

Regolamento della Copertura Sanitaria Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani -AOGOI- OPZIONE A

**Il Presente Regolamento è da considerarsi parte integrante dello Statuto e del Regolamento
Attuativo di CASSA MUTUA MBA**

Indice

SEZIONE 1: Definizioni	3
SEZIONE 2: Norme generali che regolano il Sussidio	8
SEZIONE 3: Norme relative a tutte le Garanzie	11
SEZIONE 4: Garanzie Ospedaliere	15
SEZIONE 5: Servizi aggiuntivi alla Centrale Salute	18
SEZIONE 6: Accesso alle tariffe agevolate – Prestazioni Sanitarie	19

Sezione 1: Definizioni

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

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

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

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

Assistenza Diretta: modalità di erogazione del servizio in base alla quale le prestazioni previste dalla presente Copertura Sanitaria sono effettuate presso strutture sanitarie utilizzando personale Medico (e/o sanitario) ambedue convenzionati con Cassa Mutua MBA e/o con società da quest'ultima autorizzata, per il tramite di Health Assistance S.C.p.A. (di seguito anche Health Assistance o Centrale Salute); in questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente da parte di Cassa Mutua MBA alle strutture ed ai Medici/personale Convenzionati (escluse eventuali quote a carico dell'Iscritto ove previste). L'Assistenza Diretta è sempre subordinata all'Autorizzazione alla Presa in Carico (PIC). L'elenco delle Strutture è presente e consultabile nell'Area Riservata di Cassa Mutua MBA.

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

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

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

Carenza (termine di aspettativa): periodo temporale che intercorre tra la data di decorrenza della copertura e l'effettiva operatività delle garanzie. Per carenza si intende il periodo durante il quale le garanzie della Copertura Sanitaria non sono efficaci, ovvero il numero di giorni a far data dalla decorrenza del Regolamento durante i quali la garanzia non ha effetto. Qualora l'evento avvenga in tale periodo, Cassa Mutua MBA non corrisponde il Rimborso della prestazione prevista dalla Copertura Sanitaria.

Cartella Clinica: documento ufficiale, coperto da pubblica fede nei casi di legge, redatto durante il Ricovero, diurno o con pernottamento, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi all'ingresso, diagnosi alla dimissione, anamnesi patologica prossima e remota completa di tutti i riferimenti cronologici rispetto alla diagnosi di ingresso, terapie effettuate, Interventi chirurgici eseguiti, atto operatorio, esami e diario clinico.

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

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

CASSA: la CASSA Mutua MBA – Fondo Sanitario Integrativo del Servizio Sanitario Nazionale.

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 (<https://www.healthassistance.it>).

Centro Convenzionato: Ospedali, Istituti a Carattere scientifico, Case di Cura, Centri diagnostici, Centri polispecialistici, Laboratori di analisi, Centri fisioterapici, Studi medici specialistici, Studi Odontoiatrici e qualsiasi altra Struttura/Professionista che abbia stipulato un accordo con Health Assistance S.C.p.A. 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 CASSA 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 dalla presente Copertura Sanitaria 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 e 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 e 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.

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

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

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

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 della presente Copertura Sanitaria 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'Iscritto presente sul sito di Cassa Mutua MBA www.mbacassa.org oppure rinvenibile contattando direttamente il Back Office di Cassa Mutua MBA o il proprio promotore di riferimento.

5

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

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

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 Ospedaliero Pubblico o di Struttura di Primo Soccorso convenzionata con il SSN 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, e che abbiano per

conseguenza la morte, una invalidità permanente oppure una invalidità temporanea o una delle altre prestazioni garantite dalla presente Copertura sanitaria.

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

Intervento chirurgico: l'atto medico, con diretta finalità terapeutica, realizzato mediante cruentazione dei tessuti, e mediante l'uso di strumenti chirurgici e/o idonee apparecchiature. Si considera Intervento chirurgico anche la riduzione incruenta di fratture. Sempre che non sia diversamente regolato all'interno della specifica garanzia della presente Copertura Sanitaria, 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 biotipici 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).

Iscritto: persona giuridica iscritta regolarmente Cassa Mutua MBA ed il cui interesse è protetto dalla Copertura Sanitaria. Sono Iscritti i Dipendenti/Associati della persona giuridica e aventi Diritto i familiari dell'Iscritto, ai sensi del presente Regolamento e dell'art. 5 del Regolamento Attuativo dello Statuto di Cassa Mutua MBA.

6

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

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

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

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

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

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

Massimale/sub-massimale: la somma complessiva annua, fino alla concorrenza della quale la CASSA sostiene i costi delle prestazioni previste dalla presente Copertura Sanitaria.

