



Regolamento del Sussidio OPZIONE B - AOGOI

Il Presente Sussidio è parte integrante de Regolamento attuativo dello Statuto della Mutua MBA e soggetto a contributo aggiuntivo.

Edizione 1-2018

Indice

Sezione 1: Definizioni	3
Sezione 2: Norme generali che regolano il Sussidio	4
Sezione 3: Norme relative a tutte le prestazioni	7
Sezione 4.1: Prestazioni ospedaliere	12
Sezione 4.2: Prestazioni Extraospedaliere	13
Sezione 4.3: Servizi aggiuntivi della Centrale Salute	15
Sezione 4.4: Accesso alle tariffe agevolate - Prestazioni Sanitarie	17

Sezione 1: Definizioni

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

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

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

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

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

Centro Convenzionato: istituti di cura e centri diagnostici convenzionati con la MBA, che forniscono le loro prestazioni agli Associati.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Mutua : Mutua MBA (ora innanzi MBA) con sede in Formello, Via di Santa Cornelia n. 9-00060 Formello (RM).

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

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

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

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

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 Assistiti in conseguenza di infortunio, malattia e parto per eventi verificatisi nel corso di validità del Sussidio nei termini e con le modalità indicate nel presente Regolamento.

Art. 2 - Persone Associate

Le prestazioni garantite dal presente Sussidio sono prestate in favore dell'Associato, **Titolare del Sussidio OPZIONE A riservato ad AOGOI**, nominativamente indicato nel modulo di adesione con il quale lo stesso ha aderito al presente Regolamento aggiuntivo.

Art. 3 - Nucleo Familiare

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

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

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

È 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 convivano stabilmente e si prestino assistenza e solidarietà materiale e morale.

L'estensione del Sussidio al proprio nucleo familiare potrà essere effettuata volontariamente dal singolo iscritto all'Associazione AOGOI titolare del Sussidio

ed entro 20 giorni dall'adesione dello stesso.

L'estensione potrà essere effettuata a condizione che per il nucleo familiare sia stata già sottoscritta l'Opzione A riservata ad AOGOI.

Fermo quanto previsto dall'Art.10 per quanto riguarda la decorrenza dell'estensione al nucleo, detta estensione avrà termine annuale uguale al Sussidio del Titolare- iscritto all'Associazione AOGOI.

Art. 4 - Limiti di età

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

Art. 5 - Variazione del Nucleo Familiare

In caso di variazione del nucleo familiare, l'Associato deve darne comunicazione alla MBA in forma scritta, entro e non oltre 30 giorni dall'avvenuta variazione (es. nascita, matrimonio).

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

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

Art. 6 - Durata del Sussidio e tacito rinnovo

Il presente Sussidio ha durata di tre anni decorrente dal giorno di cui all'art. 10 ferma restando l'efficacia della Convenzione sottoscritta tra l'AOGOI e la MBA; in caso di disdetta ovvero mancato

rinnovo della suddetta Convenzione, il Sussidio attivato in applicazione della stessa cesserà automaticamente di avere efficacia alla prima scadenza utile successiva al termine della Convenzione.

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 dallo Statuto della MBA.

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

Art.7 - Obblighi contributivi dell'Associato

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

Art.8 - Dichiarazioni e comunicazione dell'Associato

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

Art.9 - Prestazioni per conto altrui

Se il presente Sussidio è stipulato per conto altrui, gli obblighi che derivano dal Regolamento devono essere adempiuti dal

Titolare, salvo quelli che per loro natura possono essere adempiuti da parte delle persone garantite.

Art.10 - Decorrenza del Sussidio e pagamento del contributo

Il Sussidio ha effetto dalle ore 24:00 del 31 dicembre di ogni anno sino alle ore 24:00 del 31 dicembre dell'anno successivo ferma restando la ratifica dell'adesione nel libro dei Soci, se il contributo aggiuntivo o la prima rata di contributo aggiuntivo sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 del giorno dell'avvenuto pagamento, se successivo a tale data.

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

Art. 11 - Comunicazioni e modifiche

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

Art. 12 - Massimali

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

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

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

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

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

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

diretta vengono invece presentate singolarmente ed in momenti diversi, verrà applicata in ogni caso una quota di spesa a carico per ogni singola prestazione.

Art. 14 - Risoluzione delle Controversie

A fronte di ogni eventuale controversia che dovesse insorgere tra l'Associato e la Mutua, 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 della MBA. In caso di esito negativo del tentativo di conciliazione, il Foro competente per ogni eventuale controversia è quello di Tivoli.

