità sarà pari a **€ 200,00 per ogni giorno di ricovero comprendente il pernottamento** e nel **limite massimo di 90 giorni per anno/nucleo**.

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

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

A2. INDENNITÀ INTEGRATIVA (alternativa all'Indennità sostitutiva di cui al precedente punto A1.)

Nel caso in cui l'Associato, a seguito di Ricovero ordinario **per Grande Intervento Chirurgico** non richieda alcun Rimborso di cui ai precedenti punti A. e A2, Mba corrisponderà un'indennità per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della Malattia o dell'Infortunio.

L'indennità sarà pari a **€ 100,00 per ogni giorno di ricovero comprendente il pernottamento** e nel **limite massimo di 45 giorni anno/nucleo**.

Qualora l'Associato richieda la presente Indennità integrativa, potrà richiedere il Rimborso anche delle spese eventualmente sostenute di cui ai punti i) e iii) del Punto A. e riferibili al medesimo Ricovero, fermi gli eventuali sub-massimali indicati nel medesimo articolo.

SPESE PRE E POST INDENNITÀ INTEGRATIVA

Il rimborso delle citate prestazioni di cui ai punti **i) e iii) (spese pre e post)**, avverrà dietro applicazione delle seguenti quote di spesa a carico:

- **senza alcuna quota di spesa** a suo carico, se effettuate presso un Centro Convenzionato con la Centrale Salute (**Assistenza Diretta o Assistenza Indiretta in Network**);
- **20%** se effettuate presso un Centro non Convenzionato con la Centrale Salute (**Assistenza indiretta fuori Network**);



- o **senza alcuna quota di spesa** a suo carico per i **ticket sanitari** se prestazioni effettuate ricorrendo al Servizio Sanitario Nazionale o a Struttura Sanitaria convenzionata con il SSN.

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

B. RICOVERI CON INTERVENTO CHIRURGICO (diverso dai GIC)

Si intendono validi i seguenti sub massimali anno/nucleo:

- Parto Cesareo/Aborto Terapeutico: € 2.000,00;

In caso di **Ricovero ordinario con Intervento Chirurgico**, resi necessari da Malattia, Infortunio, Parto Cesareo o Aborto Terapeutico, Mba provvede a rimborsare le seguenti spese inerenti l'Intervento Chirurgico:

i) durante il Ricovero

- o onorari del chirurgo, dell'aiuto operatore chirurgico, 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);
- o assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami;
- o rette di degenza:
 - al 100% in caso di struttura sanitaria convenzionata (Assistenza Diretta e Indiretta in Network);
 - fino ad un sub massimale di € 250,00 al giorno in caso di struttura non convenzionata (Assistenza Indiretta fuori Network). Tale sub-massimale si intende raddoppiato per i giorni di degenza effettuati nei reparti di terapia intensiva;
- o vitto e pernottamento in Istituto di cura dell'accompagnatore e fino ad un submassimale di € 75,00 al giorno per un massimo di 30 giorni anno/nucleo (i 30 giorni sono da intendersi come numero massimo di giorni complessivi previsti per questa prestazione per il presente punto B e per il punto C.)

MBA provvederà al rimborso delle spese sostenute dall'Associato a fronte delle prestazioni di cui al **punto ii) del presente art. B.** come di seguito:

1. Nel caso di prestazioni erogate presso un Centro Convenzionato con la Centrale Salute (**Assistenza Diretta o Assistenza Indiretta in Network**), applicazione di una **quota di spesa a suo carico pari a € 750,00 per evento**;
2. Nel caso di prestazioni erogate presso un Centro Non Convenzionato con la Centrale Salute (**Assistenza indiretta fuori Network**), applicazione di una **quota di spesa a suo carico del 20% con minimo non rimborsabile di € 1.500,00 per evento** nei restanti casi;



3. Nel caso di prestazioni erogate presso **strutture del S.S.N. o presso strutture con questo convenzionate, i ticket sanitari** verranno rimborsati **senza applicazione di alcuna Quota di spesa** a carico dell'Associato.

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

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

Si intende espressamente escluso il rimborso delle spese antecedenti e successive al Ricovero.

B1. INTERVENTI CHIRURGICI PLAFONATI

In caso di Intervento Chirurgico, secondo l'elenco esaustivo riportato nell'Allegato 2 al presente Sussidio "*Elenco Interventi Chirurgici Plafonati*"), Mba provvederà al rimborso delle medesime spese e nelle medesime modalità riportate al punto precedente B., nei limiti dei plafond per tipologia di intervento indicati nello stesso allegato 2.