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

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

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

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

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

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

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 CASSA all'Associato in caso di evento e prestazione rimborsabile.

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

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 la Copertura Sanitaria

Art. 1 – Oggetto

Oggetto della presente Copertura Sanitaria è il rimborso delle spese sanitarie, ovvero l'erogazione delle prestazioni, sostenute dagli Iscritti in conseguenza di malattia e infortunio per eventi verificatisi nel corso di validità della Copertura Sanitaria o nei termini e con le modalità indicate nel presente Regolamento.

Art. 2 – Persone Associate

Le prestazioni garantite dalla presente Copertura Sanitaria sono prestate in favore dell'Associato Titolare - iscritto alla Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani - AOGOI -, nominativamente indicato nel modulo di adesione con il quale lo stesso ha aderito al presente Regolamento, nonché a favore dei familiari del rispettivo nucleo aderente.

Per **Nucleo Familiare** si intendono, oltre al Titolare della Copertura Sanitaria, 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 della Copertura Sanitaria 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 della Copertura Sanitaria al proprio nucleo familiare potrà essere effettuata volontariamente dal singolo iscritto alla AOGOI - Titolare della copertura sanitaria ed entro giorni dall'adesione.

Art. 3 – Limiti di età

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

Art. 4 – Variazione del Nucleo Familiare

Qualora sia incluso in copertura il Nucleo Familiare, l'Iscritto deve comunicare immediatamente ad AOGOI le variazioni del proprio nucleo familiare, in modo da garantire ad AOGOI la comunicazione a CASSA MBA entro e non oltre 40 giorni dall'avvenuta variazione, ossia:

- nascita/adozione/affidamento di un figlio;
- matrimonio;
- insorgere di convivenza per il coniuge, il convivente more uxorio ed i figli ultra-ventiseienni;

Se non diversamente comunicato dalla CASSA, e fermo restando il pagamento dell'eventuale contributo dovuto, l'inclusione dei nuovi Assistiti nella Copertura Sanitaria, si intenderà operante solo a decorrere dalla nuova annualità assistenziale della Copertura Sanitaria stessa.

Resta inteso che, per i nuovi Assistiti, ai fini dell'applicazione, ove previsti, dei Termini di aspettativa di cui all'art.17, delle Pregresse di cui all' art. 18 e delle Esclusioni di cui all'art. 19, verrà considerato come data di prima decorrenza il giorno della relativa inclusione.

Art. 5 – Durata della Copertura e Tacito Rinnovo

La presente Copertura Sanitaria ha durata di 2 (due) anni decorrente dal giorno di cui all'art. 9.

La revoca dalla Copertura Sanitaria prima del suddetto termine potrà avvenire al verificarsi dei seguenti eventi:

- a) cessazione dell'iscrizione alla AOGOI;
- b) decesso dell'assistito o di un suo familiare assistito;
- c) divorzio;
- d) venir meno di convivenza per il coniuge, il convivente more uxorio e/o per il familiare convivente;
- e) perdita del carico fiscale per i figli.

La comunicazione della revoca dovrà pervenire dall'Iscritto ad AOGOI, o da un suo familiare in caso di primo punto di cui alla lettera b), entro 40 giorni dall'evento; fermo restando il versamento dei relativi contributi, la copertura sanitaria resterà in vigore sino alla prima scadenza annuale.

In mancanza di comunicazione di non rinnovo ricevuta mediante lettera raccomandata A/R o posta elettronica certificata spedita almeno 90 giorni prima della scadenza biennale, la Copertura Sanitaria s'intenderà rinnovata per ulteriori due anni con obbligo del relativo pagamento del contributo aggiuntivo e delle quote associative previste.

9

Art. 6 – Obblighi contributivi dell'Associato

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

Art. 7– Sussidio a favore di terzi

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

Art. 8 – Pagamento Del Contributo E Decorrenza Della Copertura Sanitaria

La copertura sanitaria decorre dalle ore 24:00 del giorno 31/12/2022.

L'AOGOI corrisponderà direttamente a CASSA i contributi a proprio carico.

I contributi a carico dei singoli Iscritti per l'estensione al nucleo familiare della Copertura Sanitaria saranno corrisposti direttamente alla CASSA. In caso di mancato pagamento della prima rata di contributo o delle 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. 9 – Comunicazioni e modifiche

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

Art. 10– Risoluzione delle Controversie

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

Art. 11 – Massimali

Tutti i Massimali menzionati nella presente Copertura Sanitaria, nonché gli eventuali sub-Massimali relativi a specifiche prestazioni o garanzie, sono da intendersi per anno assistenziale, 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 dalla presente Copertura Sanitaria saranno pertanto da intendersi anno/nucleo.