Art.15 - Rinvio alle norme

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

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

Art. 16 - Termini di Aspettativa (Carenze)

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

- per gli infortuni e l'aborto post-traumatico, dalle ore 24 del giorno di effetto del Sussidio;
- per le malattie (fermo in ogni caso quanto previsto al successivo Art.17 per quanto riguarda le patologie pregresse) dopo il 30° giorno successivo a quello di effetto del Sussidio;
- per il parto dal 270° giorno successivo a quello di effetto del Sussidio.

- per le malattie dipendenti da gravidanza: dal 30° giorno successivo a quello di effetto del Sussidio, a condizione che la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo all'effetto del Sussidio stesso.

Art. 17 - Pregresse

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

Altresì, si intendono escluse tutte le prestazioni conseguenti a stati patologici manifestati, diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati prima della data di adesione al presente Sussidio. Tale esclusione non opera una volta trascorsi tre anni di adesione ininterrotta al presente Regolamento del Sussidio.

Art. 18 - Esclusioni

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

- a. le prestazioni non corredate da prescrizione medica attestante la patologia certa o presunta ovvero l'infortunio;
- b. le prestazioni conseguenti agli infortuni non documentati da referto di Pronto Soccorso ovvero da specifico accertamento diagnostico (a titolo esemplificativo, TAC, RMN, radiografie) da cui sia chiaramente possibile evincere la data di accadimento dell'infortunio e le conseguenze traumatiche dello stesso;
- c. le prestazioni relative a cure odontoiatriche e ortodontiche, salvo specifiche deroghe previste dal Sussidio;
- d. le prestazioni di routine, controllo nonché i vaccini;
- e. le prestazioni conseguenti a suicidio e tentato suicidio;
- f. le prestazioni finalizzate all'eliminazione o correzione di difetti fisici e malformazioni preesistenti alla data di adesione del Sussidio; ad eccezione degli interventi per i bambini che non abbiano superato i 5 anni;
- g. le prestazioni relative a malattie mentali ed i disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche;
- h. le prestazioni sanitarie e le cure aventi finalità estetica, salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva resi necessari da malattia o infortunio rimborsabili, purché effettuate nei 360 giorni successivi all'intervento e comunque durante la validità del Sussidio;
- i. infortuni o malattie derivanti da dolo dell'Associato;
- j. le prestazioni, le terapie e le cure non riconosciute dalla medicina ufficiale, quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, quelle omeopatiche, fitoterapiche, nonché quelle effettuate da medici o paramedici non abilitati all'esercizio dell'attività professionale;
- k. i farmaci non riconosciuti dalla Farmacopea Ufficiale;
- l. le prestazioni erogate da medici o paramedici abilitati che non siano in possesso di specializzazione medica pertinente con la prestazione erogata;
- m. le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale;
- n. l'aborto volontario non terapeutico;
- o. i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in regime ambulatoriale, purché consentito dallo stato di salute

- dell'Assistito;
- p. le prestazioni conseguenti a reati o ad azioni dolose compiute o tentate dall'Associato. Sono comprese nella garanzia quelle sofferte in conseguenza di imprudenza o negligenza anche gravi dell'Associato stesso;
 - q. gli infortuni conseguenti ad assunzione di sostanze psicoattive (stupefacenti, farmaci, sostanze psicotrope) a scopo non terapeutico;
 - r. gli infortuni causati dallo stato di ebbrezza o di ubriachezza;
 - s. le malattie correlate all'abuso di alcool o al consumo di stupefacenti e sostanze psicotrope, assunte non a scopo terapeutico;
 - t. gli infortuni conseguenti alla pratica di sport aerei e gare motoristiche in genere o di sport costituenti per l'Assistito attività professionale;
 - u. le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e delle accelerazioni di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, etc.), nonché da campi elettromagnetici;
 - v. le conseguenze di inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche, movimenti tellurici;
 - w. i ricoveri causati dalla necessità dell'Associato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché ricoveri di lunga degenza. In tal senso si intendono ricoveri di lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Associato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in istituti di cura per interventi di carattere

assistenziale e fisioterapico di mantenimento.

Art. 19 - Sottoscrizione di più Sussidi

Qualora l'Associato abbia sottoscritto con la MBA più di un Sussidio, avrà diritto ad ottenere la migliore prestazione (rimborso delle spese, erogazione di indennità o indennizzo) dovuta per il Sussidio più favorevole.

Art. 20 - Limiti territoriali

Le garanzie, nei limiti stabiliti dal presente Regolamento, sono valide in tutto il mondo, salvo espresse deroghe previste nelle singole garanzie. 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, secondo le rilevazioni della BCE e le quotazioni rese note dalla Banca d'Italia.

Art. 21 - Responsabilità di terzi

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

Art. 22 - Oneri dell'Assistito

La richiesta di rimborso deve essere corredata da:

- 1) copia della prescrizione medica, indicante la diagnosi o il quesito diagnostico, relativa alla prestazione di cui si richiede il rimborso, ovvero da copia del referto medico attestante la

natura della malattia o dell'infortunio. In caso di ricovero ospedaliero e Day-Hospital dovrà essere presentata copia della cartella clinica completa (anche su supporto elettronico).