Si precisa che:

1. ove nello stesso ricovero vengano effettuati due o più interventi compresi nell'elenco, si applica il plafond al 100% per l'intervento principale (come definito dal chirurgo) e al 70% per quelli secondari; in tal caso l'eventuale franchigia prevista viene applicata una sola volta sull'intero ammontare di spesa.

B2. INDENNITÀ SOSTITUTIVA

Nel caso in cui l'Associato, a seguito di **Intervento Chirurgico di cui ai punti B. e B1., (compreso Parto Cesareo e Aborto Terapeutico)**, non richieda alcun Rimborso, la Mutua corrisponderà un'Indennità giornaliera per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della Malattia, dell'Infortunio, del parto o dell'aborto terapeutico.

L'Indennità sarà pari a:

1. **nei casi di cui al punto B.**
 - **100,00** per ogni notte nel **limite massimo di 60 giorni per anno/nucleo;**
2. **nei casi di cui al punto B1.**
 - **150,00** per ogni notte nel **limite massimo di 60 giorni per anno/nucleo.**



Si precisa che il numero massimo di 60 giorni per l'indennità sostitutiva, è da intendersi come numero massimo di giorni complessivo per anno/nucleo per il presente punto B2. e per il successivo punto C1.

Si intende espressamente escluso il rimborso delle spese antecedenti e successive al Ricovero.

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

C. DAY SURGERY – INTERVENTI AMBULATORIALI

Si intendo validi i seguenti sub massimali anno/nucleo:

- Day Surgery: € 2.000,00.
- Interventi Ambulatoriali: € 500,00 (VALIDI DAL 2° ANNO di copertura ininterrotta del presente Sussidio)

In caso di **Day Surgery e, a partire dal 2° anno di copertura ininterrotta al presente Sussidio, in caso di Intervento Ambulatoriale**, reso necessario da Malattia o Infortunio, Mba provvederà a rimborsare le seguenti spese inerenti il Ricovero:

i) durante il Day Surgery/Intervento Ambulatoriale

- o assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami;
- o onorari del chirurgo, dell'aiuto operatore chirurgico, 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);
- o rette di degenza:
 - al 100% in caso di struttura sanitaria convenzionata (Assistenza Diretta e Indiretta in Network);
 - fino ad un sub massimale di € 250,00 al giorno in caso di struttura non convenzionata (Assistenza Indiretta fuori Network). Tale sub-massimale si intende raddoppiato per i giorni di degenza effettuati nei reparti di terapia intensiva;
- o vitto e pernottamento in Istituto di cura dell'accompagnatore e fino ad un submassimale di € 75,00 al giorno per un massimo di 30 giorni anno/nucleo (i 30 giorni sono da intendersi come numero massimo di giorni complessivi previsti per questa prestazione per il presente punto C. e per il precedente punti B.)



MBA provvederà al rimborso delle spese sostenute dall'Associato a fronte delle prestazioni di cui al punto ii) del presente art. D. come di seguito:

1. Nel caso di prestazioni erogate presso un Centro Convenzionato con la Centrale Salute **(Assistenza Diretta o Assistenza Indiretta in Network)**
 - a. applicazione di una **quota di spesa a suo carico pari a € 750,00 per evento in caso di Day Surgery;**
 - b. applicazione di una **quota di spesa a suo carico pari a € 500,00 per evento in caso di Intervento Ambulatoriale;**
2. Nel caso di prestazioni erogate presso un Centro Non Convenzionato con la Centrale Salute **(Assistenza indiretta fuori Network)**
 - a. applicazione di una **quota di spesa a suo carico pari al 20% minimo non rimborsabile di €1.500,00 per evento in caso di Day Surgery;**
 - b. applicazione di **quota di spesa a suo carico del 20% con minimo non rimborsabile di €1.000,00 per evento in caso di Intervento Ambulatoriale;**
3. Nel caso di prestazioni erogate presso **strutture del S.S.N. o presso strutture con questo convenzionate, i ticket sanitari verranno rimborsati senza applicazione di alcuna Quota di spesa** a carico dell'Associato.

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

Si intende espressamente escluso il rimborso delle spese antecedenti e successive al Day Surgery/Intervento Ambulatoriale.