Art. 12 – Sottoscrizione di più Sussidi

Qualora l'Iscritto sia beneficiario con Cassa Mutua MBA di più di una Copertura Sanitaria, avrà diritto ad ottenere la condizione più favorevole (Rimborso delle spese, erogazione di Indennità o Indennizzo) tra le garanzie riconosciutegli dalle varie Coperture sottoscritte.

Art. 13 – 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.14 – Responsabilità di Terzi

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

- Liquidare, nei limiti stabiliti dal presente Regolamento, le spese sanitarie sostenute dall'Iscritto in conseguenza dell'evento pregiudizievole, solo qualora l'Iscritto produca a Cassa Mutua MBA documentazione attestante il rifiuto di indennizzo da parte del terzo responsabile ovvero dalla compagnia assicurativa di quest'ultimo;
- Integrare la liquidazione, nei limiti stabiliti dal presente Regolamento, delle spese sanitarie sostenute dall'Iscritto in conseguenza dell'evento pregiudizievole, solo qualora l'Iscritto produca a Cassa Mutua 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 massimali previsti per la specifica garanzia invocabile nel caso concreto in base al presente Regolamento.

Resta ferma, in tutti gli altri casi, la generale esclusione di cui all'art. 13 del presente Regolamento.

Art.15 – Rinvio alle norme

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme legislative italiane, lo Statuto di Cassa Mutua MBA, il Regolamento Attuativo dello Statuto in vigore e la Guida Operativa che sono consultabili nell'Area Riservata dell'Iscritto presente sul sito di Cassa Mutua MBA www.mbacassa.org oppure rinvenibili contattando direttamente il Back Office di Cassa Mutua MBA.

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

Art. 16 – Termini di Aspettativa (Carenze)

Fermo quanto previsto all'Art. 8 delle Norme Generali, disciplinante il giorno di effetto della Copertura Sanitaria, le prestazioni messe a disposizione dalla CASSA sono garantite all'Iscritto ad AOGOI senza applicazione dei periodi di carenza.

Nel caso di estensione della Copertura Sanitaria a titolo volontario da parte del Titolare della Copertura Sanitaria (iscritto alla AOGOI) al proprio nucleo familiare, per detti familiari, le garanzie decorrono:

- per gli infortuni dalle ore 24 del giorno di effetto della Copertura Sanitaria;
- 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 della Copertura Sanitaria;
- per le malattie dipendenti da gravidanza: dal 30° giorno successivo a quello di effetto della Copertura Sanitaria, a condizione che la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo all'effetto della Copertura Sanitaria stessa.

Art. 17– Pregresse

Tutte le prestazioni conseguenti ad infortuni avvenuti anteriormente alla data di adesione alla presente Copertura Sanitaria si intendono espressamente escluse. 11

Per l'Associato iscritto alla AOGOI in forma collettiva totalitaria, sono da intendersi incluse, nella presente Copertura Sanitaria, le prestazioni conseguenti a stati patologici manifestati, diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati prima della data di adesione alla presente Copertura Sanitaria.

Nel caso di estensione della Copertura Sanitaria a titolo volontario da parte dell'Iscritto al proprio nucleo familiare, per detti familiari sono escluse dalla presente Copertura Sanitaria le prestazioni conseguenti a qualsiasi patologia che sia pregressa in quanto manifestata, diagnosticata, sottoposta ad accertamenti o curata prima della data di attivazione della presente Copertura Sanitaria o che risulti correlata ad uno stato patologico antecedente alla decorrenza dello stesso.

L'esclusione di cui al terzo comma del presente articolo inerente agli stati patologici manifestati, diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati prima della data di adesione alla presente Copertura Sanitaria non opera una volta trascorsi tre anni di adesione ininterrotta al presente Regolamento della Copertura Sanitaria.

