A)

mba

mutua basis assistance

Sussidio Sanitario

Socio Banca Apulia S.p.A.
Personale non Dirigente in servizio ed in quiescenza

Il Presente Sussidio è da considerarsi parte integrante del Regolamento attuativo dello Statuto della MBA e soggetto a contributo.

Indice

Sezione 1: Definizioni	**3**
Sezione 2: Norme generali che regolano il Sussidio	**6**
Sezione 3: Norme relative a tutte le prestazioni	**7**
Sezione 4.1: Prestazioni ospedaliere	**10**
Sezione 4.2: Prestazioni extraospedaliere	**13**
Sezione 5: Norme relative ai servizi aggiuntivi della Centrale Salute	**20**
Sezione 6: Modalità di erogazione delle prestazioni	**21**

Sezione 1: Definizioni

Assistito/Assistiti: la/le persone fisiche i cui interessi sono protetti dal Sussidio, come da previsione dell'Art. 2, Sezione 2 "Norme generali che regolano il Sussidio".

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, la Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.).

Mutua: la Società Generale di Mutuo Soccorso Mutua Basis Assistance (ora innanzi anche **MBA**). con sede Formello (RM) in Via di Santa Cornelia, 9 – 00060.

Carenza: il periodo di tempo durante il quale l'eventuale sinistro non rientra in copertura.

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.

Centro medico: il centro, anche non adibito al ricovero dei malati, regolarmente autorizzato per prestazioni mediche, esami radiografici e diagnostici, analisi, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali.

Centrale Salute: gli uffici atti a gestire le procedure di rimborso e le informazioni necessarie per l'erogazione del rimborso.

Centro Convenzionato: Istituti di Cura e Centri Diagnostici Convenzionati con la MBA.

Convalescenza: periodo di tempo successivo ad un ricovero, prescritto dai medici che hanno curato l'Assistito, necessario per la guarigione clinica, ovvero per la stabilizzazione dei postumi permanenti, durante il quale l'Assistito è costretto al riposo assoluto presso il proprio domicilio.

Convenzione: documento contrattuale sottoscritto tra la MBA ed il Socio (persona giuridica o Ente) avente ad oggetto l'erogazione delle prestazioni previste dal presente Sussidio a favore del Personale Dipendente del Socio, a fronte di spese sanitarie per malattia, infortunio e parto secondo le modalità ed entro i limiti specificati dalla Convenzione medesima e dal presente Sussidio che ne costituisce parte integrante e sostanziale.

Day Hospital: la degenza in Istituto di cura che non comporti il pernottamento, documentata da cartella clinica (completa di scheda di dimissione ospedaliera), finalizzata all'erogazione di trattamenti terapeutici e/o chirurgici.

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

Evento/Data evento:

- **Prestazioni Ospedaliere**: il singolo ricovero, anche in regime di Day Hospital o il singolo intervento chirurgico ambulatoriale.
  La data dell'evento è quella in cui si è verificato il ricovero o, se non vi è stato ricovero, l'intervento chirurgico in ambulatorio.
- **Prestazioni Extraospedaliere:** tutti gli accertamenti, visite ed esami, riguardanti la stessa patologia ed inviati contemporaneamente.

La data evento è quella della prima prestazione sanitaria erogata relativa allo specifico evento.

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

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

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

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, documentato da pronto soccorso (al quale si sia fatto immediato ricorso).

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

Intervento ambulatoriale: Intervento di piccola chirurgia eseguito senza ricovero presso l'ambulatorio o lo studio medico chirurgico.

Intervento chirurgico: l'atto medico, con diretta finalità terapeutica o diagnostica, cruento, realizzato mediante l'uso di strumenti chirurgici e/o idonee apparecchiature. Si considera intervento chirurgico anche la riduzione incruenta di fratture, la diatermocoagulazione, tecnica laser o criotecnica. Eventuali biopsie effettuate nell'ambito di endoscopie non sono considerate intervento chirurgico.

