

*Regolamento del sussidio  
mutualistico*

# **OPERA SMART**

## SOMMARIO

SEZIONE 1 - DEFINIZIONI	2
SEZIONE 2 - NORME GENERALI CHE REGOLANO IL SUSSIDIO	8
SEZIONE 3 - NORME RELATIVE A TUTTE LE GARANZIE (SALVO NON SIA ESPRESSAMENTE DEROGATO)	12
SEZIONE 4 - AREA OSPEDALIERA	19
SEZIONE 5 - GARANZIE EXTRA-OSPEDALIERE	22
SEZIONE 6 - AREA PREVENZIONE	25
SEZIONE 7 - AREA SOSTEGNO	27
SEZIONE 8 - AREA SERVIZI E ASSISTENZA DI CENTRALE SALUTE	30
ALLEGATO 1	31
ALLEGATO 2	32

## 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 delle prestazioni del presente Sussidio presso strutture sanitarie utilizzando personale medico (e/o sanitario) ambedue convenzionati con 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) e Health Point; in questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente da parte di MBA alle strutture ed ai Medici/personale Convenzionati (escluse eventuali quote a carico dell'Assistito ove previste). L'elenco delle Strutture è presente e consultabile nell'Area Riservata di MBA.

**ASSISTENZA INDIRECTA:** modalità di erogazione delle prestazioni del presente Sussidio in base alla quale MBA rimborsa le spese all'Assistito dietro presentazione della documentazione medica e di spesa richiesta nei limiti di quanto previsto dal presente sussidio. L'Assistenza Indiretta è prestata anche presso i Centri Convenzionati con il Network (c.d. Assistenza Indiretta in Network).

**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:** periodo temporale che intercorre tra la data di decorrenza della copertura e l'effettiva operatività delle prestazioni. Qualora l'evento avvenga in tale periodo, MBA non corrisponde il Rimborso della prestazione prevista dal Sussidio.

**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 nel Sussidio Sanitario, la Cartella Clinica, da qualunque tipologia di struttura sanitaria essa provenga, è considerata atto immodificabile e, pertanto, con la richiesta di attivazione del Sussidio Sanitario oggetto del presente Regolamento, l'Assistito 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.

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.

**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 Assistenti 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 la Centrale Salute per l'applicazione di tariffe agevolate applicabili alle prestazioni oggetto del Sussidio 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.

**CHEMIOTERAPIA ONCOLOGIA:** ciclo di terapia effettuata con l'ausilio di farmaci volta a curare le patologie di carattere oncologico.

**CICLO DI CURA:** insieme delle prestazioni connesse ad una medesima patologia/Infortunio, contestualmente prescritti dal Medico e presentati alla MBA in un'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'Assistito è costretto al riposo assoluto presso il proprio domicilio.

**CURE TERMALI:** trattamenti effettuati in Centri/Stabilimenti riconosciuti che possono utilizzare acque termali e loro derivati a fini terapeutici.

**DATA EVENTO:** per i Ricoveri (ordinari o diurni) o Interventi chirurgici ambulatoriali si intende la data in cui avviene il Ricovero/Intervento; per le altre prestazioni previste dal presente Sussidio e presentate in un'unica richiesta, farà fede la data della prima prestazione eseguita per patologia/quesito diagnostico).

**DATA INSORGENZA PATOLOGIA:** la data in cui lo stato patologico si è manifestato (con sintomatologia interna oppure esterna all'organismo). Per la definizione di patologia pregressa ai sensi del presente Sussidio sarà ritenuta data di prima insorgenza anche quella in cui lo stato patologico è stato diagnosticato e/o è stato sottoposto ad accertamenti e/o è stato sottoposto a cure.

**DAY HOSPITAL:** degenza in istituto di cura con assegnazione di posto letto in esclusivo regime diurno documentato da Cartella Clinica e finalizzato all'erogazione di trattamenti diagnostici, terapeutici,

riabilitativi. I ricoveri in regime di Day Hospital in struttura privata devono essere preventivamente autorizzati per iscritto da MBA e/o da Società da quest'ultima incaricata per la gestione delle pratiche secondo le modalità descritte nella garanzia specifica a cui si rimanda e meglio indicate all'interno della Guida Operativa.

**DAY SURGERY:** degenza in istituto di cura con assegnazione di posto letto in esclusivo regime diurno documentato da Cartella Clinica e finalizzato all'erogazione di trattamenti chirurgici. I ricoveri in regime di Day Surgery in struttura privata devono essere preventivamente autorizzati per iscritto da MBA e/o da Società da quest'ultima incaricata per la gestione delle pratiche secondo le modalità descritte nella garanzia specifica a cui si rimanda e meglio indicate all'interno della Guida Operativa.

**DECADENZA:** termine massimo entro il quale presentare la documentazione a corredo della domanda di erogazione delle prestazioni (incluse le richieste di rimborso in forma diretta), anche se di data antecedente alla domanda di adesione. La mancata presentazione della documentazione completa e conforme alle richieste di MBA, entro 270 giorni dalla data dell'evento ovvero, in caso di ricovero ordinario o diurno, dalla data delle dimissioni, comporta la decadenza dal diritto al rimborso e al pagamento delle prestazioni, incluse quelle eseguite in forma diretta. L'eventuale sospensione dell'istruttoria della pratica non interrompe il decorrere del termine di 270 giorni sopra indicato. Dunque, nel caso di sospensione, il Socio ha 60 giorni di tempo dalla data di comunicazione della richiesta di ulteriore documentazione per integrare la stessa, purché ciò avvenga sempre entro 270 giorni dall'evento ovvero, in caso di ricovero ordinario o diurno, dalla data delle dimissioni. Decorso 60 giorni, la richiesta verrà respinta e il Socio dovrà presentare nuova e completa domanda comprensiva anche della documentazione integrativa, comunque entro i 270 giorni per non incorrere nella suddetta decadenza.

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

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

**GUIDA OPERATIVA PER L'ACCESSO AI SERVIZI E ALLE PRESTAZIONI:** Il documento complementare che è parte integrante del presente piano sanitario che illustra modalità di accesso ai servizi e ai rimborsi sia in forma diretta che indiretta, documentazione necessaria e tempi.

**HEALTH POINT:** settore dei servizi sanitari, di prevenzione e di telemedicina, nonché attiva nella promozione di servizi relativi alla salute e al benessere della persona, incaricata dalla Mutua per la gestione amministrativa del network e strutture sanitarie, nonché per la gestione dell'area prevenzione contemplata nei propri piani sanitari e per ulteriori iniziative di prevenzione ad hoc, la quale è altresì struttura sanitaria convenzionata con la Centrale Salute che offre prestazioni di diagnosi anche attraverso refertazioni e consulenze mediche on line. Per ulteriori informazioni si consulti il sito <https://www.healthpointitalia.com/>.

