



mutua basis assistance

Regolamento del Sussidio “Dipendenti Aziende Associate alla E.B.T.I e FEDIMPRESE”

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

Sezione 1: Definizioni	3
Sezione 2: Norme generali che regolano il sussidio	4
Sezione 3: Norme relative a tutte le garanzie	7
Sezione 4.1: Garanzie ospedaliere	11
Sezione 4.2: Garanzie extraospedaliere	14
Sezione 4.3: Garanzie Prevenzione	16
Sezione 5: Norme relative ai servizi aggiuntivi della Centrale Salute	16
Sezione 6: Modalità di erogazione delle prestazioni	17

Sezione 1: Definizioni

Associato: il Dipendente dell'Azienda associata alla E.B.T.I. e FEDIMPRESE e che risulti iscritta regolarmente alla Mutua ed il cui interesse è protetto dal Sussidio, residente stabilmente in Italia o nel territorio della Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.

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

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

Centrale Salute: gli uffici 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: Istituto di cura, ambulatorio, poliambulatorio e centro specialistico con cui la Mutua MBA ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.

Ciclo di Cura: insieme delle prestazioni effettuate, con un intervallo di tempo massimo di 15 giorni fra una prestazione e l'altra, che siano in ogni caso riconducibili al medesimo evento ed effettuate complessivamente entro sei mesi dall'evento medesimo.

Day hospital: modalità organizzativa di assistenza ospedaliera nella quale il paziente rimane nella Struttura solo il tempo necessario per gli accertamenti, esami o terapie in esclusivo regime diurno.

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

Evento: l'insorgenza della malattia o l'accadimento dell'infortunio garantite ai sensi del presente Sussidio Sanitario.

Grande Intervento chirurgico: intervento terapeutico o diagnostico realizzato tramite cruentazione dei tessuti, mediante l'uso di strumenti chirurgici nonché diatermocoagulazione, tecnica chirurgica con laser o crioterapia come indicati nell'apposito elenco nel presente Sussidio.

Infortunio: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili e documentate da specifico referto di Pronto Soccorso di Struttura Sanitaria Pubblica (attestante le circostanze dell'evento, le cause e le conseguenze dell'evento).

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) e che abbiano dato luogo ad un ricovero per un periodo non inferiore a 48 ore.

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

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

Istituto di cura: ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, regolarmente autorizzato dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza o di riabilitazione e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche, nonché di custodia ed educative.

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

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

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

Pratica: l'insieme di tutti i documenti relativi all'evento per il quale è erogato il sussidio nei termini del presente Regolamento.

Presa in Carico: documento che la Centrale Salute, a seguito di richiesta dell'Associato e previa valutazione dell'operatività di quanto previsto nel presente Sussidio, invia ai Centri convenzionati per l'accesso alle prestazioni forma diretta, nei limiti di quanto previsto dal regolamento del 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: la degenza comportante pernottamento in istituto di cura, documentata da cartella clinica, finalizzata all'erogazione di trattamenti terapeutici o chirurgici. Il day hospital, le cure ed i trattamenti anche chirurgici, ambulatoriali, le visite ambulatoriali anche se in Istituto di Cura, non sono considerati ricovero.

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

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

Sezione 2: Norme Generali che regolano il Sussidio

Art. 1 - Persone Associate

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

Art. 2 - Nucleo Familiare

Il Sussidio è valido per l'Associato nominativamente indicato nel modulo di adesione e, nei casi in cui ciò sia stato espressamente previsto in fase di adesione

al Sussidio, per i suoi famigliari identificati al momento della sottoscrizione, per le garanzie che prevedano benefici per gli stessi. Indicando i nominativi dei propri famigliari, l'Associato autocertifica il rispetto dei requisiti degli stessi per beneficiare degli eventuali Sussidi/Servizi. E' altresì necessario comunicare tempestivamente alla Mutua eventuali modificazioni del nucleo familiare e/o eventuali sopravvenienze in corso di validità del Sussidio. Per nucleo si intendono i coniugi o il convivente more uxorio, (di età massima di 70 anni al momento dell'adesione al Sussidio, e con uscita obbligatoria al compimento dell'ottantesimo anno di vita, in concomitanza con la scadenza annuale del Sussidio), nonché i figli fino a 26 anni, quest'ultimi anche se non residenti.

Viene altresì considerato nucleo ai sensi del presente regolamento l'unione civile di due persone maggiorenni e capaci, anche dello stesso sesso, unite da reciproci vincoli affettivi, che convivono stabilmente e si prestano assistenza e solidarietà materiale e morale, non legate da vincoli di matrimonio, parentela in linea retta entro il primo grado, affinità in linea retta entro il secondo grado, adozione, affiliazione, tutela, curatela o amministrazione di sostegno. L'esercizio dei diritti e delle facoltà previsti dal presente regolamento presuppongono l'attualità della convivenza. Si considerano altresì figli facenti parte del nucleo familiare quei soggetti che, anche superati i 26 anni di età, siano però affetti da forme di disabilità intellettive, i quali però non abbiano all'atto della sottoscrizione del presente sussidio una disabilità fisica che abbia comportato un'invalidità permanente superiore al 10% e/o definizione sul totale dell'invalidità già esistente e/o uno stato di non autosufficienza già definito o in corso di definizione secondo i criteri del presente Sussidio. In tutti i casi, per tali associati varrà, tra le altre, l'esclusione generica delle patologie psichiche in ogni loro forma che dovessero causare danni per i quali

sarebbe altrimenti erogabile il sussidio. Per la sottoscrizione di tali soggetti, sarà necessario fornire all'atto della domanda di ammissione, tutta la documentazione utile alla disamina del caso da parte della MBA.

Art. 3 Validità del sussidio

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

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

Art. 4 - Dichiarazioni e comunicazioni dell'Associato

Le dichiarazioni 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 Mutua in caso di evento indennizzabile.

Art. 5 - 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. 6 - Pagamento del contributo e decorrenza del sussidio

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

Se l'Associato non paga la prima rata di contributo o le rate successive, la garanzia resta sospesa dalle ore 24:00 dello stesso

giorno e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno di pagamento, ferme le successive scadenze.

Art. 7 - Comunicazioni e modifiche

Le eventuali comunicazioni inerenti il rapporto associativo (o eventuali variazioni, integrazioni al presente Sussidio Sanitario) avverranno nelle modalità indicate e concordate, al momento della adesione al Sussidio (Domanda di Adesione).

Art. 8 - Persone non garantite e risoluzione del contratto

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

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

Art. 9 - 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.