Intervento chirurgico concomitante: qualsiasi procedura chirurgica effettuata nella medesima sessione dell'intervento principale.

Intramoenia: prestazioni sanitarie erogate individualmente o in equipe da professionista medico, dipendente di una struttura sanitaria pubblica, fuori dall'orario di lavoro, in regime ambulatoriale, di day hospital o di ricovero, in favore e per scelta dell'Assistito e con oneri a carico dello stesso per le prestazioni del professionista e/o per quelle della struttura sanitaria.
Le suddette prestazioni libero-professionali intramoenia possono essere svolte sia presso la struttura pubblica di appartenenza del medico (in sede) che presso altre strutture sanitarie pubbliche o private, con le quali la struttura di appartenenza del medico abbia stipulato apposita convenzione (fuori sede).

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

Lungodegenza: ricovero in cui le condizioni fisiche dell'Assistito siano tali che una guarigione non può essere raggiunta con trattamenti medici e la permanenza in un istituto di cura è resa necessaria da misure di carattere essenzialmente assistenziale o fisioterapico di mantenimento.

Malattia: ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio. La gravidanza non è considerata malattia.

Malattia Mentale: tutte le patologie mentali e del comportamento (come ad esempio psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) ricomprese nel capitolo V della 9° revisione della Classificazione Internazionale della Malattie (ICD-10 dell'OMS).

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

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

Medicina Alternativa o Complementare: le pratiche mediche "non convenzionali" definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri: agopuntura; fitoterapia; medicina ayurvedica; medicina antroposofica; medicina omeopatica; medicina tradizionale cinese; omotossicologia; osteopatia; chiropratica.

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.

Pratica: l'insieme di tutti i documenti relativi all'evento dannoso per il quale è erogato il Sussidio.

Presa in Carico: documento che la Centrale Salute, ove previsto, su richiesta dell'Assistito e dopo valutazione dell'operatività di quanto previsto dal sussidio richiesto, invia ai Centri convenzionati, con il quale la MBA si impegna in nome e per conto dell'Assistito, a pagare le prestazioni effettuate dai Centri convenzionati in favore dell'Assistito, nei limiti di quanto previsto dal regolamento del sussidio.

Protesi acustiche (apparecchio acustico): è un dispositivo elettronico esterno indossabile avente la funzione di amplificare e/o modificare il messaggio sonoro, ai fini della correzione qualitativa e quantitativa del deficit uditivo conseguente a fatti morbosi, avente carattere di stabilizzazione clinica.

Protesi ortopediche: sostituzione artificiale di parte degli arti del corpo (escluse pertanto le ortosi, ovvero: tutori, busti, ginocchiere, plantari).

Quote di spesa a carico dell'Assistito: importi di spesa effettuati che rimangono a carico dell'Assistito espressi in percentuale e in quota fissa (dette anche scoperti e franchigie).

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.

Ricovero Improprio: la degenza, sia con che senza pernottamento in Istituto di Cura, che non risulta essere necessaria in riferimento al quadro clinico, durante la quale non viene praticata alcuna terapia complessa e vengono eseguiti solo accertamenti diagnostici che normalmente vengono effettuati in regime ambulatoriale senza alcun rischio o particolare disagio per l'Assistito.

Rimborso: la somma dovuta dalla MBA al Socio Titolare in caso di evento rimborsabile.

Rischio: la probabilità che si verifichi l'evento.

Socio: la persona giuridica, la persona fisica o l'Ente regolarmente Iscritta alla MBA, a seguito di accettazione della domanda di iscrizione.

Socio Titolare: la persona fisica dipendente in servizio o in quiescenza appartenente alla categoria del Personale non Dirigente della Banca Apulia S.p.A. regolarmente iscritta alla MBA in qualità di Socio, il cui interesse è protetto dal Sussidio, residente stabilmente in Italia, nel territorio della Repubblica di San Marino, nelle Città del Vaticano o nell'Unione Europea.