Si precisa che i sub massimali di cui al presente paragrafo saranno applicati in tutti i casi in cui le prestazioni risultino effettuate in regime di day surgery o di intervento ambulatoriale (ivi compresi quelli indicati al precedente punto B1.).



C1. INDENNITÀ SOSTITUTIVA

Nel caso in cui l'Associato, a seguito di **Day Surgery** non richieda alcun Rimborso di cui al precedente punto C., la Mutua corrisponderà un'Indennità giornaliera per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della Malattia o dell'Infortunio.

L'indennità sarà pari a **€ 100,00 per ogni giorno e nel limite massimo di 60 giorni anno/nucleo.**

Si precisa che il numero massimo di 60 giorni per l'indennità sostitutiva, è da intendersi come numero massimo di giorni complessivo per anno/nucleo per il presente punto C1. e per il precedente punto B2..

Si intende espressamente escluso il rimborso delle spese antecedenti e successive al Day Surgery.

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

D. TRASPORTO SANITARIO

La Mutua MBA, in caso di necessità medica debitamente documentata, rimborsa le spese sostenute dall'Associato per il trasporto sanitario effettuato con autoambulanza dal proprio domicilio all'Istituto di Cura e viceversa oppure, da un Istituto di cura ad un altro, a seguito di rilascio di quietanza di pagamento valida fiscalmente e sino ad un **massimale anno/nucleo di € 1.100,00 per il trasporto in Italia, elevato a € 2.000,00 per il trasporto all'estero.**

Si precisa che:

- ✓ la presente garanzia si intende valida per tutte le prestazioni sopra descritte, dal punto A. al punto C.;
- ✓ le prestazioni della presente garanzia non saranno garantite in caso di dimissioni volontarie dell'Associato, contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale sia stato ricoverato.

SEZIONE 5) - GARANZIE EXTRA-OSPEDALIERE

E. ALTA DIAGNOSTICA e TERAPIE

La Mutua, **entro il massimale di € 1.600,00 per anno/nucleo**, provvederà al rimborso delle spese per le seguenti prestazioni extra-ospedaliere di alta diagnostica strumentale e terapie:

1) Alta Diagnostica strumentale

Angiografia
Broncoscopia
Cistografia o Cistoscopia



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

2) Terapie

Dialisi
Chemioterapia
Radioterapia
Laserterapia

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

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

Il rimborso avverrà dietro applicazione delle seguenti quote di spesa a carico dell'Associato:

a) In caso di Alta Diagnostica Strumentale

- **15%** se effettuate presso un Centro Convenzionato con la Centrale Salute (**Assistenza Diretta o Assistenza Indiretta in Network**);
- **20%** con un minimo non rimborsabile di € 60,00 per prestazione se effettuate presso un Centro non Convenzionato con la Centrale Salute (**Assistenza indiretta fuori Network**).

b) In caso di Terapie

- **15%** se effettuate presso un Centro Convenzionato con la Centrale Salute (**Assistenza Diretta o Assistenza Indiretta in Network**);
- **20%** con un minimo non rimborsabile di € 75,00 per ciclo di terapia se effettuate presso un Centro non Convenzionato con la Centrale Salute (**Assistenza indiretta fuori Network**).

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



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

E1. TICKET SANITARI PER ALTA DIAGNOSTICA STRUMENTALE E TERAPIE

Qualora l'Associato effettui le prestazioni extra-ospedaliere di alta diagnostica strumentale e terapie di cui al punto E. ricorrendo al Servizio Sanitario Nazionale o a Struttura Sanitaria convenzionata con il SSN, MBA provvederà **all'integrale rimborso** delle spese per i **ticket sanitari** fino a concorrenza del medesimo massimale anno/nucleo di cui allo stesso punto E.. Restano escluse le prestazioni non in elenco ovvero elencate ma finalizzate alla diagnosi o all'erogazione di prestazioni odontoiatriche.

E2. DIAGNOSTICA PER ANIMALE DOMESTICO

Mutua MBA rimborserà senza alcuna quota a carico e nel massimale **di € 200,00** anno/nucleo le spese sostenute per le seguenti prestazioni diagnostiche in favore dell'Animale domestico facente parte del Nucleo Familiare: radiografie, ecografie, endoscopia, tomografia computerizzata, risonanza magnetica, elettrocardiografia. Sono in ogni caso escluse dal Rimborso le visite specialistiche di qualsiasi natura.

F. VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ed ESAMI DI LABORATORIO

La mutua MBA, **entro il Massimale di € 500,00 per anno/nucleo**, rimborserà le spese sostenute per visite mediche specialistiche, accertamenti diagnostici (diversi da quelli previsti al Punto E.) ed esami di laboratorio con l'applicazione delle seguenti quote a carico dell'Associato:

- **10% con minimo non rimborsabile € 30,00 per prestazione**, se effettuate presso un Centro Convenzionato con la Centrale Salute (**Assistenza Diretta o Assistenza Indiretta in Network**);
- **20% con minimo non rimborsabile di € 60,00 per prestazione**, se effettuate presso un Centro non Convenzionato con la Centrale Salute (**Assistenza indiretta fuori Network**).

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



dell'Associato stesso. Inoltre, la Mutua provvederà al rimborso delle spese previa applicazione delle quote di spesa a carico dell'Associato previste in caso di Assistenza Indiretta fuori Network.

Sono escluse dalle spese rimborsabili previste nel presente articolo, le visite, gli esami e gli accertamenti diagnostici odontoiatrici (o aventi finalità di cura odontoiatrica) nonché le visite ed accertamenti con finalità dietologica.

F1. TICKET SANITARI PER VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ED ANALISI DI LABORATORIO

Qualora l'Associato effettui le prestazioni di visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed analisi di laboratorio di cui al precedente punto F. ricorrendo al Servizio Sanitario Nazionale o a Struttura Sanitaria convenzionata con il SSN, MBA provvederà all'integrale Rimborso delle spese per i **ticket sanitari** nei limiti di un massimale anno/nucleo di cui allo stesso punto F..

Sono escluse dalle spese rimborsabili previste nel presente articolo, le visite, gli esami e gli accertamenti diagnostici odontoiatrici (o aventi finalità di cura odontoiatrica) nonché le visite ed accertamenti con finalità dietologica.

G. CURE ONCOLOGICHE - VALIDA DAL 3° ANNO di copertura ininterrotta del presente Sussidio

MBA, a partire dal 3° anno di copertura ininterrotta al presente Sussidio ed entro il **massimale di € 500,00 per anno/nucleo**, provvederà a rimborsare le spese sostenute, in seguito a malattie oncologiche conclamate, per:

- a) Prestazioni ospedaliere ed extra-ospedaliere
 - assistenza infermieristica domiciliare;
 - visite specialistiche;
 - terapie (es. chemioterapia, cobaltoterapia, terapie radianti, alcolizzazione, etc.);
 - esami diagnostici
- b) Percorso Psicoterapeutico: max € 35,00/seduta per max 5 sedute anno/nucleo;
- c) Acquisto Parrucca qualora l'Associato sia sottoposto a trattamenti oncologici che implicano la caduta dei capelli.

Le spese relative alle suddette prestazioni saranno rimborsate **senza alcuna quota di spesa a carico dell'Associato**, sia se effettuate presso **strutture convenzionate** che **non convenzionate** e sia se **effettuate presso il SSN**.

Il rimborso delle prestazioni, qualora già previste nei precedenti punti di cui alla presente sezione 5) **GARANZIE EXTRA-OSPEDALIERE** o nella precedente sezione 4 **"GARANZIE OSPEDALIERE"**, avverrà utilizzando in primo luogo il massimale annuo indicato al presente



punto G. ovvero, in caso di esaurimento dello stesso, utilizzando quello indicato agli eventuali punti precedenti.

Fanno eccezione le spese pre e post di cui ai punti i) e iii) delle prestazioni della sezione 4), ove previsti, per le quali verrà utilizzato prima il relativo massimale, e poi il massimale della presente garanzia.

AREA ASSISTENZA

SEZIONE 6) - SERVIZI DI ASSISTENZA DOMICILIARE

La Mutua MBA, a seguito di un Intervento Chirurgico effettuato nel corso di validità del presente sussidio (non necessariamente legato ad uno degli eventi rimborsabili di cui alla sezione 4), mette a disposizione dell'Associato servizi di assistenza domiciliari, mirati a fornire sostegno nonché favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio in dipendenza di tali eventi.