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. 10 - Applicazione delle Quote di spesa a carico dell'Associato

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

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

- a) in caso di ciclo di cura (v. definizione) relativo al medesimo evento, la quota di spesa a carico è da intendersi applicata per l'insieme delle prestazioni relative al ciclo di cura;
- b) in caso di prestazioni legate al medesimo evento (v. definizione), 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;
- c) in entrambi i casi di cui alle lettere a) e b), 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 rientranti nel relativo massimale;
- d) in ogni caso, per l'applicazione di una sola quota di spesa, 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. a) e b). Se le richieste (di rimborso o di autorizzazione in forma diretta), vengano invece presentate singolarmente ed in momenti diversi, verrà applicata in ogni caso una quota di spesa a carico per ogni singola prestazione.

Art. 11 - Risoluzione delle Controversie

A fronte di ogni eventuale controversia che dovesse insorgere tra l'Associato e la

Mutuo Soccorso, 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 - Rinvio alle norme

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

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

Art. 13 - Termini di Aspettativa (Carenze)

Fermo quanto previsto all'Art. 6 delle Norme Generali, disciplinante il giorno di effetto del Sussidio, le garanzie decorrono:

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

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

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

Art. 14 - Esclusioni

Sono esclusi dal presente Sussidio Sanitario (salvo non sia diversamente previsto nelle specifiche garanzie), i seguenti casi e prestazioni:

- tutte le prestazioni conseguenti a infortuni avvenuti anteriormente alla data di adesione al presente Sussidio
- tutte le prestazioni conseguenti a malattie insorte o manifestatesi precedentemente alla data di adesione al presente Sussidio, e da presumersi come "conosciute" dall'Associato.
- le prestazioni non corredate da diagnosi o da prescrizione medica;
- gli infortuni non documentati da referto di Pronto Soccorso di Struttura Sanitaria Pubblica;
- le prestazioni e le cure odontoiatriche e ortodontiche, a meno che non siano conseguenza di infortuni odontoiatrici documentati da referto di Pronto Soccorso di Struttura Sanitaria Pubblica e che abbiano dato luogo ad un ricovero di durata non inferiore a 48 ore;
- le protesi dentarie, anche in caso di infortunio rimborsabile ai sensi del presente Sussidio Sanitario;
- le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo nonché i vaccini;
- la cura delle malattie professionali, così come definite dal D.lgs. N. 38 del 2000 e successive modifiche e/o integrazioni;
- Suicidio e tentato suicidio;
- conseguenze dirette e/o recidive di infortuni, i difetti fisici, le malformazioni, stati patologici e malattie, già manifestate, diagnosticate, curate e comunque note all' Associato all'adesione al presente Sussidio.
- infortuni o malattie derivanti da dolo dell'Associato;

- infortuni o malattie dovute a mancato ricorso internazionale a cure mediche;
- le malattie e i disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici, nonché la psicoterapia e/o altre prestazioni terapeutiche relative a depressione, stati d'ansia o paranoidi, anoressia, bulimia, ecc.;
- le prestazioni sanitarie e le cure aventi finalità estetica, salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva resi necessari da malattia o infortunio indennizzabile, purché effettuate nel 360 giorni successivi all'intervento e comunque durante la validità del sussidio;
- le prestazioni, le terapie e le cure non riconosciute dalla medicina ufficiale, quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, quelle omeopatiche, fitoterapiche, l'agopuntura, nonché quelle effettuate da medici o paramedici non abilitati all'esercizio dell'attività professionale;
- i farmaci non riconosciuti dalla Farmacopea Ufficiale;
- le prestazioni erogate da medici o paramedici abilitati che non siano in possesso di specializzazione medica pertinente con la medesima prestazione erogata;
- le prestazioni e cure di dietologia e le cure termali;
- le prestazioni sanitarie e le cure per infertilità, sterilità, fecondazione assistita e simili, impotenza, salvo espressamente derogato;
- l'aborto volontario non terapeutico;
- day hospital, ricoveri o qualsiasi altra prestazione avente finalità diagnostica o di check-up;
- 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;
- gli infortuni conseguenti a reati o ad azioni dolose compiute o tentate dall'Associato. Sono compresi nella garanzia quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche gravi dell' Associato stesso;
- gli infortuni conseguenti ad assunzione di sostanze psicoattive (stupefacenti, farmaci, sostanze psicotrope), assunte non a scopo terapeutico; infortuni causati dallo stato di ebbrezza o di ubriachezza;
- le malattie correlate all'abuso di alcool o al consumo di stupefacenti e sostanze psicotrope, assunte non a scopo terapeutico;
- gli infortuni conseguenti alla pratica di:
 - o sport a livello professionale (gare, prove e allenamenti) o comunque remunerato in modo diretto e/o indiretto;
 - o sport aerei in genere (tra cui il volo da diporto o sportivo - deltaplani, ultraleggeri, paracadutismo, parapendio)
 - o sport che prevedano l'uso di veicoli o natanti a motore e che non siano di regolarità pura;
 - o immersioni subacquee con autorespiratore (qualora l'Associato non sia in possesso di idoneo brevetto di attività subacquea), equitazione, hockey a rotelle e su ghiaccio, rugby, football americano, alpinismo oltre il 3° grado della scala di Monaco o effettuato in solitaria, speleologia, scalata di roccia o di ghiaccio, arrampicata libera (free climbing) pugilato, atletica pesante, lotta nelle varie forme, arti marziali in genere, guidoslitta, bungee jumping, slittino, bob, skeleton, discesa nei tratti montani dei fiumi e torrenti (torrentismo, hydrospeed, rafting,

canyoning), motonautica, navigazione in mare in solitaria, kite surfing, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, sci d'alpinismo, sci estremo e/o fuoripista.

- gli infortuni subiti in qualità di passeggero durante i viaggi aerei diversi dai regolari voli di linea;
- gli infortuni occorsi durante la guida di veicoli o natanti causati da crisi epilettiche dell'Associato;
- gli infortuni occorsi alla guida di veicoli o natanti se l'Associato non è abilitato a norma delle disposizioni in vigore. Tuttavia è compreso l'infortunio subito dall'Associato che guidi con patente scaduta e non ancora rinnovata, purché in possesso, al momento dell'evento, dei requisiti per il rinnovo;
- gli infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizi resi in corpi militari;
- gli infortuni subiti sul lavoro in miniera, in cava (anche a cielo aperto), in lavori subacquei o in mare aperto, alla guida di mezzi di locomozione aerei;
- le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e delle accelerazioni di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.), nonché da campi elettromagnetici;
- le conseguenze di guerre dichiarate e non, insurrezioni;
- le conseguenze di inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche, movimenti tellurici, salvo che l'Associato sia rimasto vittima di tali eventi all'estero;
- Le spese sostenute per ricovero presso strutture non autorizzate.