**INDENNITÀ SOSTITUTIVA:** importo giornaliero erogato da MBA per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito di Malattia/Infortunio (del parto e/o dell'aborto terapeutico ove previsti). L'Indennità viene riconosciuta qualora non venga richiesto il Rimborso delle spese per le prestazioni effettuate durante il Ricovero o ad esso comunque connesse.

**INFORTUNIO:** l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili che siano documentate da specifico referto di Pronto Soccorso di Struttura Sanitaria Pubblica o di Struttura di Primo Soccorso convenzionata con il SSN (attestante le circostanze dell'evento, le cause, le modalità di accadimento e le conseguenze dell'evento) 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 inabilità temporanea o una delle altre prestazioni garantite dal presente Sussidio.

**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 prestazione sul presente Sussidio, sono considerati Interventi chirurgici anche gli accertamenti diagnostici invasivi, intendendosi per tali quelli che comportano il prelievo di tessuti per l'espletamento di indagini istologiche, quelli che comportano l'introduzione di cateteri, strumenti ottici o aghi biotici ecc. non attraverso le cavità naturali bensì attraverso una cruentazione di tessuti.

**INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE:** l'Intervento chirurgico (come sopra definito) eseguito in ambulatorio senza Ricovero (e quindi senza degenza ancorché diurna). Gli interventi ambulatoriali in struttura privata devono essere preventivamente autorizzati per iscritto da MBA e/o da Società da quest'ultima incaricata per la gestione delle pratiche secondo le modalità descritte nella garanzia specifica a cui si rimanda e meglio indicate all'interno della Guida Operativa.

**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:** momento in cui si manifesta la Malattia con sintomi oggettivi, indipendentemente dalla diagnosi/accertamento della stessa.

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

**MUTUA:** Società di Mutuo Soccorso MBA (ora innanzi anche MBA).

**NUCLEO FAMILIARE:** il Titolare del Sussidio e i familiari aventi diritto ai sensi del presente Regolamento e dell'art. 9 del Regolamento Attuativo dello Statuto di MBA.

**PATOLOGIA PREGRESSA:** qualsiasi patologia che sia pregressa in quanto manifestata, diagnosticata, sottoposta ad accertamenti o curata prima della data di attivazione del presente Sussidio o che risulti correlata ad uno stato patologico noto 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 del presente Sussidio.

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

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

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

**QUOTE DI COMPARTECIPAZIONE:** importi di spesa che rimangono a carico dell'Assistito espressi in percentuale e/o in quota fissa.

**REGOLAMENTO:** il presente documento disciplinante le prestazioni ricomprese nella Copertura Sanitaria.

**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'Assistito.

**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. I Ricoveri Ordinari in struttura privata devono essere preventivamente autorizzati per iscritto da MBA e/o da Società da quest'ultima incaricata per la gestione delle pratiche secondo le modalità descritte nella garanzia specifica a cui si rimanda e meglio indicate all'interno della Guida Operativa.

**RICOVERO ORDINARIO IN EMERGENZA:** il ricovero di un Assistito nei soli casi di funzioni vitali gravemente compromesse.

**RIMBORSO/CONTRIBUTO DI ASSISTENZA:** la somma dovuta dalla Mutua all'Assistito in caso di evento e prestazione rimborsabile.

**SOCIO O TITOLARE DEL SUSSIDIO:** socio persona fisica (cittadino italiano o cittadino straniero residente in Italia) iscritto regolarmente alla Mutua in qualità di Socio Ordinario, che ha sottoscritto il modulo di adesione a MBA ed il cui interesse è protetto dal Sussidio.

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

**STATO DI FRAGILITÀ PERMANENTE:** condizione di limitata integrità psico-fisica conseguente ad infortunio o malattia che abbia prodotto lesioni o patologie oggettivamente rilevabili, ovvero uno stato di invalidità permanente.

**STATUTO E REGOLAMENTO ATTUATIVO DI MBA:** Documentazione che regola il rapporto associativo con MBA e costituente parte integrante e sostanziale del presente piano sanitario. Sono sempre consultabili e messi a disposizione del Socio nella propria Area Riservata.

**VISITA SPECIALISTICA:** la visita ambulatoriale o domiciliare o consulto eseguita da Medico specialista in possesso del titolo di specializzazione che risulti chiaramente dal documento di spesa, per diagnosi e terapie cui tale specializzazione è destinata



## **SEZIONE 2 - Norme generali che regolano il sussidio**

### **ART. 1 OGGETTO**

Oggetto del presente Sussidio Sanitario è:

- l'erogazione di prestazioni, ovvero il rimborso delle spese sanitarie, a favore degli Assistiti in conseguenza caso di infortunio, malattia, parto, aborto;
- l'erogazione di prestazioni, ovvero il rimborso delle spese agli eredi del socio deceduto;
- l'erogazione di prestazioni, ovvero il rimborso delle spese sanitarie in presenza di condizione di non autosufficienza.

### **ART. 2 PERSONE ASSISTITE**

Ai sensi dell'art. 5 dello Statuto, sono Assistiti, il Socio ordinario persona fisica, Titolare del Sussidio che ha sottoscritto il modulo di adesione a MBA, richiedendo attivazione del Sussidio stesso e i familiari conviventi aventi diritto alle prestazioni. Il Sussidio può essere esteso ai familiari i cui nominativi siano stati espressamente indicati dal Titolare in fase di adesione compatibilmente con le prestazioni previste dal presente Sussidio e con l'art. 9 del Regolamento Attuativo dello Statuto di MBA.

Indicando i nominativi dei propri familiari, il Titolare del Sussidio autocertifica con riferimento agli stessi il rispetto dei requisiti di cui al presente Sussidio e al Regolamento Attuativo (art. 9 cit.), per beneficiare delle prestazioni. È altresì necessario comunicare tempestivamente alla Mutua eventuali modificazioni del Nucleo Familiare in corso di validità del Sussidio (vedi Art. 4).

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

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

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

### **ART. 3 LIMITI DI ETÀ**

Fermo restando in ogni caso gli specifici limiti previsti per i figli così come indicato all'art. 2 - nel caso di attivazione delle Estensioni ai componenti del Nucleo l'adesione al presente Sussidio è possibile per tutte le persone che alla data di attivazione non abbiano compiuto i 68 anni di età.

L'adesione al presente Sussidio prosegue anche superati i 68 anni a condizione che l'Assistito rinnovi, senza soluzione di continuità, di anno in anno l'adesione al Sussidio. In caso di cessazione dell'adesione, una

nuova adesione potrà avvenire soltanto con le specifiche modalità previste per i Sussidi sanitari che ammettono l'adesione di Assistiti che abbiano già compiuto 68 anni.