Art. 19 – Esclusioni

Sono escluse dalla presente Copertura Sanitaria (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 inerenti al parto (naturale e cesareo);

- c) le prestazioni conseguenti agli Infortuni non documentati da referto di Pronto Soccorso Ospedaliero o di Struttura convenzionata con il SSN, o di Unità Medica di Primo Soccorso presente nel luogo dell'Infortunio da cui sia chiaramente possibile evincere la data di accadimento dell'Infortunio e le conseguenze traumatiche dello stesso, ovvero da specifico accertamento diagnostico completo di referti ed immagini (a titolo esemplificativo, TAC, RMN, radiografie) da cui sia chiaramente ed obiettivamente possibile evincere la data di accadimento dell'Infortunio e le conseguenze traumatiche dello stesso. Sono escluse le conseguenze di eventi ove manchi l'esteriorità della causa come gli sforzi e gli atti di forza ossia l'impiego di energie muscolari concentrate nel tempo che esorbitano (sforzo) o meno (atto di forza) per intensità dalle ordinarie abitudini di vita dell'Iscritto;
- d) le prestazioni relative o finalizzate a cure odontoiatriche, ortodontiche e protesi dentarie, salvo specifiche deroghe previste dalla Copertura Sanitaria;
- e) le prestazioni di routine, controllo, prevenzione, nonché i vaccini (sia l'acquisto del farmaco che l'infusione/somministrazione);
- f) le prestazioni conseguenti a suicidio e tentato suicidio;
- g) le prestazioni finalizzate all'eliminazione o correzione di difetti fisici e malformazioni preesistenti alla data di adesione della Copertura Sanitaria, ad eccezione degli interventi per i bambini che non abbiano compiuto i 5 anni;
- h) le prestazioni relative a malattie mentali ed i disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche;
- i) le prestazioni sanitarie e le cure aventi finalità estetica e dietologica, salvo gli Interventi di chirurgia plastica o stomatologica limitatamente agli aspetti ricostruttivi di natura oncologica riferiti alla sede della neoformazione maligna se resi necessari da Malattia, e in caso di Infortunio rimborsabile, limitatamente alla sede dell'apparato oggetto del trauma, purché effettuati nei 360 giorni successivi all'Intervento e comunque durante la validità della Copertura Sanitaria;
- j) infortuni o malattie derivanti da dolo dell'Associato;
- k) 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;
- l) i farmaci non riconosciuti dalla Farmacopea Ufficiale;
- m) le prestazioni prescritte e/ o erogate da medici o paramedici abilitati che non siano in possesso di specializzazione medica pertinente con la prestazione rilasciata e rispetto alla diagnosi/ quesito diagnostico per il quale la prestazione è prescritta/ erogata;
- n) le prestazioni prescritte e/ o erogate da professionisti non in possesso di regolare iscrizione all'Albo o abilitazione laddove prevista dalla normativa italiana;
- o) le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale;
- p) l'aborto volontario non terapeutico;
- q) 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'Associato;
- r) 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;

- s) gli infortuni conseguenti ad assunzione di sostanze psicoattive (stupefacenti, farmaci, sostanze psicotrope) a scopo non terapeutico;
- t) gli infortuni causati dallo stato di ebbrezza o di ubriachezza;
- u) le malattie correlate all'abuso di alcool o al consumo di stupefacenti e sostanze psicotrope, assunte non a scopo terapeutico;
- v) gli Infortuni conseguenti alla pratica di 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 o fuori pista, 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' Iscritto attività professionale (gare, prove e allenamenti) anche non prevalente per impegno temporale a qualsiasi altra occupazione;
- w) gli Infortuni subiti in qualità di passeggero durante i viaggi aerei diversi dai regolari voli di linea;
- x) gli Infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizi resi in corpi militari;
- y) gli Infortuni subiti sul lavoro in miniera, in cava (anche a cielo aperto), in lavori subacquei o in mare aperto;
- z) le conseguenze 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;
- aa) le conseguenze di inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche, movimenti tellurici;
- bb) 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;
- cc) spese per il trasporto del plasma;
- dd) le pandemie, se definite come tali dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

ART. 19 - 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 nella Copertura Sanitaria e nella Guida Operativa, mediante l'utilizzo dell'apposita modulistica messa a disposizione dell'Iscritto.

Per tutte le informazioni necessarie ad accedere correttamente alle prestazioni sanitarie erogate in forma Diretta e Indiretta, nonché per la gestione dei relativi Rimborsi, si rimanda alla Guida Operativa che forma parte integrante della presente Copertura Sanitaria ed è consultabile nell'Area Riservata dell'Iscritto presente sul sito di Cassa Mutua MBA www.cassamba.org oppure rinvenibile contattando direttamente il Back Office di Cassa Mutua MBA.

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

ART. 20 - DOCUMENTAZIONE PER LA PRESENTAZIONE DELLE RICHIESTE

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

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

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

ART. 21 - TEMPI DI RIMBORSO

a) Prestazioni effettuate in Assistenza diretta presso strutture/professionisti convenzionati con il Network CASSA MUTUA MBA/Health Assistance S.C.p.A.