Sport Professionistico: attività svolta da atleti che esercitano, a titolo oneroso, continuativo o in via prevalente rispetto ad altre attività professionali, una disciplina sportiva.

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

Sussidio: la prestazione oggetto del Regolamento attuativo.

Trattamenti Fisioterapici e Riabilitativi: prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da medico o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, effettuate esclusivamente presso Centri Medici, tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio rimborsabili a termine di Sussidio.
Dalla presente copertura dovranno, in ogni caso, ritenersi escluse tutte le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica, nonché le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica.

Visita Specialistica: la prestazione sanitaria, effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e per prescrizioni di terapie cui tale specializzazione è destinata. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale. Non sono considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in Medicina Generale e Pediatria.

CoopSalute S.C.p.A.: Società incaricata da MBA di operare come Centrale Salute, ed a disposizione degli Assistiti, per tutto il corso di validità del presente Sussidio.

Sezione 2: Norme Generali che regolano il Sussidio

Art. 1 - Persone Iscritte
Le prestazioni garantite dal presente Sussidio sono prestate in favore del Socio Titolare e del nucleo famigliare come di seguito indicato.

Art. 2 - Nucleo Familiare
Il Sussidio è valido per:
- il Socio Titolare in servizio e per i suoi famigliari fiscalmente a carico (coniuge e figli);
- il Socio Titolare in quiescenza e per il coniuge fiscalmente a carico.

E' prevista inoltre l'opportunità per il Socio Titolare, previo il versamento del relativo contributo, di iscrivere:
- i famigliari fiscalmente non a carico purché conviventi (coniuge, figli, convivente more uxorio), quali interamente risultanti dallo stato di famiglia del Socio Titolare in servizio;
- i famigliari fiscalmente a carico e non purché conviventi (coniuge, figli, convivente more uxorio), quali interamente risultanti dallo stato di famiglia del Socio Titolare in quiescenza.

Indicando i nominativi dei propri famigliari, il Socio Titolare autocertifica il rispetto dei

requisiti degli stessi per beneficiare del Sussidio. E' altresì necessario comunicare tempestivamente alla MBA eventuali modificazioni del nucleo familiare e/o eventuali sopravvenienze in corso di validità del Sussidio (cfr. art. 11).

Art. 3 - Dichiarazioni e comunicazioni del Socio Titolare

Le dichiarazioni inesatte o reticenti, del Socio Titolare rese al momento della domanda di ammissione, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto al pagamento della somma dovuta dalla MBA in caso di evento rimborsabile.

Art. 4 - Persone non garantite e risoluzione del Sussidio

Ai fini della fruibilità delle prestazioni, non è previsto alcun limite di età per il Personale in servizio e per il loro nucleo familiare di base.
Per i familiari del nucleo di base dove è previsto il pagamento di un contributo aggiuntivo a carico dell'Assistito, la fruibilità delle prestazioni permane fino al limite di età di 80 anni.
Per il Personale in quiescenza e relativi familiari la fruibilità delle prestazioni permane fino al limite di età di 85 anni.
Per le persone di età superiore a 85 anni compiuti, già assistite ed in continuità di copertura, la copertura stessa potrà proseguire, con un incremento di premio del 50%.

Non sono assistibili le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza e sieropositività HIV. Nel caso di manifestazione di una di dette malattie nel corso della validità del Sussidio, l'assistenza cessa con il loro manifestarsi nei modi e nei termini previsti dall'articolo 1898 del Codice Civile. Viene prevista la possibilità di accedere alla copertura anche ai soggetti portatori di handicap mentali, o che assumono farmaci psicotropi a scopo terapeutico, nei limiti di quanto previsto dalle esclusioni.

Art. 5 - Massimali

Tutti i massimali menzionati nel presente Sussidio sono da intendersi per nucleo e per anno di validità del Sussidio, salvo casi specifici dove viene espresso diversamente nelle singole prestazioni.