Quanto previsto ai commi che precedono si intende valido anche nel caso di adesione al Sussidio per tutto il Nucleo familiare; in particolare, qualora uno dei componenti del Nucleo familiare abbia già compiuto i 68 anni di età, l'adesione al presente Sussidio sarà possibile:

- Nella formula "Singolo": per il solo componente del Nucleo familiare con meno di 68 anni;
- Nella formula "Nucleo": per tutti i componenti del Nucleo familiare con meno di 68 anni, esclusi quindi coloro che abbiano già superato detto limite di età.

Le prestazioni previste dal presente Sussidio sono messe a disposizione degli Assistiti senza alcun limite di età in uscita.

## **ART. 4**

### **VARIAZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE**

Qualora sia prevista l'inclusione di componenti del Nucleo Familiare, l'Assistito deve comunicare immediatamente a MBA, in forma scritta, le variazioni del proprio stato familiare, entro e non oltre 30 giorni dall'avvenuta variazione, ossia:

- nascita/adozione/affidamento prolungato (risultante dallo stato di famiglia) di un figlio;
- matrimonio;
- insorgere di convivenza;
- separazione, divorzio, cessazione della convivenza more uxorio;
- iscrizione – per un familiare – di altra copertura collettiva delle spese sanitarie predisposta dal datore di lavoro;
- venir meno – per un familiare – di altra copertura collettiva delle spese sanitarie predisposta dal datore di lavoro.

In tal caso, l'inclusione dei nuovi Assistiti si intenderà operante dalla data dell'evento. In difetto di comunicazione entro suddetto termine, e fermo restando il pagamento del contributo dovuto per l'estensione al Nucleo, l'inclusione dei nuovi Assistiti nel Sussidio si intenderà operante solo a decorrere dalla nuova annualità del Sussidio stesso.

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

In caso di variazione per decesso del Titolare del Sussidio i familiari conviventi del Socio deceduto mantengono i diritti per le prestazioni di cui al Regolamento del presente Sussidio, preesistenti all'evento morte e possono subentrare nella posizione del Titolare del Sussidio, presentando domanda di adesione a MBA entro il termine di 30 giorni dal decesso, come previsto dall'art. 9 del Regolamento Attuativo.

Qualora, in caso di cessazione della convivenza more uxorio, separazione, divorzio e decesso del familiare convivente, permanga nel Nucleo solo il Titolare del Sussidio, il Sussidio si riterrà in automatico convertito nella formula Single.

## **ART. 5**

### **OBBLIGHI CONTRIBUTIVI DELL'ASSISTITO**

In caso di mancato versamento dei relativi contributi e fermo quanto previsto all'art. 6, MBA si riserva il diritto di adire le vie legali, previo tentativo di conciliazione ai sensi dell'art. 11 del presente Regolamento.

## ART. 6

### PAGAMENTO DEL CONTRIBUTO E DECORRENZA DEL SUSSIDIO

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

Si precisa che in caso di infortunio la data di decorrenza è quella più favorevole al Socio.

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

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

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

Per ulteriori dettagli si rimanda all'art. 8 del Regolamento Attuativo dello Statuto di MBA.

## ART. 7

### DURATA, TACITO RINNOVO E REVOCA DEL SUSSIDIO

Il presente Sussidio ha durata di 3 anni (tre) decorrenti dal giorno di cui all'art. 6 del presente Regolamento. Al termine dei 3 anni, in mancanza di comunicazione di non rinnovo, inviata mediante lettera raccomandata A/R o posta elettronica certificata (PEC) spedita almeno 60 giorni prima della scadenza annuale, il Sussidio sanitario s'intenderà rinnovato tacitamente di anno in anno, con obbligo di pagamento del contributo aggiuntivo e delle quote associative previste, ai sensi dello Statuto di MBA.

In ogni caso MBA, entro 90 giorni dalla scadenza annuale, si riserva la facoltà di comunicare a mezzo e-mail all'Assistito le condizioni di rinnovo per la successiva annualità

## ART. 8

### DICHIARAZIONI E COMUNICAZIONE DELL'ASSISTITO

Le dichiarazioni non veritiere rese dall'Assistito al momento della domanda di ammissione o, successivamente, ai fini di ottenere il Rimborso delle spese, comportano la perdita totale o parziale del diritto al pagamento della somma dovuta dalla Mutua in caso di Evento rimborsabile in base al presente Sussidio.

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

## ART. 9

### SUSSIDIO A FAVORE DI TERZI

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

## ART. 10

### COMUNICAZIONI E MODIFICHE

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

## ART. 11

### RISOLUZIONE DELLE CONTROVERSIE

A fronte di ogni eventuale controversia che dovesse insorgere tra il Socio e MBA, anche in dipendenza di una diversa interpretazione del presente Sussidio, prima di ricorrere ad un procedimento ordinario, le Parti esperiranno il tentativo di conciliazione, come previsto dall'Art. 46 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

### SOSTEGNI

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

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

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

## ART. 13

### SOTTOSCRIZIONE DI PIÙ SUSSIDI

Qualora l'Assistito abbia sottoscritto con MBA più di un Sussidio, avrà diritto ad ottenere la condizione più favorevole (Rimborso delle spese, erogazione di Indennità o indennizzo) tra le prestazioni riconosciutegli dai vari Sussidi sottoscritti. Tale principio trova, inoltre, applicazione nell'ambito dello stesso Sussidio Sanitario che preveda più rimborsi e/o prestazioni per lo stesso evento.

## ART. 14

### LIMITI TERRITORIALI

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

## ART. 15

### RINVIO ALLE NORME

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

## ART. 16

### RESPONSABILITÀ DI TERZI

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

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

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

## SEZIONE 3 - Norme relative a tutte le Garanzie (salvo non sia espressamente derogato)

## ART. 17

### TERMINI DI ASPETTATIVA (CARENZE)

Fermo quanto previsto all'Art. 6 delle Norme Generali, disciplinante il giorno di decorrenza del Sussidio, le prestazioni hanno effetto (giorno di effetto):

- per gli Infortuni e l'Aborto post – traumatico: dalle ore 24:00 del giorno di decorrenza del Sussidio;
- per le Malattie e conseguenze di Malattie, dal 30° giorno successivo a quello di decorrenza del Sussidio;
- per il Parto, dal 270° giorno successivo a quello di decorrenza del Sussidio;
- per le Malattie dipendenti da gravidanza, dal 30° giorno successivo a quello di decorrenza del Sussidio, a condizione che la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo alla decorrenza del sussidio stesso;
- per la conseguenza di stati patologici non conosciuti dall'Assistito ma insorti anteriormente alla data di effetto del presente Sussidio, dal 150° giorno successivo a quello di decorrenza del Sussidio.

Qualora il presente Sussidio sia stato sottoscritto in sostituzione, senza soluzione di continuità, ovvero senza alcuna interruzione con precedenti Coperture sanitarie (di Mutue, Fondi di Sanità Integrativa, Casse o Compagnie di Assicurazioni) riguardanti gli stessi Assistiti e identiche prestazioni, gli anzidetti termini operano dal giorno di decorrenza del sussidio precedente.