- Ricoveri causati dalla necessità dell'associato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché ricoveri di lunga degenza. In tal senso si intendono ricoveri di lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Associato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituti di cura per interventi di carattere assistenziale e fisioterapico di mantenimento.

Art. 15 - Rinuncia all'azione di surroga

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

Art. 16 – Sottoscrizione di più Sussidi

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

Art. 17- Limiti territoriali

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

Art. 18- Durata del sussidio e tacito rinnovo

Il presente Sussidio ha durata di un anno decorrente dal giorno di cui all'art. 6. In mancanza di comunicazione di non rinnovo, ricevuta mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza, il Sussidio Sanitario s'intenderà rinnovato, di anno in anno, a fronte del relativo pagamento del contributo associativo e delle quote associative previste.

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

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

Se non diversamente comunicato dalla MBA, e fermo restando il pagamento dell'eventuale 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 così inclusi, i termini di aspettativa di cui all'art. 13 (Carenze), decorrono dal giorno di inclusione dei nuovi Assistiti.

SEZIONE 4.1.: GARANZIE OSPEDALIERE

4.1.1. Grandi Interventi Chirurgici

Per il ricovero dell'Associato in una Struttura Sanitaria per un "Grande Intervento Chirurgico" (secondo il solo elenco riportato nel successivo punto 4.1.2.: "Elenco dei Grandi Interventi Chirurgici") reso necessario a seguito di malattia o infortunio, la MBA rimborserà, nel **limite del massimale annuo di cui all'art. 4.1.4.** per nucleo familiare, le spese sostenute dall'Associato per:

A) nei 60 giorni precedenti il ricovero e nei limiti del sub massimale annuo pari ad € 1.500,00.

- visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici, compresi onorari medici;
- trasporto dell'Associato con ambulanza o altro mezzo attrezzato al trasporto sanitario, fino al luogo di degenza.

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;
- diritti di sala operatoria e materiale di intervento (ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento);
- assistenza medica ed infermieristica, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami;
- rette di degenza, fino ad un sub-massimale di € 100,00 al giorno;
- trasporto in ambulanza o altro mezzo attrezzato al trasporto sanitario dell'Associato ad altro luogo di cura (fino ad un sub-massimale di € 2.000,00 per anno);
- vitto e pernottamento in Istituto di cura dell'accompagnatore (fino ad un sub-massimale di € 1.500,00 per ogni ricovero).

C) nei 60 giorni successivi alla dimissione dal ricovero

- esami di laboratorio ed accertamenti diagnostici, compresi gli onorari dei medici (fino ad un sub-massimale di € 500,00);
- prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi (fino ad un sub-massimale annuo di € 2.000,00) e acquisto di medicinali (fino ad sub-massimale annuo di € 500,00 e previa prescrizione medica);
- trasporto dell'Associato con ambulanza o altro mezzo attrezzato al trasporto sanitario, per il rientro al proprio domicilio (fino ad un sub-massimale annuo di € 2.000,00);
- assistenza infermieristica a domicilio (post intervento) nei limiti del massimale giornaliero di € 50,00 e fermo restando il sub massimale annuo complessivo di € 4.500,00;
- assistenza domiciliare non sanitaria da parte di persone che svolgono tale attività in forma professionale e comunque con emissione da parte loro di regolare fattura (fino ad € 25,00 al giorno);
- cure termali prescritte (fino ad un sub-massimale di € 2.000,00, escluse le spese alberghiere);

Nel caso in cui le prestazioni per ricoveri, di cui sopra, vengano effettuate in una Struttura Sanitaria convenzionata con la Centrale Salute, le spese saranno rimborsate dalla MBA senza applicazione di alcuna quota di spesa a carico dell'Associato (fermo restando il massimale annuo di cui al punto 4.1.4.).

Nel caso in cui, invece, le prestazioni suddette vengano effettuate in una struttura non convenzionata con la Centrale Salute, la MBA provvederà al rimborso delle spese sostenute dall'Associato con applicazione di una **quota di spesa a carico dello stesso del 25% con un minimo non rimborsabile di € 2.500,00 per ogni evento e per un massimo di € 5.000,00, nei limiti del massimale annuo di cui all'art. 4.1.4.**

Qualora le prestazioni per ricoveri fossero rese in Centri Convenzionati, ma da medici non convenzionati, si applicheranno le medesime modalità di indennizzo sopra descritte per i Centri non convenzionati.

4.1.2. Elenco 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 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 similari

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
- Vulvectomia 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

4.1.3. Indennità Sostitutiva a seguito di un GIC

L'Associato nel caso in cui sia stato ricoverato in strutture del Servizio Sanitario Nazionale in conseguenza di un intervento chirurgico (vedi elenco ex art. 4.1.2.) a seguito di malattia e/o infortunio, rimborsabili secondo il presente Regolamento, può chiedere, in sostituzione integrale del rimborso delle spese previste alla Sezione 4.1. (Garanzie Ospedaliere) il pagamento di una **somma giornaliera massima di € 80,00 per ogni giorno di ricovero e per la durata massima di 90 giorni per annualità**. Il rimborso dovuto nei termini di quanto

sopra, spetta a partire dal giorno stesso del ricovero fino al giorno antecedente a quello della dimissione.

Qualora l'Associato richieda la presente Indennità Sostitutiva si intenderà escluso il rimborso di qualsiasi altra spesa, anche precedente o successiva al ricovero (e di cui alle lettere A) e B) dell'art. 4.1.1.) eventualmente sostenuta e riferibile al medesimo ricovero.

4.1.4 Massimale annuo di rimborsi erogabili

Il garantito massimale annuo erogabile di sussidi per il complesso degli eventi indicati nella presente Sezione è pari alla somma complessivo di € 90.000,00 per anno e per nucleo familiare.

SEZIONE 4.2.: GARANZIE EXTRAOSPEDALIERE

4.2.1. SPESE EXTRAOSPEDALIERE DI 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 (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

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

Le spese sostenute per prestazioni effettuate in Struttura Sanitaria Convenzionata con la Centrale Salute, saranno rimborsate con applicazione di una quota di spesa a carico pari ad € 60,00 per prestazione, fermo restando il massimale annuo di cui al punto 4.2.4.