Art. 6 - Foro Competente

Foro competente è quello del luogo di residenza o domicilio dell'Assistito.

Art. 7 - Rinvio alle norme

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

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

Art. 8 – Termini di Aspettativa (Carenze)

La decorrenza delle prestazioni indicate nel presente Sussidio, non prevedono periodi di carenza.
Fanno eccezione i familiari non a carico dei quiescenti non in continuità di copertura, per i quali l'assistenza decorre:

- per le malattie che siano conseguenza di situazioni patologiche insorte, secondo giudizio medico, anteriormente alla stipulazione del contratto, dal 90° giorno successivo a quello in cui ha effetto la copertura;
- per ogni altra malattia o infortunio, dal giorno in cui ha effetto l'assicurazione.

9. Estensioni

Sono inclusi:

- infortuni, malattie (anche croniche e recidivanti), malformazioni, stati patologici, che abbiano dato origine a cure,

esami, diagnosi, anteriormente alla data di decorrenza della polizza;
- I difetti fisici la cui correzione non sia stata possibile o indicata nei primi 3 anni di vita e che rappresentino rischio oggettivo di conseguenze o complicanze patologiche per l'Assistito;

salvo quanto previsto nel successivo capitolo "Esclusioni".

Art. 10 - Esclusioni

- le intossicazioni dovute ad abuso di alcolici e psicofarmaci, uso stupefacenti (salvo al somministrazione terapeutica), allucinogeni, e simili;
- gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere od in conseguenza di proprie azioni delittuose;
- gli infortuni sofferti sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o simili (non assunte a scopo terapeutico);
- gli infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idroscì, sci acrobatico, sport aerei, sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore (e relative prove);
- gli infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
- le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale a cui l'Assistito abbia preso parte volontariamente;
- le conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- le conseguenze di qualsiasi atto di terrorismo;
- le spese sostenute in conseguenza di malattie mentali ricomprese capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e/o dell'assunzione di farmaci psicotropi a scopo terapeutico, salvo quanto previsto all'art. 4.2.4;
- interruzione volontaria della gravidanza;
- gli interventi di chirurgia plastica a scopo estetico salvo i seguenti casi: i) a scopo ricostruttivo, anche estetico, per bambini che non abbiano compiuto il terzo anno di età; ii) a scopo ricostruttivo a seguito di infortunio; iii) a scopo ricostruttivo a seguito di interventi demolitivi per tumori maligni;
- le cure dentarie, paradentarie, ortodontiche, le protesi dentarie e i trattamenti odontostomatologici (effettuati anche in regime di ricovero, Day Hospital, Intervento Ambulatoriale), salvo quanto previsto all'art. 4.2.6 "Cure Dentarie da malattia"; sono comunque esclusi i trattamenti sopra indicati resi necessari da situazioni patologiche, stati patologici o necessità di sostituzione di protesi per grave usura già in atto al momento della decorrenza del presente Sussidio;
- estrazione di denti decidui (da latte);
- le procedure sperimentali;
- cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, salvo quanto previsto all'art. 8 della presente Sezione 3;
- cure omeopatiche ed omeopatia in genere;
- trattamenti di medicina alternativa, salvo quanto previsto all'art. 4.2.5;
- ogni conseguenza di anoressia e bulimia;
- lungodegenze, intese quali ricoveri determinati da condizioni fisiche dell'Assistito che non consentano più la guarigione con trattamenti medici o che rendono necessaria la permanenza in Istituto di Cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- tutte le procedure, accertamenti ed interventi relativi all'infertilità o finalizzati

alla fecondazione assistita, della sterilità e/o impotenza;
- gli interventi e le cure delle miopie e/o astigmatismo e correzione del visus, salvo quanto previsto dal presente Sussidio;
- le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica nonché prestazioni e terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale quali per esempio le omeopatiche e fitoterapiche;
- le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi e le prestazioni non effettuate da medico o Centro medico, ad eccezione di quelle infermieristiche;
- cure ed interventi relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo, i vaccini;
- le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di legge o gli onorari di medici non iscritti al relativo albo professionale e/o privi di abilitazione professionale;
- ricoveri impropri.