## ART. 18

### PREGRESSE

Il diritto alle prestazioni di cui al presente Sussidio non compete quando la richiesta della prestazione sia conseguenza di patologie o infortuni, fatti o eventi preesistenti alla data della domanda di ammissione o laddove l'Assistito, al momento della richiesta di adesione o successivamente, abbia omesso di dichiarare o abbia fornito dichiarazioni imprecise o mendaci in merito alla sussistenza di patologie, infortuni, fatti o eventi preesistenti alla data della domanda di ammissione o della richiesta di rimborso o inerenti i presupposti per ottenere la prestazione.

Si intendono espressamente escluse tutte le prestazioni oggetto del presente Sussidio attivate in conseguenza di:

- Infortuni accaduti anteriormente alla data di attivazione del presente Sussidio;
- Malattie manifestate, diagnosticate, sottoposte ad accertamenti o curate prima della data di attivazione del presente Sussidio o che risulti correlata ad uno stato patologico antecedente alla decorrenza dello stesso.

Tale esclusione non opera una volta trascorsi tre anni di adesione ininterrotta al presente Sussidio.

Ai fini dell'applicazione dell'esclusioni di cui al presente articolo, si precisa che:

- a) Nel caso di attivazione del presente Sussidio, a seguito della richiesta di modifica del proprio Sussidio Sanitario, limitatamente alle prestazioni previste dal precedente Sussidio di provenienza, si intende data di prima adesione, a tutti gli effetti e salvo particolari deroghe, la data di decorrenza del precedente Sussidio, senza soluzione di continuità, ad eccezione dei casi previsti dalla seguente lett. b).

Qualora il Sussidio di provenienza preveda l'inclusione delle patologie pregresse (intendendosi il riconoscimento del diritto alle prestazioni per patologie pregresse), la suddetta esclusione delle prestazioni conseguenti a malattie manifestate, diagnosticate, sottoposte ad accertamenti o curate prima della attivazione del presente Sussidio, è valida solo per le maggiori e più ampie prestazioni previste dal presente Sussidio rispetto a quello di provenienza.

Resta inteso che per le prestazioni previste dal presente Sussidio e non incluse nel precedente Sussidio di provenienza, si intende data di prima adesione la data di decorrenza del presente Sussidio.

- b) A seguito della richiesta di modifica del proprio Sussidio Sanitario, in caso di provenienza da uno dei seguenti Sussidi ONE CARE, ONE CARE2, ONE CARE EXTRA, ONE CARE PLUS, MEF, il presente Sussidio si intende attivato con soluzione di continuità e pertanto per data di prima adesione si intende, a tutti gli effetti, la data di decorrenza del presente Sussidio. Si intendono pertanto escluse le prestazioni conseguenti a malattie manifestate, diagnosticate, sottoposte ad accertamenti o curate prima della data di attivazione del presente Sussidio.

## ART. 19

### ESCLUSIONI

Sono escluse dal presente Sussidio sanitario (salvo non sia diversamente previsto nelle specifiche prestazioni):

- a. le prestazioni non corredate da prescrizione medica attestante la diagnosi di patologia o quesito diagnostico (se patologia ancora da accertare);
- b. le prestazioni conseguenti agli Infortuni non documentati da referto di Pronto Soccorso Ospedaliero o di Struttura convenzionata con il SSN, o di Unità Medica di Primo Soccorso presente nel luogo dell'Infortunio da cui sia chiaramente possibile evincere la data di accadimento dell'Infortunio e le

conseguenze traumatiche dello stesso 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;

- c. le prestazioni di routine, controllo, prevenzione nonché i vaccini (sia l'acquisto del farmaco che l'infusione/somministrazione);
- d. le prestazioni conseguenti a suicidio e tentato suicidio;
- e. le prestazioni derivanti o finalizzate all'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla data di effetto del sussidio;
- f. le prestazioni relative a Malattie mentali ed i disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche;
- g. le prestazioni sanitarie e le cure aventi finalità estetica e dietologica, salvo gli Interventi di chirurgia plastica o stomatologia limitatamente agli aspetti ricostruttivi di natura oncologica riferiti alla sede della neoformazione maligna se resi necessari da Malattia, ed 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 del Sussidio;
- h. l'asportazione di neoformazioni epiteliali la cui malignità non sia accertata da esame istologico;
- i. Infortuni o Malattie derivanti da dolo dell'Assistito;
- j. le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale, quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, quelle omeopatiche, fitoterapiche, nonché quelle effettuate da Medici o paramedici non abilitati all'esercizio dell'attività professionale;
- k. i farmaci non riconosciuti dalla Farmacopea Ufficiale;
- l. la cura delle malattie professionali, così come definite dal D.lgs. n. 38 del 2000 e successive modifiche e/o integrazioni;
- m. le prestazioni erogate da Medici o paramedici abilitati che non siano in possesso di specializzazione medica pertinente con la prestazione erogata e rispetto alla diagnosi/quesito diagnostico per il quale la prestazione è erogata;
- n. le prestazioni erogate da professionisti non in possesso di regolare iscrizione all'Albo o abilitazione laddove prevista dalla normativa italiana;
- o. le cure e gli Interventi chirurgici finalizzati al trattamento dell'infertilità (ad ovviare allo stato di infertilità) e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale;
- p. il parto naturale o cesareo;
- q. l'aborto volontario non terapeutico;
- r. i Ricoveri durante i quali vengono compiuti Interventi e/o solamente accertamenti e/o terapie fisiche che, per loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in regime ambulatoriale, purché consentito dallo stato di salute dell'Assistito;
- s. le prestazioni relative a cure odontoiatriche, ortodontiche e protesi dentarie, salvo espressamente derogato;
- t. le prestazioni conseguenti a reati o ad azioni dolose compiute o tentate dall'Assistito. Sono comprese nel sussidio quelle sofferte in conseguenza di imprudenza o negligenza anche gravi dell'Assistito stesso;