- 2) copia della documentazione di spesa (distinte e ricevute) debitamente quietanzate.

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

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

Art.23 - Modalità di erogazione delle prestazioni

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

Le spese relative alla prestazione erogata in assistenza diretta presso strutture sanitarie e medici/professionisti convenzionati con la MBA vengono corrisposte direttamente dalla MBA alle strutture sanitarie convenzionate ed ai medici/professionisti convenzionati.

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

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

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

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

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

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

Fermo quanto previsto alla lettera a), nel caso in cui un Associato si avvalga di una delle strutture sanitarie e di medici/professionisti convenzionati con la MBA e pur non avvalendosi dell'assistenza diretta, dovrà richiedere, seguendo le istruzioni indicate nella Guida Operativa della MBA e della Centrale Salute, l'applicazione delle specifiche agevolazioni tariffarie concordate dalla MBA con le

strutture/medici/professionisti; in tal caso la Mutua provvede al rimborso all'Assistito delle spese sostenute, applicando le specifiche condizioni previste dal Sussidio in caso di utilizzo delle prestazioni assistenza diretta (di cui alla lettera a).

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

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

Sezione 4.1: GARANZIE OSPEDALIERE

4.1.1 - RICOVERI CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO

PREMESSA: il presente Sussidio viene attivato per ampliare il piano di assistenza sanitaria garantito dal Sussidio Opzione A AOGOI erogato per il tramite della MBA; pertanto le prestazioni previste dalla presente Sezione 4.1 non ricomprendono i ricoveri e gli interventi già previsti dalla Sezione 4.1.1. **GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI** del citato Sussidio Opzione A AOGOI.

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

A) nei 90 giorni precedenti il Ricovero:

- visite specialistiche ed accertamenti diagnostici;

B) durante il Ricovero nei limiti del Massimale:

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

C) nei 90 giorni successivi al Ricovero:

- esami diagnostici e visite specialistiche;
- prestazioni mediche;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- acquisto di medicinali (previa prescrizione medica);
- cure termali (escluse le spese alberghiere).

Nel caso in cui le prestazioni di cui alla lettera B) di cui al presente art. 4.1.1., vengano effettuate in assistenza diretta presso una struttura sanitaria convenzionata con la Centrale Salute, la MBA provvederà al rimborso delle spese sostenute dall'Associato con applicazione di una **quota di spesa a carico dell'Associato di € 500,00 per ogni evento.**

Qualora, invece, le prestazioni di cui alla lettera B) del presente art. 4.1.1 vengano effettuate in una struttura non convenzionata con la Centrale Salute, la MBA provvederà al rimborso delle spese sostenute dall'Associato con applicazione di una **quota di spesa a carico dell'Associato del 20% con un minimo non rimborsabile di € 1.500,00 per ogni evento.**

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

Fermo restando quanto sopra e solo con riferimento alle spese pre e post ricovero di cui alle lettere A) e C) del presente articolo, nel caso in cui vengano effettuate in assistenza diretta presso strutture convenzionate con la Centrale Salute, non si applicherà nessuna quota a carico dell'Assistito. Analogamente

la MBA rimborserà integralmente i ticket sanitari, in caso di spese pre e post ricovero sostenute presso il S.S.N..

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

4.1.2. ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI COMPRESI E RELATIVI SUB - MASSIMALI E QUOTE DI SPESA A CARICO DELL'ASSOCIATO

Fermo restando quanto sopra, sono altresì incluse le seguenti prestazioni o interventi nei limiti dei sub-massimali omnicomprensivi (applicati in caso di prestazioni effettuate presso strutture convenzionate o non convenzionate o del S.S.N.) di seguito indicati:

- 1) Day Hospital con e senza intervento, fino ad un sub-massimale complessivo per annualità di € 2.000,00 (ivi comprese le spese di cui al precedente art.4.1.1 lettera A) e C) con i relativi sub-massimali;
- 2) Parto naturale fino ad un sub-massimale complessivo per annualità di € 1.500,00 (è da intendersi escluso il rimborso delle spese di cui al precedente art.4.1.1 lettera A) e C);
- 3) Parto cesareo e aborto terapeutico, fino ad un sub-massimale complessivo per annualità di € 2.000,00 (è escluso il rimborso delle spese di cui al precedente art.4.1.1 lettera A) e C);
- 4) Prestazione per chirurgia refrattiva ed i trattamenti con laser eccimeri, con un sub-massimale di € 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 tre diottrie per ciascun occhio (ivi comprese le spese di cui al precedente art.4.1.1. lettera A) e C) con i relativi sub-massimali fermo restando il sub-massimale annuo complessivo di € 1.000,00 per occhio);
- 5) Interventi ambulatoriali, fino ad un limite di € 750,00 per annualità (ivi comprese le spese di cui al precedente art.4.1.1 lettera A) e C) con i relativi sub-massimali fermo restando il sub-massimale annuo complessivo di € 750,00).