Art. 11 - Prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Nazionale in ambito di strutture intramoenia.

Le prestazioni connesse con ricoveri, con prestazioni di medici e/o di tipo specialistico extraospedaliero, erogate dal Servizio Sanitario Nazionale in ambito di strutture Intramoenia (v. DEFINIZIONI) al di fuori delle convenzioni con MBA, sono equiparate a tutti gli effetti a prestazioni private e pertanto sono soggette alle relative franchigie e scoperti previsti nel presente Sussidio per le prestazioni private (fatto salvo quanto diversamente ed espressamente indicato nel Sussidio).

Art. 12 - Limiti territoriali

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

Art. 13 - Durata del Sussidio

Il presente Sussidio ha durata di due anni e decorre dal 1° gennaio 2016. La Banca Apulia S.p.A. si riserva la facoltà di recedere dalla Convenzione allo scadere del primo anno (31 dicembre 2016).

Art. 14 - Variazioni del nucleo famigliare in corso di anno: inclusione/esclusione degli Assistiti

Il Socio Titolare, entro 30 gg. dall'evento, deve comunicare le variazioni del proprio stato famigliare alla MBA.
L'assistenza si intende automaticamente operante nei confronti dei neonati purché la comunicazione ad MBA venga effettuata entro 30gg dalla nascita; in difetto l'assistenza entrerà in vigore dal momento della comunicazione.
Resta inteso che la copertura si intende inoltre estesa alle cure ed agli interventi chirurgici conseguenti a malformazioni e/o difetti fisici purché effettuati entro 3 anni dalla nascita.

Sezione 4.1: PRESTAZIONI OSPEDALIERE

La MBA rimborsa:

4.1.1 - RICOVERO CON E SENZA INTERVENTO CHIRURGICO, EFFETTUATO IN ISTITUTO DI CURA, O INTERVENTO AMBULATORIALE

A) prima del ricovero

- gli accertamenti diagnostici, gli esami di laboratorio, le visite specialistiche effettuati entro il numero di giorni precedenti al ricovero o all'intervento chirurgico, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero o l'intervento chirurgico;

B) durante il ricovero

- gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico;
- i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento, gli apparecchi protesici e/o endoprotesici o terapeutici applicati durante l'intervento;
- le rette di degenza, con esclusione di quelle concernenti il *comfort* o i bisogni non essenziali del degente;
- l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, i medicinali, gli esami, i trattamenti fisioterapici e riabilitativi;

C) dopo il ricovero

- gli accertamenti diagnostici, gli esami di laboratorio, le visite specialistiche, l'acquisto dei medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali i trattamenti fisioterapici e riabilitativi, le cure termali (escluse le spese alberghiere), effettuati entro il numero di giorni successivi al ricovero o all'intervento chirurgico, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero o l'intervento chirurgico.

D) trapianti

- qualora l'Assistito sia donatore vivente, in caso di trapianto di organi o parte di essi, la società rimborsa le spese come sopra descritto. In caso di trapianto effettuato sull'Assistito, sono anche ricomprese le spese di ricovero del donatore vivente per il prelievo dell'organo e in ogni caso le spese per il trasporto di organi o parte di essi.

4.1.2 - DEGENZA IN REGIME DI DAY HOSPITAL

A) durante la degenza

- le spese con gli stessi limiti e alle stesse condizioni previste al punto 4.1.1- lett. B) "durante il ricovero".

B) prima e dopo la degenza (esclusivamente in caso di intervento chirurgico)

- gli accertamenti diagnostici, gli esami di laboratorio, le visite specialistiche sostenuti entro il numero di giorni precedenti e successivi alla degenza, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario la stessa.