Qualora le prestazioni di cui sopra siano effettuate in 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 suo carico del 20% e con un minimo non rimborsabile di € 70,00 per prestazione nei limiti del massimale annuo di cui al punto 4.2.4.

4.2.2. VISITE SPECIALISTICHE

MBA, nei limiti del sub massimale annuo di € 400,00 (fermo restando il massimale annuo di cui all'art. 4.2.4.) in caso di malattia o di infortunio rimborsabile ai sensi del presente Sussidio, anche in assenza di ricovero o intervento chirurgico, su prescrizione medica indicante la motivazione clinica, provvede al rimborso delle spese per visite mediche specialistiche.

Le spese sostenute per prestazioni effettuate in Struttura Sanitaria Convenzionata con la Centrale Salute, saranno rimborsate con applicazione di una quota di spesa a carico pari ad € 50,00 per prestazione.

Qualora le prestazioni di cui sopra siano effettuate in 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 suo carico del 20% e con un minimo non rimborsabile di € 50,00 per prestazione.

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

4.2.3. Ticket Sanitari

Qualora l'Associato effettui visite specialistiche (ex art. 4.2.2.) e le prestazioni di alta diagnostica di cui al precedente art. 4.2.1., ricorrendo al S.S.N., la Mutua MBA provvede al rimborso del 100% delle spese per i **ticket** nei limiti del sub-massimale annuo di € 400,00 da intendersi ricompreso nel massimale annuo di cui all'art. 4.2.4. Per ticket con importi superiori a quelli indicati la Mutua MBA, per l'eccedenza, non provvederà al rimborso degli stessi.

4.2.4. Massimale annuo di rimborsi erogabili

Il limite annuo garantito per le prestazioni previste agli artt. che vanno dal 4.2.1. al 4.2.3. è **pari ad € 4.000,00 per nucleo familiare.**

4.2.5. Trattamenti fisioterapici a seguito di GIC

La Mutua MBA rimborserà le spese sostenute dall'Associato per i trattamenti fisioterapici a seguito di uno dei Grandi interventi chirurgici di cui all'art. 4.1.2. nei **limiti del massimale annuo pari ad € 500,00.**

4.2.6. Pacchetto maternità

MBA riconoscerà all'Associato che sia in uno stato di gravidanza coperto a termini del presente sussidio il rimborso di tutte le spese sanitarie che ha sostenuto nel periodo di gravidanza per visite di controllo dello specialista ginecologo, ecografie, monitoraggio dello sviluppo del feto, analisi di laboratorio, translucenza nucale e qualsiasi altro tipo di accertamento relativo allo stato di gravidanza e di salute della mamma, solo se effettuate presso strutture sanitarie convenzionate e solo se effettuate nella forma diretta.

Per l'insieme delle suddette spese, MBA riconoscerà il rimborso delle spese fino al raggiungimento di un massimo di € 800,00 per anno di validità del sussidio.

SEZIONE 4.3: PREVENZIONE

4.3.1. Prevenzione Odontoiatrica

La Mutua rimborserà le spese relative ad una visita odontoiatrica ed una seduta di detartrasi (ablazione del tartaro) all'anno, nei limiti del massimale annuo di € 40,00, e solo se effettuate presso una Struttura convenzionata con la Centrale Salute.

E' escluso pertanto il rimborso delle spese se effettuate in Struttura sanitarie non convenzionate.

SEZIONE 5: SERVIZI AGGIUNTIVI DELLA CENTRALE SALUTE

5.1. CONVENZIONE CONSERVAZIONE CELLULE STAMINALI

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

Grazie alla convenzione siglata sarà possibile per l'Associato richiedere direttamente alla StemWay Biotech, anche per il tramite della Centrale Salute, il servizio di conservazione delle cellule staminali in forma privata all'estero, secondo i criteri normativi attualmente in vigore e pagare i pacchetti sottoelencati a costi agevolati.

5.1.1. Crio - conservazione delle cellule staminali del cordone ombelicale.

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

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

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

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

5.1.2 Informazione scientifica.

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

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

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

5.1.3. Consulenza medica.

StemWay BIOTECH non vuole limitarsi, quindi, alla sola conservazione delle cellule staminali, ma vuole essere il centro di competenze scientifiche e mediche unico ed ideale per ogni ulteriore esigenza che possa maturare a conservazione avvenuta.

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

Inoltre StemWay BIOTECH si prenderà cura del trasporto dei campioni presso la Struttura Sanitaria indicata dai Genitori, supportando gli stessi, attraverso il proprio personale tecnico, nel coordinamento di tutte le complesse attività terapeutiche.

SEZIONE 6: MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

6.1 CENTRALE SALUTE: INFORMAZIONI GENERALI SULL'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI

Nella presente Sezione vengono riportate le principali informazioni per accedere correttamente alle prestazioni sanitarie erogate in forma Diretta e Indiretta. L'accesso alle prestazioni e la gestione dei relativi rimborsi, così come il Servizio di Assistenza Telefonica, sono erogate dalla **Centrale Salute di WINSALUTE S.r.l.**, la quale opera in qualità di Service Provider della Mutua MBA. Si riportano innanzitutto alcune Informazioni preliminari per l'erogazione dei servizi previsti dal presente Sussidio:

Quando e come contattare la Centrale Salute: la Centrale Salute è l'Ufficio dedicato alla gestione delle richieste di rimborso spese ed alle richieste di autorizzazione alla forma diretta, ed è gestito da Operatori con pluriennale esperienza nel settore; la Centrale ha inoltre il compito di fornire tutte le informazioni utili e di supporto agli Assistiti per l'accesso alle prestazioni.



La Centrale Salute potrà essere contattata:

- Chiamando al **Numero Verde 800.511.311** attivo dal **Lunedì al Venerdì dalle ore 8:30 alle ore 17:30**;
- Inviando una comunicazione e-mail all'indirizzo info@winsalute.it;
- Inviando un Fax al Numero **06.92912534**

Cos'è la "Forma Diretta": è l'accesso alle prestazioni sanitarie presso Strutture facenti parte del Network della Centrale Salute, previo rilascio di autorizzazione da parte della Centrale Salute; in tal caso, l'Assistito non dovrà anticipare alcun importo (fatta eccezione per le quote di spesa a carico dell'Assistito previste dal Sussidio per specifiche garanzie);

Cos'è la "Forma Indiretta": è l'accesso alle prestazioni sanitarie presso Strutture Convenzionate o Non Convenzionate, ed effettuata dall'Assistito senza preventiva autorizzazione da parte della Centrale Salute; in questo caso, l'Assistito dovrà provvedere al pagamento delle

prestazioni alla Struttura Sanitaria e successivamente richiedere il rimborso alla Centrale Salute.