Il rimborso delle spese avverrà senza applicazione di quote di spesa a carico dell'Associato.

4.1.3 INDENNITA' SOSTITUTIVA

Nel caso in cui l'Associato, a seguito di Ricovero/Day Hospital con o senza intervento garantito dal presente Regolamento, non richieda alcun rimborso in virtù del presente Sussidio, la Mutua corrisponderà una indennità per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia, dell'infortunio, del parto e dell'aborto terapeutico.

L'indennità sarà pari a € 50,00 e verrà erogata per ogni pernottamento in caso di ricovero, ovvero giorno di degenza in caso di Day Hospital, fermo restando il limite di 100 giorni per ciascuna annualità.

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 alle lettere A) e C) dell'art.4.1.1.) eventualmente sostenuta e riferibile al medesimo ricovero.

Sezione 4.2: GARANZIE EXTRAOSPEDALIERE

4.2.1 ALTA DIAGNOSTICA

La Mutua, in caso di malattia o di infortunio rimborsabile ai sensi del presente Sussidio, anche in assenza di ricovero od intervento chirurgico, su prescrizione medica indicante la motivazione clinica, provvede al rimborso delle spese per le seguenti prestazioni extra-ospedaliere di alta diagnostica strumentale:

- Angiografia
- Broncoscopia
- Cistografia o Cistoscopia
- Coronarografia
- Ecocolordoppler cardiaco
- Ecocolordoppler vascolare
- Elettroencefalogramma
- Esofagogastroduodenoscopia
- Isterosalpingografia
- Mammografia
- Mammotome (ago biopsia 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

L'elenco delle prestazioni di cui sopra è da considerarsi tassativo con esclusione dalla presente garanzia delle prestazioni non espressamente ivi indicate.

Le spese sostenute per prestazioni, in assistenza diretta, in struttura sanitaria convenzionata con la Centrale Salute, saranno rimborsate con applicazione di una quota di spesa a carico dell'Associato del 10% e con un minimo non rimborsabile di € 30,00 per prestazione, fermo restando il massimale annuo di cui al punto 4.2.2.

Qualora le prestazioni di cui sopra siano effettuate in una struttura sanitaria non convenzionata con la Centrale Salute, le spese sostenute dall'Associato saranno rimborsate dalla MBA con applicazione di una quota di spesa a carico dell'Associato del 20% e con un minimo non rimborsabile di € 60,00 per prestazione, nei limiti del massimale annuo di cui al punto 4.2.2.

Qualora l'associato effettui le prestazioni ricorrendo al servizio Sanitario Nazionale, la MBA provvede all'integrale rimborso delle spese per i ticket sanitari nel limite del massimale di cui all'art.4.2.2.

Dalla presente garanzia sono espressamente esclusi i ticket inerenti controlli di routine.

4.2.2. MASSIMALE ANNUO DI RIMBORSI EROGABILI

Il limite annuo per il complesso delle prestazioni di cui al precedente art. 4.2.1 è pari ad € 1.500,00 per nucleo familiare.

SEZIONE 4.3: SERVIZI AGGIUNTIVI DELLA CENTRALE SALUTE

4.3.1 ASSISTENZA H24

4.3.2. PRESTAZIONI EROGATE PER L'ASSISTENZA H24

Ciascuna delle altre prestazioni di Assistenza è fornita non **più di tre volte per annualità**, salvo eventuale diversa indicazione per le singole prestazioni.

4.3.3. 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.

4.3.4. 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 l'accertamento tramite un primo contatto telefonico del suo medico di guardia, 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.

4.3.5. 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.

4.3.6. IN CASO DI NECESSITA'

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 dedicata ai Servizi H24, per comunicare il tipo di assistenza richiesta.

4.3.7. LA CENTRALE PER L'ASSISTENZA H24

IL NUMERO DA CONTATTARE PER ATTIVARE I SERVIZI DELL'ASSISTENZA H24 IN CASO DI NECESSITA' E' IL NUMERO VERDE: 800. 598.635, ATTIVO 24 ore su 24, 365 giorni all'anno, in lingua italiana.

4.3.8. RISCHI ESCLUSI PER LA GARANZIA ASSISTENZA H24

Per tutte le garanzie esposte nei precedenti Art. 4.3.4. - 4.3.6. (Assistenza H 24) 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).

4.4. ACCESSO ALLE TARIFFE AGEVOLATE - PRESTAZIONI SANITARIE

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

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

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