4.1.3 - PARTO NATURALE, PARTO CESAREO ED ABORTO TERAPEUTICO

Le spese di cui al punto 4.1.1 – lett. A) "prima del ricovero", lett. B) "durante il ricovero" e lett. C) "dopo il ricovero" entro i limiti e sub massimali indicati nel Sussidio. I sub massimali si intendono comprensivi di tutte le procedure chirurgiche concomitanti eventualmente eseguite.

4.1.4 - SPESE IN GRAVIDANZA (ANCHE SENZA PATOLOGIA)

Le spese per onorari medici, esami ed accertamenti diagnostici (ivi compresa l'amniocentesi).

4.1.5 - RETTE DI DEGENZA DELL'ACCOMPAGNATORE

Il vitto ed il pernottamento in Istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assistito, debitamente documentate (fatture, notule, ricevute, ecc).

4.1.6 - TRASPORTO MALATO

Il trasporto dell'Assistito presso un Istituto di Cura (andata e ritorno) e da un Istituto di Cura ad un altro, con mezzi sanitariamente attrezzati, sia in Italia che all'Estero. In ogni caso è escluso l'utilizzo di eliambulanze.

4.1.7 - INDENNITÀ SOSTITUTIVA

Qualora l'Assistito non richieda alcun rimborso per spese sostenute durante il ricovero, la MBA corrisponde un'indennità sostitutiva, indicata nel Sussidio per ciascun giorno di ricovero, per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia, dell'infortunio e del parto, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio in dipendenza di tali eventi.
In caso di pernottamento in pronto soccorso la diaria suddetta è esclusa.
Ai fini del calcolo dei giorni, in caso di ricovero, il primo e l'ultimo giorno sono considerati come un unico giorno.
La MBA rimborsa le spese con gli sessi limiti e alle stesse condizioni descritte al punto 4.1.1 – lett. A) "prima del ricovero" e lett. C) "dopo il ricovero", sostenute nei giorni precedenti e successivi al ricovero.

Per i ricoveri e/o Day Hospital durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica , possono essere effettuati anche in ambulatorio (c.d. "ricoveri impropri"), le relative spese verranno rimborsate nell'ambito delle prestazioni di cui agli artt. 4.2.1 "Spese Extraospedaliere e/o di Alta Diagnostica" e/o 4.2.2 "Visite Specialistiche ed Accertamenti Diagnostici".

Nel caso in cui l'Assistito si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, di seguito SSN, i ticket sono rimborsati al 100%.

Gli interventi per cure dentarie, resi necessari per cause diverse dall'infortunio, sono esclusi sia dalla garanzia day hospital che ambulatoriale.

4.1.9 - ELENCO DEI GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

CARDIOCHIRURGIA

- Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione
- Sosti tuzione valvolare singola e 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
- Reinterventi in CECper protesi valvolari o settali, bypass Ao-Co

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 linfoadenectomia
- Esofagectomia totale
- Gastrectomia totale con linfoadenectomia
- Esofago-gastrectomia per via toraco-laparotomica
- Amputazione del retto per via addomino-perineale o addomino-sacrale

CHIRURGIA PEDRIATRICA

- Asportazione tumore di Wilms
- Atresia dell'esofago
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino-perineale
- Atresia dell'ano con fistola retto-ureterale, retto-vulvare: abbassamento addomino-perineale
- Fistola congenita dell'esofago
- Interventi per fistole e cisti del canale onfalomesenterico con resezione intestinale
- Megacolon: resezione anteriore; operazione addomino-perineale secondo Duhamei o Swenson
- Interventi per megauretere
- Polmone cistico o policistico (lobectomia o pneumonectomia)
- Spina bifida: mielomenigocele

CHIRURGIA GINECOLOGICA

- Eviscerazione pelvica
- Vulvectomia allargata con linfoadenectomia
- Isterectomia totale con annessiectomia e linfoadenectomia per tumori maligni