I diversi servizi a disposizione dell'Associato (Titolare e/o Componente del Nucleo Familiare in caso di adesione in forma nucleo) sono i seguenti:

1) ACQUISTO E CONSEGNA FARMACI E/O REFERTI

Massimo 6 interventi all'anno

La Centrale Salute provvederà a disporre la Consegna dei farmaci, rispettando le norme che regolano l'acquisto ed il trasporto dei medicinali e ad inviare un suo incaricato che possa ritirare presso il domicilio dell'Associato la prescrizione medica necessaria all'acquisto per poi provvedere alla consegna dei medicinali richiesti sempre presso il medesimo luogo. Resta inteso che il costo dei medicinali resta a carico dell'Associato.

2) FISIOTERAPISTA A DOMICILIO

Massimo 5 ore all'anno (interventi con cadenze orarie)

3) ASSISTENZA INFERMIERISTICA A DOMICILIO

Massimo 5 ore all'anno (interventi con cadenze orarie)

Qualora le prestazioni di Assistenza siano previste con cadenza oraria, le frazioni di ora verranno considerate pari ad 1 ora piena (es, prestazione eseguita in 1 ora e mezza verranno decurtate 2 ore dal massimale orario annuo).

Al fine di poter usufruire della presente garanzia è necessario che l'Intervento Chirurgico abbia avuto luogo durante l'anno di decorrenza della copertura sanitaria e che sia comprovato da Cartella Clinica.



AREA PREVENZIONE

SEZIONE 7) - PREVENZIONE HEALTH POINT

PREVENZIONE IN TELEMEDICINA

Mutua MBA, tramite Health Point S.p.A., rivoluziona il modo di pensare al benessere con le televisite, una soluzione pratica, veloce e sicura per confrontarsi con specialisti sanitari di alto livello per la prevenzione, la diagnosi e la cura. Particolarmente adatte per tutte quelle visite che non necessitano di un contatto fisico tra medico e paziente, le televisite sono la soluzione ideale per avere sempre sotto controllo la propria salute eliminando gli spostamenti e i tempi di attesa.

Attraverso MyDigitalHealth, la piattaforma di proprietà di Health Point appositamente progettata per i servizi di Telemedicina, basterà avere un computer o un qualsiasi dispositivo mobile per interagire a distanza e in tempo reale con uno specialista sanitario nel pieno rispetto della privacy.

Mutua MBA garantisce all'Isritto Titolare o a un componente del Nucleo (in caso di adesione in formula Nucleo), durante la validità del presente Sussidio, di effettuare gratuitamente e per il tramite dell'Health Point, 1 (uno) Televista preventiva all'anno.

La prestazione sarà prenotabile contattando direttamente l'Health Point al Numero Telefonico 06.56556371 e senza sostenere alcun costo a proprio carico a scelta tra: Consulente Nutrizionista o Psicologo.

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

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



ALLEGATO 1 – Elenco dei “Grandi Interventi Chirurgici”

Cardiochirurgia

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

Chirurgia Vascolare

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

Neurochirurgia

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

Chirurgia Toracica

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

Chirurgia Generale

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



- Esofago-gastrectomia per via toraco-laparotomica
- Amputazione del retto per via addomino-perineale o addomino-sacrale

Chirurgia Ginecologica

- Eviscerazione pelvica
- Vulvectomy allargata con linfadenectomia

Chirurgia Ortopedica

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

Chirurgia Otorinolaringoiatrica e Maxillo-Facciale

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

Chirurgia Urologica

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

Trapianti d'organo

- Tutti

ALLEGATO 2 – ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI PLAFONATI

TIPOLOGIA DI INTERVENTO	PLAFOND
ADENOTONSILECTOMIA	€ 2.850,00
ALLUCE VALGO CON o SENZA RIALLINAMENTO METATARSOFALANGE, DITO A MARTELLO, ALLUCE RIGIDO	€ 3.600,00
APPENDICECTOMIA	€ 3.800,00
ARTRODESI VERTEBRALE POSTERIORE COMPRESA DISCECTOMIA	€ 13.500,00
ARTROPROTESI ANCA PARZIALE	€ 15.200,00
ARTROPROTESI ANCA TOTALE	€ 20.000,00
ARTROPROTESI GINOCCHIO PARZIALE	€ 14.400,00
ARTROPROTESI GINOCCHIO TOTALE	€ 18.400,00
ARTROPROTESI SPALLA	€ 11.700,00
ASPORTAZIONE DI ERNIE DEL DISCO COMPRESA LAMINECTOMIE CON DECOMPRESSIONE RADICI DEI NERVI E STABILIZZAZIONI	€ 8.550,00
CATARATTA (compreso eventuale impianto di cristallino)	€ 2.250,00