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

b) Prestazioni effettuate in Assistenza indiretta

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

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'Iscritto. Ogni richiesta dovrà essere presentata in modo completo in sé stesso.

4.1. RICOVERO CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO

La CASSA, in caso di ricovero per Grande Intervento Chirurgico, (secondo il solo elenco riportato nel successivo art.4.2.: “**Elenco dei Grandi Interventi Chirurgici**”), reso necessario da malattia o infortunio che risultino garantiti nei termini del presente Regolamento, provvede a rimborsare le seguenti spese inerenti al ricovero:

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/endoprotesi applicati durante l'intervento);
- medicinali ed esami;
- cure ed assistenza medica;
- 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;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi.

C) nei 90 giorni successivi al Ricovero:

- esami di laboratorio, accertamenti 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. vengano effettuate in assistenza diretta presso una struttura sanitaria convenzionata con la Centrale Salute, non si applicherà nessuna **quota di spesa a carico dell'Associato**.

Qualora, invece, le prestazioni di cui alla lettera B) del presente art. 4.1. vengano effettuate in una struttura non convenzionata con la Centrale Salute, la CASSA 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 € 2.000,00 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'Associato.

Analogamente la CASSA 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%.

4.2. 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
- Tromboendoarteriectomia aorto-iliaca

Neurochirurgia

- Anastomosi dei vasi intra-extra cranici
- Asportazione di tumori o aneurismi endocranici
- Asportazione di tumori orbitali per via endocranica
- Interventi sull'aorta toracica e addominale compreso bypass aorto-bisiliaco o bifemorale
- 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

16

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
- Isterectomia totale con annessiectomia e linfadenectomia per tumori maligni

Chirurgia Ortopedica

- Artroprotesi totale di anca
- Artroprotesi totale di ginocchio
- 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

4.3. MASSIMALE ANNUO

Il Massimale annuo erogabile e garantito dalla Copertura Sanitaria per il complesso degli eventi e prestazioni della presente Sezione è pari ad € 100.000,00 per nucleo familiare, fermi restando i limiti specifici per evento indicati agli articoli che precedono.

4.4. INDENNITA' SOSTITUTIVA IN CASO DI GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO

Nel caso in cui l'Associato, a seguito di Ricovero (secondo il solo elenco riportato nell'Art.4.1.2: "Elenco dei Grandi Interventi Chirurgici"), non richieda alcun rimborso a carico della presente Copertura Sanitaria, la CASSA corrisponderà una indennità per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia o dell'infortunio.

L'indennità sarà pari ad € 100,00 giornaliera e verrà erogata per ogni giorno di ricovero comprendente il pernottamento.

4.5. DIARIA GIORNALIERA PER RICOVERO CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO COMPRESO DAY SURGERY E DAY HOSPITAL

In caso di Ricovero con o senza intervento, compreso il Day Surgery ed il Day Hospital, la CASSA corrisponderà una diaria per far fronte alle necessità legate al recupero della salute a seguito della malattia e dell'infortunio.

La diaria sarà pari a € 50,00 e verrà erogata a partire dal 3° giorno di ricovero, per ogni giorno di Ricovero/di Day Hospital/di Day Surgery.

5. SERVIZI AGGIUNTIVI ALLA CENTRALE SALUTE

5.1.: CONVENZIONE CONSERVAZIONE CELLULE STAMINALI

Per tutto il corso di validità della presente Copertura Sanitaria, l'Associato avrà a disposizione a costi agevolati la possibilità di usufruire convezioni presso Partner di Mutua MBA..

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

A) CRIO - CONSERVAZIONE DELLE CELLULE STAMINALI

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

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

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

B) Informazione scientifica

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

C) Consulenza medica

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

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

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

6. ACCESSO ALLE TARIFFE AGEVOLATE - PRESTAZIONI SANITARIE

L'Associato, in seguito alla sottoscrizione della presente Copertura Sanitaria, ha diritto ad usufruire dell'intero Network di Centri Sanitari Convenzionati con la CASSA/Health Assistance per il tramite della Centrale Salute di Health Assistance S.C.p.A.

L'accesso al Network delle Strutture sanitarie Convenzionate permette di beneficiare di una scontistica per le prestazioni erogate dalle strutture medesime con l'applicazione di uno sconto che ammonta dal 10% al 35% del normale prezzo praticato dalla struttura stessa. L'Associato potrà beneficiare delle prestazioni erogate dal Centro sanitario al prezzo agevolato.

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 della presente Copertura Sanitaria consultabile nell'Area Riservata del portale della CASSA