Cos'è la "Forma Mista": si parla di forma mista quando la prestazione sanitaria viene effettuata da una Struttura Sanitaria Convenzionata, ma da un medico (o da una équipe medica) non convenzionato. In questo caso, la prestazione in convenzione può essere erogata nella forma diretta (quindi senza anticipo del costo da parte dell'Assistito), mentre la prestazione erogata dai medici non convenzionati dovrà seguire la procedura in forma indiretta (quindi l'Assistito dovrà anticiparne i costi e richiederne successivamente il rimborso). *Ad esempio, nel caso di un ricovero in una Struttura Convenzionata, per l'effettuazione di un intervento chirurgico effettuato da un Chirurgo non convenzionato, l'Assistito potrà richiedere l'Autorizzazione alla forma diretta per i soli costi/prestazioni relative alla Struttura (es. retta di degenza), mentre richiedere il rimborso per le prestazioni del chirurgo dopo l'effettuazione della prestazione.*

Dove inviare le proprie pratiche: la modalità consigliata per inviare le proprie pratiche è senz'altro **l'accesso al sistema Health Claim On Line**, in quanto consente di accedere ad un "canale preferenziale" di accelerare la definizione delle relative pratiche.

In alternativa all'Health Claim On Line, le richieste di rimborso o di presa in carico in forma diretta potranno essere comunque presentate nelle modalità ordinarie (e-mail, fax o posta), alla Centrale Salute:

- A mezzo e-mail all'indirizzo **info@winsalute.it**
- Oppure a mezzo fax al numero 06.92912534
- O mediante posta ordinaria a: **Centrale Salute Winsalute S.r.l., Sede Operativa di Via di Santa Cornelia n. 9 – CAP 00060 FORMELLO (RM)**

Cos'è Health Claim On Line: le richieste di rimborso o di presa in carico in forma diretta possono essere presentate mediante accesso alla nuova funzionalità on line messa a disposizione dalla Centrale Salute. Gli Assistiti potranno infatti accedere ad una ulteriore Area Riservata dedicata, disponibile sulla Home Page del Sito Istituzionale di MBA, www.mbamutua.org, nella **Sezione "Pratiche on line"**.



Il Sistema Informativo Web, denominato **Health Claim On line**, consente agli Associati di:

- effettuare le richieste di rimborso on line (forma indiretta) caricando direttamente (upload) la documentazione medica e di spesa necessaria

(opzione consigliata poiché consente tempi più rapidi nella gestione dei rimborsi e dei rispettivi pagamenti);

- inoltrare la documentazione medica e di spesa richiesta ad “integrazione” e necessaria ai fini della definizione di richieste di Rimborso già inoltrate in modo incompleto (caso di pratiche in stato “sospeso”);
- effettuare le Richieste di Presa in Carico (PIC) delle prestazioni sanitarie da erogarsi presso le Strutture Sanitarie del Network WINSALUTE (forma diretta); verificare costantemente lo stato di lavorazione delle richieste inoltrate sia in forma indiretta che in forma diretta (richieste di presa in carico PIC);
- visualizzare tutta la documentazione inoltrata e visualizzare le note di motivazione degli eventuali rimborsi sospesi/respinti e scaricarne le relative comunicazioni;
- verificare in modo puntuale le spese rimborsate, le spese non rimborsabili (con nota esplicativa), le spese rimaste a carico (secondo il Sussidio prescelto) con indicazione delle fatture alle quali i rimborsi fanno riferimento;
- generare/scaricare/stampare il “Prospetto Liquidativo” di riepilogo (selezionando per anno di competenza e per tutto il nucleo familiare o per il singolo Assistito) contenente il dettaglio analitico di tutte le fatture di spesa presentate (con indicazione di nr. e date fatture, importi richiesti, importo rimborsati, importi rimasti a carico in base al Sussidio, importi non rimborsabili, importi già accreditati ecc.) utile anche ai fini della dichiarazione dei redditi.

L'accesso all'Area Riservata ed alle relative funzionalità è subordinato ad una **prima registrazione da parte dell'Associato** ed alla ricezione di User Id e Password personale (le quali verranno automaticamente inviate a mezzo e-mail all'indirizzo indicato dall'Associato medesimo).

Attenzione: l'accesso all'Health Claim On line è riservato agli Associati in regola con il pagamento dei contributi e quote associative (ove previste); inoltre, per potervi accedere, è necessario aver comunicato correttamente a Mutua Basis Assistance i propri dati anagrafici (completi di Codice Fiscale, Data e Luogo di Nascita, ed indirizzo e-mail). Qualora la comunicazione dei propri dati anagrafici sia effettuata a cura dell'Azienda o Ente di appartenenza dell'Assistito, sarà necessario verificare che quest'ultima abbia correttamente comunicato quanto necessario a Mutua Basis Assistance. L'Accesso dell'Assistito è infatti garantito dal riconoscimento del proprio Codice Fiscale.

Per conoscere tutte le funzionalità dell'Health Claim On Line, nonché le modalità di accesso e registrazione, è a disposizione dell'Assistito il **Manuale Operativo Health Claim On Line**, disponibile all'interno della propria Area Riservata.

6.2 COME ACCEDERE ALLE PRESTAZIONI EROGATE IN FORMA DIRETTA

La forma diretta, come anticipato, consente all'Assistito di non anticipare i costi delle prestazioni, scegliendo una struttura sanitaria convenzionata e chiedendo alla Centrale Salute l'autorizzazione preventiva. Per attivare la modalità di accesso alle prestazioni in Forma Diretta, l'Assistito dovrà seguire poche semplici attività che riportiamo a seguire.

a) Scegliere la Struttura Sanitaria: innanzitutto è importante **verificare che la Struttura Sanitaria prescelta, nonché l'equipe medico chirurgica (e/o gli altri specialisti coinvolti) siano Convenzionati** con la Centrale Salute. L'accesso alla forma diretta, infatti, è possibile solo per il tramite di Strutture Sanitarie Convenzionate.

L'Assistito potrà effettuare tale verifica consultando **l'Elenco delle Strutture Convenzionate**, disponibile nella propria Area Riservata, sul Sito Internet www.mbamutua.org (nella Sezione "Le Strutture Sanitarie Convenzionate").