CHIRURGIA ORTOPEDICA

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

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

Sezione 4.2: PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

4.2.1 - SPESE EXTRAOSPEDALIERE E/O DI ALTA DIAGNOSTICA

La MBA provvede al rimborso delle spese per le seguenti prestazioni extra-ospedaliere e/o di alta diagnostica strumentale:

- Amniocentesi e prelievo villi coriali (in presenza di anomalia del feto conosciuta o sospetta oppure gestante oltre i 35 anni di età)
- Angiografia (anche digitale)
- Arteriografia (anche digitale)
- Biopsie
- Broncoscopia
- Cistografia
- Colonscopia
- Coronarografia
- Diagnostica radiologica
- Dialisi
- Doppler
- Duodenoscopia
- Ecodoppler
- Ecografia
- Elettrocardiografia
- Elettroencefalografia
- Esofagoscopia
- Gastroscopia
- Laserterapia
- M.O.C.
- Mammografia
- Rettoscopia
- R.M.N.
- Scintigrafia
- T.A.C.
- Telecuore
- Uroflussometria
- Urografia
- Cure delle malattie neoplastiche (cobaltoterapia, chemioterapia, terapie radianti, etc.)
- Cure dentarie rese necessarie da infortunio effettuate in ambulatorio
- Applicazione di apparecchio gessato

Le prestazioni non espressamente indicate nel Sussidio non sono rimborsabili.

4.2.2 - VISITE SPECIALISTICHE ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

La MBA, su prescrizione medica indicante la motivazione clinica, provvede al rimborso per le seguenti spese (con esclusione delle prestazioni indicate al precedente punto 4.2.1):

- onorari dei medici per viste e prestazioni specialistiche (escluse quelle odontoiatriche, ortodontiche, nonché i trattamenti fisioterapici);

- analisi di laboratorio ed esami diagnostici (ivi compresi gli onorari medici);
- visite pediatriche prescritte da medico pediatra ed effettuate fino a 10 anni di età.

4.2.3 - PROTESI ORTOPEDICHE ED APPARECCHI ACUSTICI

La MBA rimborsa le spese per l'acquisto e la riparazione di protesi ortopediche ed apparecchi acustici (sono esclusi i plantari e/o tutori in genere e quanto a questi di simile e/o equivalente).

4.2.4 - TRATTAMENTI FISIOTERAPICI – CURE TERMALI – TRATTAMENTI PSICOPERAPICI

La MBA rimborsa le spese per trattamenti fisioterapici e rieducativi, idroterapici e termali (escluse le spese di natura alberghiera) per il trattamento di malattie o di conseguenze di infortunio, ancorché non vi sia stata degenza in istituto di cura.
Sono comprese, inoltre, le spese per trattamenti psicoterapici, sempreché eseguiti da medici specialisti (no psicologo o psicoanalista).

4.2.5 - OSTEOPATIA

La MBA rimborsa le spese per trattamenti osteopatici prescritti da medico con specializzazione attinente alla patologia sofferta ed effettuati da medico specialista o da fisioterapista o da osteopata diplomati.

4.2.6 - CURE DENTARIE DA MALATTIA (garanzia esclusa per tutto il personale in quiescenza e relativi familiari)

La MBA, a seguito di malattia, rimborsa le spese odontoiatriche sostenute dall'Assistito esclusivamente per le prestazioni indicate nel tariffario odontoiatrico allegato (ALLEGATO 2).
Si precisa inoltre che la MBA rimborserà all'Assistito:

- le prestazioni di ortodonzia con il sub massimale di € 1.000 e franchigia di € 200 per sinistro;
- fino alla concorrenza di € 1.000 vengono rimborsate le prestazioni di implantologia dentale (per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione) e gli interventi chirurgici ambulatoriali odontoiatrici conseguenti alle seguenti patologie:
  - osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso;
  - cisti follicolari;
  - cisti radicolari;
  - adamantinoma;
  - odontoma;
  - ascesso dentario da strumento endoodontico endocanalare.