- u. gli Infortuni conseguenti ad assunzione di sostanze psicoattive (stupefacenti, farmaci, sostanze psicotrope), a scopo non terapeutico;
- v. gli Infortuni causati dallo stato di ebbrezza o di ubriachezza;
- w. le Malattie correlate all'abuso di alcool o al consumo di stupefacenti e sostanze psicotrope, assunte non a scopo terapeutico;
- x. gli Infortuni conseguenti alla pratica di:
  - sport aerei in genere (volo da diporto o sportivo con deltaplani, ultraleggeri, paracadutismo, parapendio, ecc.);
  - sport estremi (alpinismo con scalata di roccia o ghiaccio di grado superiore al terzo della scala U.I.A.A. o in solitaria, arti marziali miste, bmx, cayoning, deep water Soloing, downhill, freefly, free running, free climbing, freeskiing, freestyle Motocross, funambolismo, hydrospeed, immersione in apnea, immersione in grotta, kitesurfing, land boarding, mountainboard, parkour, pattinaggio aggressive, rafting, rugby subacqueo, sandboarding, sci di velocità, skimboarding, slackline, speleologia, snowkiting, snowboard cross, streetluge, tricking (arte marziale), tuta alare, wakeboard, ecc.);
  - attività ludiche pericolose (pugilato, lotta, arti marziali in genere, atletica pesante, discesa con slittino da gara, rugby, football americano, hockey, bungee jumping, bob, skeleton, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, sci d'alpinismo, sci estremo e/o fuoripista, motonautica, navigazione in mare in solitaria);
  - gare motoristiche e/o motonautiche;
  - sport in genere costituenti per l'Assistito attività professionale (gare, prove e allenamenti) anche non prevalente per impegno temporale a qualsiasi altra occupazione.
- y. gli infortuni subiti in qualità di passeggero durante i viaggi aerei diversi dai regolari voli di linea;
- z. gli infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizi resi in corpi militari;
- aa. gli infortuni subiti sul lavoro in miniera, in cava (anche a cielo aperto), in lavori subacquei o in mare aperto;
- bb. le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati dalle accelerazioni di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.), nonché da campi elettromagnetici;
- cc. le conseguenze di inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche, movimenti tellurici;
- dd. le conseguenze di guerre e terrorismo nucleare, biologico o chimico;
- ee. i Ricoveri causati dalla necessità dell'Assistito 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'Assistito 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;
- ff. eventi per i quali sia configurabile la responsabilità di terzi; fatto salvo quanto previsto nel precedente art. 15;
- gg. spese per il trasporto del plasma;
- hh. Pandemia, se definita come tale dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).



## ART. 20

### MODALITÀ DI EROGAZIONE DEL SERVIZIO

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

Per tutte le informazioni necessarie ad accedere correttamente alle prestazioni sanitarie erogate in forma Diretta e Indiretta, nonché per la gestione dei relativi Rimborsi si rimanda alla Guida Operativa aggiornata che forma parte integrante del presente Sussidio ed è consultabile nell'Area Riservata dell'Assistito presente sul sito del Fondo Mutua Nazionale [www.mutuanazionale.org](http://www.mutuanazionale.org).

MBA si riserva di aggiornare la Guida Operativa fornendone debita e preventiva comunicazione attraverso il sito [www.mutuanazionale.org](http://www.mutuanazionale.org).

Per richieste di ricovero con o senza intervento chirurgico in regime ordinario e diurno e per gli interventi ambulatoriali in forma diretta è necessario trasmettere alla Centrale Salute il preventivo di spesa.

## ART. 21

### DOCUMENTAZIONE PER LA PRESENTAZIONE DELLE RICHIESTE

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

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

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

## ART. 22

### TEMPI DI PRESENTAZIONE DELLE RICHIESTE

La documentazione a corredo della domanda di rimborso sia in caso di Indennità che di Assistenza indiretta che di Assistenza Diretta sopra definite, deve essere presentata in modo completo e conforme alle richieste di MBA, entro 270 giorni dalla data dell'evento ovvero in caso di Ricovero ordinario o diurno entro 270 giorni dalla data delle dimissioni. Il socio si impegna a tal fine a presentare, o a far sì che le strutture e i professionisti presso i quali è stata eseguita la prestazione presentino entro il suddetto termine, la documentazione completa a MBA o al service provider dalla stessa incaricato. La mancata presentazione della domanda di rimborso e della documentazione completa (anche in caso di prestazione effettuata in forma diretta) entro il predetto termine comporta la decadenza dal diritto al riconoscimento dell'Assistenza (Diretta/Indiretta/Indennitaria).

La sospensione dell'istruttoria della pratica di Rimborso non interrompe la decadenza indicata. Pertanto, nel caso di sospensione, l'Assistito ha 60 gg di tempo dalla data di comunicazione della richiesta di ulteriore documentazione per integrare la stessa e sempre entro 270 gg dall'evento. Decorsi 60 gg, la richiesta verrà respinta e l'Assistito dovrà presentare nuova e completa domanda comprensiva anche della documentazione integrativa, comunque entro i 270gg dall'evento oltre i quali il suo diritto decade.

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

## ART. 23

### TEMPI DI RIMBORSO

o **Prestazioni effettuate in Assistenza Diretta presso Strutture/professionisti Convenzionati con la Centrale Salute.**

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

o **Prestazioni effettuate in Assistenza Indiretta**

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

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

A grayscale photograph of a doctor in a white lab coat, sitting at a desk. The doctor's hands are clasped together in front of them. On the desk, there is a clipboard with a pen resting on it. The background is slightly blurred, showing what appears to be a hospital or office setting. On the right side of the image, there are decorative red and white curved lines.

*area*

**SANITARIA**

## SEZIONE 4 - Area Ospedaliera

### SEZIONE 4.1 Area Ospedaliera - Ricovero, Intervento e Altre Prestazioni Ospedaliere

#### A.

#### **RICOVERI CON/SENZA INTERVENTO CHIRURGICO, DAY SURGEY, DAY HOSPITAL**

In caso di **Ricovero ordinario con o senza intervento chirurgico, Day Surgery, Day Hospital** reso necessario da malattia, infortunio, parto e aborto terapeutico che risultino compresi nei termini del presente Sussidio, MBA provvede a rimborsare, nel limite del Sostegno annuo/nucleo pari a € 50.000,00 (elevato a € 100.000,00 in caso di Ricovero per Grande Intervento Chirurgico, secondo l'elenco esaustivo riportato nell'Allegato 1 "Elenco dei Grandi Interventi Chirurgici") le spese inerenti al Ricovero ed all'eventuale all'intervento chirurgico, come di seguito riportato:

**i) Assistenza prima del Ricovero (nei 60 giorni precedenti al Ricovero)**

- accertamenti diagnostici compresi onorari medici e visite specialistiche (inerenti alla patologia causa del Ricovero);

**ii) Assistenza durante il ricovero:**

- prestazioni del chirurgo, dell'aiuto operatore chirurgo, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'Intervento, nonché diritti di sala operatoria;
- materiali di intervento (ivi compreso apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durante l'intervento);
- esami, cure, assistenza medica ed infermieristica;
- medicinali, somministrati durante il Ricovero;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- rette di degenza (escluse le spese voluttuarie), nei limiti del Sostegno giornaliero di € 150,00 (il limite si intende raddoppiato per i giorni di degenza effettuati nel reparto di terapia intensiva);
- sostegno all'accompagnatore, ossia le spese di vitto e pernottamento sostenute per l'accompagnatore presso l'Istituto di cura, con il limite di € 30,00 al giorno con un massimo di 30 giorni annui (per 30 giorni si intende il periodo massimo complessivo previsto per questa prestazione).