Qualora non si disponga dell'accesso all'area riservata, è possibile consultare l'elenco delle Strutture Sanitarie anche mediante accesso diretto al sito internet del Provider, www.winsalute.it, nella Sezione "Centri Convenzionati".



Attenzione: nel caso di interventi chirurgici e/o ricoveri, è sempre opportuno contattare la Centrale Salute per verificare che anche l'Equipe medico-chirurgica abbia aderito al convenzionamento. Qualora l'equipe medica non sia convenzionata, sarà opportuno verificare cosa prevede il proprio Piano Sanitario nei casi di "forma mista".



Per qualsiasi dubbio sarà sempre possibile Contattare la Centrale Salute e chiedere informazioni più specifiche.

All'interno della Sezione dedicata ai Centri Convenzionati, sarà possibile effettuare la ricerca della Struttura, cliccando sulla Regione di interesse e scegliendo la tipologia di struttura da ricercare (es. Casa

di Cura, Centro Fisioterapico, Studio Dentistico, etc.).

A questo punto sarà possibile visualizzare l'elenco delle Strutture in linea con i parametri di ricerca inseriti.

CENTRI CONVENZIONATI

REGIONE: LAZIO

Nome struttura: ADDOMINALE ALL. EUR
Indirizzo: VIALE AFRICA, 32 - ROMA - RM
Telefono: 0654991

Nome struttura: ARS BIOMEDICA (CASA DI CURA VILLA FLAMINIA)
Indirizzo: VIA LUIGI BODIO, 58 - ROMA - RM
Telefono: 063614941

Nome struttura: ARS MEDICA
Indirizzo: VIA CESARE FERRERO DI CAMBIANO, 29 - ROMA - RM
Telefono: 06362081

Nome struttura: ARS MEDICA Casa di Cura
Indirizzo: Via Cesare Ferrero di Cambiano - Roma - RM
Telefono: 06.362081

Nome struttura: ASSUNZIONE DI MARIA SS.
Indirizzo: VIA NOMETANA 311 - ROMA - RM
Telefono: 068537231

Nome struttura: Casa di Cura Marco Polo srl
Indirizzo: Viale Marco Polo, 41 - Roma - RM
Telefono: 06.5742601

Nome struttura: CASA DI CURA NEPI
Indirizzo: VIA CASSIA KM 37,00 - NEPI - VT
Telefono: 0761526123

Nome struttura: CASA DI CURA NUOVA SANTA TERESA
Indirizzo: STRADA PROV.LE TUSCANESE KM 1.700 - VITERBO - VT
Telefono: 07612391

Nome struttura: Casa di Cura Paldeia
Indirizzo: Via Vincenzo Tiberio 46 - Roma - RM
Telefono: 06/330941

Nome struttura: CASA DI CURA PRIVATA S. ANNA
Indirizzo: VIA HEROLD SNC - CASSINO - FR
Telefono: 0776311123



b) Prenotare la Struttura Sanitaria: dopo aver verificato la presenza della Struttura Sanitaria nel Network, l'Assistito dovrà **provvedere direttamente a prenotare la propria prestazione**, presso la Struttura Sanitaria medesima;

c) Chiedere l'Autorizzazione alla Centrale Salute: a questo punto l'Assistito dovrà richiedere l'Autorizzazione alla Presa in Carico (PIC) in forma diretta. Come già anticipato, l'Assistito può presentare le proprie richieste utilizzando diversi canali di comunicazione:

- Caricare la richiesta direttamente sul Portale Health Claim On Line
- Oppure inviare la richiesta mediante e-mail o fax o mediante posta ordinaria, con apposito modulo

Ricordiamo tuttavia che è **sempre consigliato presentare le proprie richieste caricandole direttamente sull'Health Claim On Line** - nella Sezione "Pratiche On Line" - in quanto consente di ricevere riscontro in minor tempo.

Per chiedere l'Autorizzazione alla presa in carico in forma diretta sull'Health Claim On Line, sarà sufficiente:

- Entrare nella propria Area Riservata di Health Claim On line, nella Sezione "Presa in Carico"
- Compilare il Form dedicato alla Presa in Carico
- Allegare la fotocopia della documentazione medica relativa alla richiesta, cliccando su "Aggiungi Documenti"

In alternativa al caricamento sull'Health Claim On Line, l'Assistito potrà invece **inviare alla Centrale Salute** via fax o e-mail, **almeno 3 giorni lavorativi prima** della data prevista per la prestazione, la seguente documentazione:

- il **Modulo per il Pagamento Diretto**, debitamente compilato in ogni sua parte, avendo cura di sottoscriverlo e di rilasciare l'autorizzazione al trattamento dei dati. Inoltre è necessario avere sempre cura di indicare correttamente il proprio indirizzo e-mail ed un recapito telefonico, per consentire di essere contattati agevolmente dalla Centrale Salute per ogni necessaria comunicazione;
- **La documentazione medica, in fotocopia**, indicante prescrizione medica / diagnosi / quesito diagnostico, con indicazione specifica della prestazione sanitaria che si richiede di effettuare.

Attenzione: solo in casi di **comprovata urgenza che comportino il ricovero**, che rendano impossibile all'Assistito presentare la propria richiesta entro 3 giorni lavorativi prima della prestazione, l'Assistito potrà comunque richiedere l'autorizzazione in forma diretta, inviando la documentazione di cui sopra (direttamente o tramite la Struttura Sanitaria), entro 5 giorni dalla data del ricovero, e comunque entro e non oltre la data di dimissione dalla Struttura Sanitaria stessa. La documentazione dovrà contenere anche il certificato del medico o struttura con le motivazioni del ricovero d'urgenza.

Il Modulo per il Pagamento Diretto è scaricabile nell'Area Riservata del Sito www.mbamutua.org o sul Sito della Centrale Salute, www.winsalute.it

d) la Fase Autorizzativa della Centrale Salute

Una volta inviata tutta la documentazione necessaria alla Centrale Salute, quest'ultima, effettuati i necessari controlli di natura amministrativa, procede alla valutazione della richiesta ricevuta (ad es., verifica la corretta attivazione della copertura, analizza che la prestazione richiesta sia in garanzia e congruente rispetto alla diagnosi indicata controlla la completezza della documentazione presentata e la capienza di massimale ecc.).