CISTI E NODULI BENIGNI MAMMARI	€ 3.150,00
COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA E/O OPEN	€ 7.600,00
COLPOPERINEOPLASTICA - RIPARAZIONE DI CISTOCELE E RETTOCELE CON PLASTICA VAGINALE (COLPOPLASTICA) ANTERIORE E POSTERIORE E COLPOPESSIA	€ 4.750,00
TIPOLOGIA DI INTERVENTO	PLAFOND
EMORROIDECTOMIA E/O PROLASSO RETTALE	€ 4.275,00
ERNIE DISCALI CON TRATTAMENTO MICROCHIRURGICO E/O PER VIA ENDOSCOPICA E/O PERCUTANEA CON QUALSIASI TECNICA	€ 4.750,00
ERNIE E/O LAPAROCOLI PARETE ADDOMINALE	€ 3.800,00
FESS CON TURBINECTOMIA	€ 3.325,00
FESS CON TURBINECTOMIA E SETTOPLASTICA	€ 4.275,00
FISTOLE PERIANALI	€ 2.850,00
INSTABILITA' DI SPALLA TRATTATA PER VIA ARTROSCOPICA E/O CAPSULOPLASTICA E/O PLASTICA DELLA CUFFIA DEI ROTATORI CON TENODESI	€ 9.000,00
INTERVENTI SU ALTRI LEGAMENTI DEL GINOCCHIO ED ARTROSCOPIE INTERVENTISTICHE PER CONDROPATIE	€ 2.250,00
ISTERECTOMIA SEMPLICE (qualsiasi via)	€ 7.600,00
ISTEROANNESSIECTOMIA CON O SENZA LINFOADENECTOMIA	€ 12.350,00
ISTEROSCOPIA OPERATIVA COMPRESA ASPORTAZIONE FIBROMI E/O POLIPI E/O SINECHE E/O RASCHIAMENTO	€ 2.700,00
LEGATURA e STRIPPING delle VENE	€ 3.150,00
MASTECTOMIA RADICALE CON LINFOADENECTOMIE ASSOCIATE BILATERALE (qualsiasi tecnica)	€ 19.000,00
MENISCECTOMIA DEL GINOCCHIO	€ 3.600,00
PROSTATECTOMIA RADICALE PER TUMORI MALIGNI (QUALSIASI TECNICA)	€ 19.000,00
QUADRANTECTOMIA CON RICERCA ED ASPORTAZIONE DEL LINFONODO SENTINELLA ED EVENTUALI LINFOADENECTOMIE ASSOCIATE (qualsiasi tecnica)	€ 14.250,00
RICOSTRUZIONE LEGAMENTI CROCIATI + COLLATERALI + MENISCECTOMIA	€ 8.100,00
RICOSTRUZIONE LEGAMENTI CROCIATI O COLLATERALI	€ 7.200,00
RIDUZIONE E SINTESI FRATTURE GRANDI SEGMENTI	€ 7.200,00
RIDUZIONE E SINTESI FRATTURE MEDI SEGMENTI	€ 5.400,00
RIDUZIONE E SINTESI FRATTURE PICCOLI SEGMENTI	€ 3.600,00
RIMOZIONE DEI MEZZI di SINTESI PICCOLI + MEDI	€ 1.900,00
RIMOZIONE DEI MEZZI di SINTESI GRANDI	€ 2.850,00
SETTOPLASTICA	€ 2.375,00
SETTORINOPLASTICA	€ 4.750,00
SINDROMI CANALICOLARI TRATTAMENTO COMPLETO (tunnel carpale, sindrome di Guyon, compressione del nervo ulnare alla doccia epitrocleo-oleocranica, etc.)	€ 2.700,00



VARICOCELE (QUALSIASI TECNICA)

€ 3.325,00

NOTA BENE: Ove nello stesso ricovero vengano effettuati due o più interventi compresi in questo elenco, si applica il plafond al 100% per l'intervento principale (come definito dal chirurgo) e al 70% per quelli secondari. L'eventuale franchigia prevista viene applicata una sola volta, sull'intero ammontare di spesa.