**iii) Assistenza dopo il Ricovero (nei 60 giorni successivi al Ricovero)**

- visite specialistiche ed accertamenti diagnostici (inerenti alla patologia causa del Ricovero);
- medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'Istituto di cura;
- prestazioni mediche (qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'Istituto di cura);
- trattamenti fisioterapici e rieducativi e cure termali (escluse spese alberghiere e previa prescrizione di medico specialista), purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

- assistenza infermieristica a domicilio (post-intervento) con un limite di € 25,00 al giorno e per massimo 40 giorni per evento.

Il sub-Sostegno anno/nucleo erogabile per il complesso degli eventi e prestazioni precedenti è pari a:

- **€ 2.500,00**, in casi di Ricovero ordinario per **Parto naturale**; nel limite del sub-Sostegno sopra indicato, MBA provvederà a rimborsare le spese sostenute per la cura ed il controllo del neonato nel suo primo anno di vita.
- **€ 3.500,00**, in casi di Ricovero ordinario per **Parto cesareo/aborto terapeutico**.

A seguito dell'Evento Parto, garantito ai sensi del presente Sussidio, MBA mette a disposizione dell'Assistito la possibilità di destinare € 350,00 a prestazioni inerenti la Conservazione delle Cellule Staminali. Il limite indicato è da intendersi come sub-Sostegno annuo della garanzia "Parto Naturale" o "Parto Cesareo", secondo la tipologia di Parto effettuata. La suddetta spesa sarà rimborsata senza alcuna quota di spesa a carico dell'Assistito e solo se effettuata presso Strutture Sanitarie Convenzionate con la Centrale Salute (Assistenza Diretta o Assistenza Indiretta in Network).

A fronte delle prestazioni di cui ai punti i), ii) e iii), l'Assistito, nei limiti temporali e nei Sostegni ivi previsti:

- non sostiene alcuna spesa a suo carico, in caso di prestazioni effettuate in una struttura sanitaria VIP (sia in forma di assistenza diretta che in forma di assistenza indiretta);
- sostiene una spesa pari ad **una quota a carico del 30%**, in caso di prestazioni erogate presso una struttura sanitaria convenzionata con il Network MBA/Health Assistance;
- riceve un rimborso delle spese **con una quota di spesa a carico pari al 50%**, in caso di prestazioni erogate presso una struttura sanitaria non convenzionata con il Network MBA/Health Assistance;
- riceve un rimborso **senza l'applicazione di alcuna spesa a suo carico**, in caso di prestazioni sostenute a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale (struttura del SSN o presso strutture convenzionate con il SSN) ed erogate sotto forma di ticket sanitari.

**In caso di richiesta di Rimborso di spese mediche in forma di Indiretta:** è necessario presentare, unitamente alla richiesta, il modulo di accesso al Network compilato e sottoscritto dalla Struttura Sanitaria. In assenza, se la struttura non ha applicato le tariffe agevolate in favore dell'Assistito, 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'Assistito - saranno quindi da intendersi a carico del Socio stesso. Inoltre, è previsto in questo caso il Rimborso delle spese come previsto in caso di Assistenza Indiretta fuori Network.

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

## SEZIONE 4.2 Area Ospedaliera - Indennità

### B.

### INDENNITA' SOSTITUTIVA IN CASO DI RICOVERO CON/SENZA INTERVENTO CHIRURGICO, DAY SURGEY, DAY HOSPITAL

Nel caso in cui l'Assistito non richieda alcun Rimborso a seguito di **Prestazioni Ospedaliere** di cui al precedente art. A. effettuate **presso Strutture del SSN o con esso accreditate**, può richiedere a MBA la corresponsione dell'Indennità Sostitutiva giornaliera di cui al presente articolo per far fronte alle necessità legate al recupero della salute a seguito della Malattia, dell'Infortunio, del Parto Naturale e dell' Aborto, fermo il Sostegno anno/nucleo al precedente art. A.

L'Indennità sarà pari a **€ 150,00** al giorno per ogni giornata di Ricovero, comprendente il pernottamento, sino ad un massimo di **60 giorni** complessivi per annualità.

Qualora l'Assistito richieda la presente Diaria Giornaliera, si intenderà escluso il Rimborso di qualsiasi altra spesa, anche precedente o successiva al Ricovero (pre e post Ricovero) e, eventualmente, sostenuta e riferibile al medesimo Ricovero.

## SEZIONE 5 - Garanzie extra-ospedaliere

### SEZIONE 5.1 Area Ospedaliera - Prestazioni extra-ospedaliere

#### C.

#### ALTA DIAGNOSTICA E TERAPIE

MBA, 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, nei limiti del **Sostegno anno/nucleo** pari a € **2.500,00** provvede a rimborsare, le spese sostenute per le seguenti prestazioni di Alta Diagnostica strumentale e Terapie.

##### *Alta Diagnostica strumentale*

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

##### *Terapie*

- Dialisi
- Chemioterapia
- Radioterapia
- Laserterapia

L'elenco delle prestazioni di cui sopra è da considerarsi esaustivo.

Sono escluse:

- 1) le prestazioni non espressamente indicate nell'elenco;
- 2) i controlli di routine e le prestazioni elencate ma finalizzate alla diagnosi o all'erogazione di prestazioni odontoiatriche.

L'Assistito:

- non sostiene **alcuna spesa a suo carico**, in caso di prestazione effettuata in una struttura sanitaria VIP (sia in forma di assistenza diretta che in forma di assistenza indiretta);
- sostiene una spesa a suo carico pari al **20%** con minimo non rimborsabile pari a **€ 50,00** per ogni accertamento/ ciclo di terapia, in caso di prestazioni effettuate presso una struttura sanitaria convenzionata con il Network MBA/Health Assistance sia in forma di Assistenza Diretta che in forma di Assistenza Indiretta;
- riceve un rimborso senza l'applicazione di **alcuna spesa a suo carico**, in caso di prestazioni sostenute a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale ed erogate sotto forma di **ticket sanitari**.

**In caso di richiesta di Rimborso di spese mediche in forma indiretta:** è necessario presentare, unitamente alla richiesta, il modulo di accesso al Network compilato e sottoscritto dalla Struttura Sanitaria. In assenza, se la Struttura non ha applicato le tariffe agevolate in favore dell'Assistito, 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'Assistito - saranno quindi da intendersi a carico del Socio stesso.

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

## D. VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

MBA, 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, nei limiti del **Sostegno anno/nucleo** pari a **€ 1.000,00** provvede a rimborsare, le spese sostenute per Visite Mediche Specialistiche e Accertamenti Diagnostici (ad esclusione di quelli previsti all'art. "ALTA DIAGNOSTICA E TERAPIE").