Effettuate le necessarie verifiche, la Centrale Salute procederà a:

- **Autorizzare la Richiesta di Presa in carico in forma diretta.** In questo caso, la Centrale Salute comunicherà all'Assistito (mediante invio di una comunicazione e-mail o di un SMS) che la prestazione è stata autorizzata, indicando, ove previsto, anche le specifiche relative a tale autorizzazione (ad es. importo massimo autorizzato, prestazione autorizzata, etc.) in quanto, come già indicato nella Sezione 6.1 "Centrale Salute: Informazioni generali sull'accesso alle prestazioni" alcune quote di spesa potrebbero rimanere a carico dell'Assistito. Contestualmente, la Centrale Salute autorizzerà anche la Struttura Sanitaria prescelta ad erogare la prestazione con il servizio di pagamento diretto, indicando gli importi rimasti a carico dell'Assistito in ottemperanza a quanto previsto dal Sussidio prescelto.
- **Non Autorizzare la Richiesta di presa in carico. La richiesta di presa in carico** in forma diretta potrebbe non essere autorizzabile, qualora ad es., la prestazione non sia prevista dal

proprio Piano Sanitario, sia stato esaurito il massimale, sia incongruente con la diagnosi indicata, non sia stata fornita documentazione medica sufficiente a valutare se il caso sia in copertura o meno. In questo caso, la Centrale Salute, invierà la relativa comunicazione all'Assistito, inviando una e-mail e/o SMS, indicando le motivazioni del diniego.

e) La fase di erogazione della prestazione

La Struttura Sanitaria, così previamente autorizzata dalla Centrale Salute, erogherà la prestazione sulla base di quanto indicato sul Modulo di autorizzazione; **quindi chiederà all'Assistito di procedere al pagamento esclusivamente degli importi rimasti a suo carico** secondo quanto previsto dal Sussidio prescelto (ed indicato sul Modulo di Autorizzazione). L'Assistito dovrà inoltre avere cura di sottoscrivere il Fax di Autorizzazione che la Centrale Salute ha previamente inviato alla Struttura Sanitaria e che gli sarà sottoposto dalla Struttura Sanitaria medesima. Sarà quindi cura della Struttura Sanitaria inviare alla Centrale Salute la documentazione medica e di spesa relativa alla prestazione fruita, al fine di ricevere il pagamento delle prestazioni e delle fatture.

6.3 COME RICHIEDERE IL RIMBORSO PER LE PRESTAZIONI EROGATE IN FORMA INDIRETTA

La cd "Forma Indiretta", come anticipato, è prevista nei casi in cui l'Assistito abbia già usufruito delle prestazioni sanitarie / mediche, pagandone i relativi costi alla Struttura Sanitaria, e ne richieda il rimborso alla Centrale Salute. **La forma indiretta è prevista quindi in due casi:**

- In tutti i casi in cui l'Assistito abbia scelto di **NON** avvalersi di una delle Strutture Sanitarie Convenzionate;
- Nei casi in cui l'Associato, pur essendosi avvalso di una Struttura Sanitaria Convenzionata, non abbia comunque scelto di accedere alla forma diretta, ma abbia scelto di anticipare il costo delle prestazioni.

Per richiedere il rimborso delle prestazioni in Forma Indiretta, l'Assistito dovrà seguire poche semplici attività che riportiamo a seguire.

a) Presentare la richiesta di rimborso

La richiesta di rimborso in Forma Indiretta dovrà essere presentata **alla Centrale Salute entro 90 giorni dalla erogazione della prestazione**. Come per le prese in carico in forma diretta, anche per le richieste di rimborso l'Assistito può utilizzare diversi canali di comunicazione messi a Sua disposizione.

Per chiedere il rimborso sull'Health Claim On Line, sarà sufficiente:

- Entrare nella propria Area Riservata di Health Claim On line, disponibile nella Sezione Pratiche On Line, nella Sezione "Nuova Richiesta"
- Compilare il Form dedicato all'inserimento della richiesta di rimborso

- Allegare la fotocopia della documentazione medica e di spesa (fatture), cliccando su “Aggiungi Documenti”

Per le specifiche relative alle funzionalità di Health Claim On Line, si rinvia al Manuale Operativo (v. disponibile nell’Area Riservata di MBA).

In alternativa al caricamento sull’Health Claim On Line, l’Assistito potrà invece **inviare alla Centrale Salute** (nella modalità su indicate, e-mail, fax o posta) la seguente documentazione:

- **il Modulo di Richiesta di Rimborso Spese Mediche**, debitamente compilato in ogni sua parte, ed avendo cura di sottoscriverlo e di rilasciare l’autorizzazione al trattamento dei dati. Inoltre è necessario avere sempre cura di indicare correttamente il proprio indirizzo e-mail, un recapito telefonico ed il proprio IBAN, per consentire di essere contattati agevolmente dalla Centrale Salute per ogni necessaria comunicazione e di ricevere correttamente il rimborso delle spese dovuto;
- **La documentazione medica**, indicante prescrizione medica / diagnosi / quesito diagnostico / copia conforme della cartella clinica, con indicazione specifica delle prestazioni sanitarie effettuate si consiglia di consultare sempre il Sussidio Sanitario onde verificare quali altri documenti siano necessari;
- **La documentazione di spesa** sostenuta, ossia le fatture/ricevute debitamente quietanzate;
- **Il Modulo di Accesso al Network** - debitamente sottoscritto dalla Struttura Sanitaria - **solo nel caso in cui le prestazioni siano state erogate da una Struttura Sanitaria Convenzionata**;
- Qualsiasi altro documento attinente le prestazioni effettuate;

Qualora necessario, la Centrale Salute potrà richiedere l’integrazione della documentazione atta a verificare correttamente la rimborsabilità/erogazione del rimborso / contributo economico. **Tutta la documentazione suddetta potrà essere inviata in copia** e la Centrale Salute potrà, qualora ritenuto opportuno, richiedere l’invio della documentazione in originale.

ATTENZIONE: qualora le prestazioni in forma indiretta siano state comunque effettuate presso Strutture Sanitarie Convenzionate, ed al fine di ottenere l’applicazione delle tariffe agevolate, l’Assistito è tenuto in ogni caso a qualificarsi, presso la Struttura Sanitaria ove verranno erogate le prestazioni, in qualità di Associato MBA. A tal fine, al momento della erogazione delle prestazioni, l’Associato dovrà presentare alla Struttura Sanitaria convenzionata o al professionista, **il Modulo di Accesso al Network**.

Tale Modulo dovrà essere appositamente compilato in ogni sua parte e sottoscritto dalla Struttura Sanitaria / Professionista al momento della erogazione della prestazione e quindi essere inviato alla Centrale Salute, unitamente al Modulo di Richiesta di Rimborso ed alla necessaria documentazione medica e di spesa, come su indicato.

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.

Le fatture e le ricevute erroneamente inviate in originale, non verranno restituite all'Associato successivamente alla definizione della pratica, salvo che l'Associato dimostri di aver ricevuto una espressa richiesta scritta dall'Autorità finanziaria competente e previa apposizione del timbro di pagamento indicante l'importo rimborsato e la relativa data.

Il Modulo per il Rimborso delle Spese Mediche ed il Modulo di Accesso al Network sono scaricabili nell'Area Riservata del Sito www.mbamutua.org o sul Sito della Centrale Salute, www.winsalute.it.

Attenzione: trascorsi 90 giorni dalla data di ricovero per malattia o infortunio, o dal verificarsi del fatto che dà diritto alla prestazione, l'associato decade dal diritto al rimborso.

b) la Fase di Valutazione e di Definizione della Centrale Salute

Una volta inviata tutta la documentazione necessaria alla Centrale Salute, quest'ultima, effettuati i necessari controlli di natura amministrativa, procede alla valutazione della richiesta ricevuta (ad es., verifica la corretta attivazione della copertura, analizza che il rimborso sia previsto dal Piano Sanitario, controlla la completezza della documentazione presentata e la capienza di massimale ecc.).

Effettuate le necessarie verifiche, la Centrale Salute potrà:

- **Definire la Richiesta di Rimborso con la messa in pagamento.** In questo caso, la Centrale Salute comunicherà all'Assistito (mediante invio di una comunicazione e-mail o di un SMS) che il rimborso richiesto è stato positivamente definito, riportando nella comunicazione le specifiche del rimborso che verrà effettuato (importo che verrà rimborsato, eventuali quote di spesa rimaste comunque in carico all'associato, fatture di riferimento, etc.). Ricordiamo che può accadere che la richiesta di rimborso venga definita solo "parzialmente". Ciò può avvenire ad esempio nei casi in cui non tutte le prestazioni sono previste dal Piano Sanitario dell'Assistito, oppure per incapienza del proprio massimale residuo, etc. All'interno della comunicazione inviata dalla Centrale Salute saranno comunque riportate le specifiche relative alla propria pratica.
- **Sospendere la Richiesta di rimborso, per mancanza di documentazione.** In questo caso, ossia se la documentazione inviata dall'Assistito non è sufficiente ad effettuare una valutazione completa, la Centrale Salute, sospenderà la Richiesta ed invierà all'Assistito una comunicazione (a mezzo e-mail e/o SMS), chiedendo di procedere alla integrazione della documentazione mancante. L'Assistito avrà 60 giorni per procedere alla integrazione della documentazione, anche on line; decorsi i 60 giorni, la richiesta di autorizzazione verrà in ogni caso archiviata come respinta.

- **Respingere la richiesta di rimborso.** La richiesta di rimborso potrebbe non essere rimborsabile, qualora ad es., la prestazione non sia prevista dal proprio Piano Sanitario, o sia stato esaurito il massimale, etc. In questo caso, la Centrale Salute, invierà la relativa comunicazione all'Assistito, inviando una e-mail e/o SMS, indicando le motivazioni del diniego.

NB: si consiglia che l'Assistito verifichi lo status della propria pratica all'interno dell'area riservata del portale Health Claim On Line. Ogni informazione ivi contenuta è infatti presente in tempo reale e consente di agevolare la definizione della posizione.

c) Il pagamento della pratica

Nel caso in cui la propria richiesta di rimborso sia stata positivamente definita, la Centrale Salute procederà con la messa in pagamento della stessa in favore dell'Assistito. Il rimborso avverrà mediante bonifico bancario, alle coordinate bancarie indicate dall'Assistito titolare della copertura nell'Health Claim On Line ("Pratiche on line") o – qualora la richiesta sia stata inviata mediante e-mail o posta – nel Modulo di Richiesta di Rimborso Spese Mediche. In pochi giorni dalla definizione della pratica, l'Assistito riceverà quindi il rimborso di quanto a lui dovuto.

6.4. ULTERIORI INFORMAZIONI UTILI PER ACCEDERE ALLE PRESTAZIONI

- **Presentazione della documentazione in copia:** tutta la documentazione medica e di spesa relativa alle richieste di autorizzazione in forma diretta ed alle richieste di rimborso spese, deve essere presentata in fotocopia e non in originale. In caso di presentazione della documentazione in originale, la stessa verrà restituita all'Assistito solo su espressa richiesta.
- **Documenti da caricare nell'Health Claim On Line:** qualora l'Assistito presenti una richiesta di rimborso o una richiesta di presa in carico sull'Health Claim On Line, non dovrà allegare il Modulo di Richiesta di Rimborso o il Modulo di Autorizzazione alla Presa in Carico, ma solo la documentazione medica e di spesa (nel caso di rimborso per prestazioni erogate da una struttura convenzionata, ricordarsi di allegare anche il Modulo di Accesso al Network in Forma Indiretta firmato dalla Struttura). La compilazione del form on line sostituisce il Modulo cartaceo.
- **Autorizzazione al Trattamento dei Dati:** ricordarsi sempre di rilasciare l'autorizzazione al trattamento dei propri dati, sottoscrivendo correttamente i Moduli di Rimborso e di Presa in carico. Il mancato rilascio dell'autorizzazione impedisce alla Centrale Salute di gestire i dati dell'Assistito e, quindi, di definire la richiesta.
- **Cicli di cura:** in caso di ciclo di cura che da luogo a diverse terapie / esami, è sempre necessario dare evidenza alla Centrale Salute, al momento della richiesta di rimborso, che le prestazioni rientrano in unico evento. Ciò consentirà alla Centrale Salute di applicare correttamente le quote di spesa a carico dell'Assistito, nonché di valutare in modo più corretto e rapido le richieste presentate.

Indicazione dei riferimenti e-mail e telefonici e dell'IBAN dell'Assistito: è importante indicare sempre, in modo corretto e chiaro, i propri riferimenti e-mail e telefonici, all'interno dei Moduli e dei Form da compilare per presentare le proprie richieste. Per gestire nel modo

migliore le richieste dell'Assistito la Centrale Salute deve poter comunicare agevolmente con lo stesso, e potergli inviare le necessarie informazioni a mezzo e-mail. Ugualmente, per ricevere il rimborso