L'Assistito:

- non sostiene **alcuna spesa a suo carico**, in caso di prestazione effettuata in una struttura sanitaria VIP (sia in forma di assistenza diretta che in forma di assistenza indiretta) o effettuate in modalità **Televisita**, tramite la piattaforma di telemedicina di **Health Point**;
- sostiene una spesa a suo carico pari al **20%** con minimo non rimborsabile pari a **€ 50,00** per ogni prestazione, in caso di prestazioni effettuate presso una struttura sanitaria convenzionata con il Network MBA/Health Assistance sia in forma di Assistenza Diretta che Indiretta;
- riceve un rimborso senza l'applicazione di **alcuna spesa a suo carico**, in caso di prestazioni sostenute a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale ed erogate sotto forma di **ticket sanitari**.

Sono escluse dal Rimborso le visite e gli accertamenti diagnostici con finalità dietologiche, odontoiatriche ed ortodontiche, nonché i controlli di routine.

**In caso di richiesta di Rimborso di spese mediche in forma indiretta:** è necessario presentare, unitamente alla richiesta, il modulo di accesso al Network compilato e sottoscritto dalla Struttura Sanitaria. In assenza, se la Struttura non ha applicato le tariffe agevolate in favore dell'Assistito, 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'Assistito - saranno quindi da intendersi a carico del Socio stesso.

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



A photograph of two hands held palm up, each holding a loop of awareness ribbon. The left hand holds a light beige ribbon, and the right hand holds a white ribbon. The background is a light, textured surface. On the right side of the image, there are decorative vertical stripes in red and grey. The text 'area PREVENZIONE' is overlaid in the lower-left quadrant.

*area*  
**PREVENZIONE**

## SEZIONE 6 - Area Prevenzione

### SEZIONE 6.1 Prevenzione

#### E. PRESTAZIONI DI MEDICINA PREVENTIVA

MBA:

- 1) offre all'Assistito Titolare o, in caso di formula Nucleo, a un componente del Nucleo familiare la possibilità di effettuare **gratuitamente** e **una volta l'anno**:

- una **Visita odontoiatrica e contestuale seduta di igiene dentale**, se l'Assistito Titolare è residente nella provincia di Roma;

La prestazione potrà essere effettuata esclusivamente presso l'Health Point Medical Care di Formello, previa prenotazione, contattando l'Health Point Medical Care al numero 06.90198035 e previa autorizzazione della Centrale Salute (forma diretta).

- Una **Televisita preventiva** a scelta tra Consulenza Psicologica o Consulenza Nutrizionale, se l'Assistito Titolare non è residente nella provincia di Roma.

La Televisita è effettuabile esclusivamente per il tramite dell'Health Point, contattando l'Health Point Medical Care al numero 06.56556371 per la prenotazione e previa autorizzazione della Centrale Salute (forma diretta).

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



*area*  
**SOSTEGNO**

## SEZIONE 7 - Area Sostegno

### SEZIONE 7.1 Area sostegno - Non autosufficienza

#### F.

#### **RIMBORSO SPESE PER STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA**

La presente prestazione si attiva all'insorgenza, nel corso di validità del presente Sussidio, di eventi imprevisti ed invalidanti dell'Assistito Titolare del Sussidio, derivanti sia da Infortunio che da Malattia, anch'essi insorti durante la vigenza del presente Sussidio e tali da comportare uno stato di non autosufficienza per il quale l'Assistito Titolare non può svolgere autonomamente le attività elementari della vita quotidiana.

La presente prestazione non è cumulabile con le altre previste dal presente Sussidio.

##### **F.1. Definizione dello stato di non autosufficienza**

È considerato in stato di non autosufficienza l'Assistito Titolare che, a causa di una Malattia o di Infortunio si trovi per un periodo non inferiore a 90 giorni continuativi, in uno stato tale – presumibilmente in modo permanente – da aver bisogno dell'assistenza di un'altra persona per aiutarlo nello svolgimento delle attività ordinarie della vita quotidiana –ADL (Activities of Daily Living) -, nonostante l'utilizzo di apparecchiature mediche e/o chirurgiche.

È definita persona non autosufficiente la persona che risulti incapace di svolgere in tutto o in parte alcune attività elementari della vita quotidiana:

- **lavarsi (farsi il bagno o la doccia);**
- **vestirsi e svestirsi;**
- **igiene personale;**
- **mobilità;**
- **continenza;**
- **alimentazione (bere e mangiare).**

Lo stato di non autosufficienza verrà valutato secondo il criterio del punteggio (Allegato 2 "Tabella dei Punteggi"), ossia, ad ognuna delle attività elementari della vita quotidiana, sulla base di una valutazione del proprio Comitato Medico-Legale, MBA accerta il grado di autonomia della persona e assegna un punteggio da 0 a 10.

Lo stato di non autosufficienza è riconosciuto qualora la somma dei punteggi sia uguale o superiore a 40 punti.

##### **F.2. Accertamento dello stato di non autosufficienza**

Il Comitato Medico – Legale, eventualmente avvalendosi della consulenza tecnico-specialistica ritenuta necessaria, esaminerà e valuterà tempestivamente la documentazione ricevuta (si veda a tal proposito la Guida Operativa) entro e non oltre un mese dalla data di ricevimento della documentazione completa ed eventualmente predisporrà una visita.

In particolare, dovrà essere comunicata a MBA la seguente documentazione:

- Modulo di richiesta di rimborso (scaricabile dalla sezione personale del sito del Fondo Mutua Nazionale o richiedibile alla Centrale Salute);

- Diagnosi e/o patologia (certificato del medico curante attestante l'insorgere della non autosufficienza corredata dalla tabella dei punteggi – scaricabile dalla sezione personale del sito di MBA o richiedibile alla Centrale Salute – compilata dal medico curante);
- Relazione medica sulle cause della perdita di autosufficienza;
- Documentazione sanitaria (cartelle cliniche, relazioni mediche, accertamenti diagnostici, etc.) utile alla valutazione del quadro clinico;
- Ogni altro documento che MBA ritenga necessario produrre per attestare l'insorgenza dello stato di non autosufficienza.

MBA avrà diritto di richiedere accertamenti medici che attestino la permanenza dello stato di non autosufficienza e qualora l'accertamento evidenzi il recupero della autosufficienza, comunicherà all'Assistito Titolare la sospensione ovvero la revoca definitiva delle prestazioni.

Il venir meno dello stato di non autosufficienza o il decesso dell'Assistito Titolare dovrà essere immediatamente comunicato a MBA (dai familiari conviventi dell'Assistito Titolare). Tutti gli importi eventualmente percepiti dopo il decesso o a seguito del venir meno dello stato di non autosufficienza dovranno essere restituiti a MBA.

MBA, in ogni caso, ha la facoltà di procedere, eventualmente alla presenza del Medico curante dell'Assistito Titolare, a controlli presso il beneficiario e, in particolare, di farlo esaminare da un Medico di sua scelta. Potrà inoltre richiedere l'invio di ogni documento che ritenga necessario per valutare il suo stato di salute.

In caso di rifiuto da parte dell'Assistito Titolare a sottoporsi ad un controllo o all'invio dei documenti richiesti, l'erogazione delle prestazioni è revocata dalla data della richiesta del controllo o della documentazione da parte di MBA.

L'Assistito Titolare deve fornire tutte le informazioni necessarie relative al proprio stato di salute e si assume la responsabilità della veridicità delle dichiarazioni rese.

MBA ha facoltà di richiedere, con cadenza annuale, certificazione di permanenza in vita del beneficiario.

### **F.3. Rimborso delle spese sanitarie e assistenziali**

L'accertamento con esito positivo dello stato di non autosufficienza dà diritto, a decorrere dalla data della richiesta derivante dallo stato di non autosufficienza, al rimborso di tutte le spese sanitarie e assistenziali sostenute sia presso Centri Convenzionati (sia nella Forma Diretta che Indiretta), sia presso Centri non Convenzionati e sia presso SSN e strettamente collegate allo stato di non autosufficienza (importi cumulabili per la medesima tipologia di prestazione eventualmente riconosciuta ai sensi di altro Sussidio attivato per il tramite di MBA).

Nel limite di **€ 200,00 al mese** e fino a **24 mesi** in cui sia attivo lo stato di Non Autosufficienza, MBA provvede al sostegno dell'Assistito Titolare nel caso delle seguenti spese:

- Rimborso spese per Assistenza domiciliare (Badante, Operatore Socio-Sanitario, Infermiere, Contributo RSA)
- Trattamenti fisioterapici (anche domiciliari)
- Spese per Farmaci
- Spese per adeguamento dell'immobile, nel domicilio dell'Assistito Titolare invalido;
- Sostegno psicologico

Le prestazioni di cui sopra saranno garantite da MBA, permanendo lo stato di non autosufficienza e fermo restando il regolare versamento dei contributi dovuti o per il minor tempo intercorso qualora dovesse venir meno, per qualsivoglia motivo, lo stato di non autosufficienza ovvero la qualifica di socio.

Ai fini del rimborso delle spese di cui al presente punto F.3., l'Assistito Titolare dovrà fornire a MBA la documentazione comprovante la data, il costo e l'oggetto della prestazione di cui è presentata domanda di rimborso (fatture, certificato medico etc.).

#### **F.4. Modalità di attivazione prestazione in forma diretta**

Fermo restando quanto sopra, MBA mette a disposizione degli Assistiti un Network di Strutture e professionisti Convenzionati a cui poter accedere per le prestazioni previste dall'art. F.3.

L'Assistito Titolare, una volta accertato lo stato di non autosufficienza sulla base del punteggio raggiunto, potrà verificare con la Centrale Salute la possibilità di attivare in forma Diretta sul territorio di residenza/domicilio le seguenti prestazioni sanitarie:

- Assistenza domiciliare (Badante, Operatore Socio-Sanitario);
- Sostegno psicologico;
- Trattamenti fisioterapici (anche domiciliari)

Pertanto, qualora l'Assistito Titolare decida di avvalersi di una Struttura e/o professionista Convenzionato e di richiedere l'erogazione in forma Diretta delle prestazioni della presente Sezione, MBA procederà a rimborsare direttamente alla Struttura/professionista le spese per le prestazioni sanitarie e/o socioassistenziali erogate ed espressamente autorizzate dalla Centrale Salute.

In nessun caso, la Struttura Sanitaria e/o il professionista Convenzionato/a, potrà promuovere a qualsiasi titolo azione di rivalsa nei confronti dell'Assistito Titolare, salvo che per i crediti relativi a spese non previste ai sensi del presente Regolamento, per la parte eccedente il limite dei rimborsi previsti o per tutte le spese non espressamente autorizzate dalla Centrale Salute.

## **SEZIONE 8 - Area servizi e assistenza di centrale salute**

### **SEZIONE 8.1 Area servizi e assistenza di centrale salute - Area servizi**

#### **G. CONSERVAZIONE CELLULE STAMINALI**

Per tutto il corso di validità del presente Sussidio, l'Assistito avrà a disposizione a costi agevolati la possibilità di usufruire di convezioni presso Partner di MBA.

Grazie alle Convenzioni siglate sarà possibile per l'Assistito 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.

## ALLEGATO 1

### ELENCO DEI GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

#### Cardiochirurgia

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

#### Chirurgia Vascolare

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

#### Chirurgia Ortopedica

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

#### Chirurgia Otorinolaringoiatrica e Maxillo-Facciale

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

#### Chirurgia Urologica

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

#### Trapianti d'organo

- Tutti



## ALLEGATO 2

### TABELLA DEI PUNTEGGI PER LA DETERMINAZIONE DEL GRADO DI NON AUTOSUFFICIENZA

#### **Lavarsi**

##### 1° grado

l'Assistito è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo:

punteggio 0

##### 2° grado

l'Assistito necessita di assistenza per entrare e/o uscire dalla vasca da bagno:

punteggio 5

##### 3° grado

l'Assistito necessita di assistenza per entrare e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno:

punteggio 10

#### **Vestirsi e svestirsi**

##### 1° grado

l'Assistito è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo:

punteggio 0

##### 2° grado

l'Assistito necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi o per la parte superiore o per la parte inferiore del corpo:

punteggio 5

##### 3° grado

l'Assistito necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi sia per la parte superiore che per la parte inferiore del corpo:

punteggio 10

#### **Igiene personale**

##### 1° grado

l'Assistito è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2) e (3):

- (1) andare al bagno
- (2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi
- (3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno:

punteggio 0

### 2° grado

l'Assistito necessita di assistenza per almeno 1 o al massimo 2 dei suindicati gruppi di attività:

punteggio 5

### 3° grado

l'Assistito necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività:

punteggio 10

## **Mobilità**

### 1° grado

l'Assistito è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza assistenza di terzi:

punteggio 0

### 2° grado

l'Assistito necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici, come ad esempio la sedia a rotelle o le stampelle. È però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto:

punteggio 5

### 3° grado

l'Assistito necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi:

punteggio 10

## **Continenza**

### 1° grado

l'Assistito è completamente continente:

punteggio 0

### 2° grado

l'Assistito presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno:

punteggio 5

### 3° grado

l'Assistito è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come pannoloni, catetere o colostomia:

punteggio 10

## **Alimentazione**

### 1° grado

l'Assistito è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti:

punteggio 0

### 2° grado

l'Assistito necessita di assistenza per 1 o più delle seguenti attività:

- sminuzzare/tagliare i cibi;
- sbucciare la frutta;
- aprire contenitore/una scatola;
- versare bevande nel bicchiere:

punteggio 5

### 3° grado

l'Assistito non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale:

punteggio 10

**FONDO MUTUA NAZIONALE**

Via di Boccea 678  
00166 Roma

+39 06 56558539

[info@mutuanazionale.org](mailto:info@mutuanazionale.org)

[www.mutuanazionale.org](http://www.mutuanazionale.org)