4.2.7 - LENTI

Sono rimborsabili le spese sostenute per l'acquisto lenti anche a contatto, comprese le "usa e getta" (escluse le montature) a seguito di modifica del visus certificato da medico oculista o optometrista regolarmente abilitato, per il recupero dell'attività di socializzazione volta a favorire stili di vita attivi; andrà inoltre specificato se si tratti di prescrizione per prime lenti.

Si precisa inoltre che è necessario presentare alla MBA il certificato di conformità rilasciato dall'ottico, come da D. Lgs del 24.02.97 n.46.

4.2.8 - INDENNITA' PER MALATTIA ONCOLOGICA

Qualora l'Assistito venga colpito dall'insorgenza di una malattia oncologica, la MBA si obbliga a corrispondere allo stesso la somma indicata nella tabella allegata.
Per malattia oncologica si intende una neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale.

La presente garanzia è operante a condizione che la data della prima diagnosi – comprovata da certificazione medica e cartella clinica – sia successiva alla data di effetto del Sussidio o comunque successiva alla data di inserimento in copertura dell'Assistito.
Il pagamento di tale indennità verrà corrisposto una sola volta per l'intero periodo di durata previsto dal Sussidio, compresi casi di rinnovo o ripresa di Sussidi esistenti.
La presente garanzia opera in caso di permanenza in vita dell'Assistito alla data della richiesta di rimborso.

4.2.9 - MEDICINA PREVENTIVA – garanzia valida esclusivamente per il personale in servizio e per il coniuge/more uxorio

- **Per gli Assistiti di sesso maschile:**
  spese sostenute per visite cardiologiche con ECG (anche con sforzo massimale se ritenuto necessario), ecografie all'addome, per visite ed accertamenti prostatici ed urologici, esami citologici delle urine, l'accertamento dell'antigene prostatico specifico.
- **Per gli Assistiti di sesso femminile:**
  spese sostenute per l'effettuazione del pap-test, visite ginecologiche, mammografie ed ecografie mammarie in rapporto all'età e per visite cardiologiche con ECG (anche con sforzo massimale se ritenuto necessario).
- **Per tutti gli Assistiti:**
  elettroforesi, esame completo urine, esame del sangue completo, feci – ricerca sangue occulto (ripetuto 3 volte), epiluminescenza (controllo nevi), visite oculistiche.

4.2.10 - PALESTRA E PISCINA

La MBA rimborsa la quota di abbonamento annuo presso una palestra o piscina per la frequenza esclusivamente del corso di nuoto o di ginnastica posturale. L'attività sportiva deve essere richiesta da un ortopedico specialista a seguito di specifica patologia posturale.

SOC. GEN. DI MUTUO SOCCORSO MUTUA BASIS ASSISTANCE
Sede: Via di Santa Cornelia, 9 CAP 00060 – Formello (RM)
C.F. 97496810687
Associata ANSI

mba
mutua basis assistance

ALLEGATO 1: Scheda Riassuntiva

N.B.: se non diversamente indicato, i massimali si intendono per anno/nucleo e gli scoperti/franchigie per evento

	PRESTAZIONI OSPEDALIERE (4.1)	Massimali/somme rimborsabili – scoperti e franchigie
PRESTAZIONI OSPEDALIERE (4.1)	Ricovero con/senza intervento; DH con/senza intervento	
	Massimale	Euro 350.000
	Condizioni	
	Diretta	100%
	Rimborso	Scoperto 20% min. € 1.000 e max 5.000
	- Grandi interventi	100%
	- Ricoveri a pagamento in ospedale pubblico/AOP (reparto solventi)	100%
	Limite retta di degenza a rimborso	100%
	Pre/post	120/120 giorni
	Sub massimali (*)	
	Parto Naturale	Euro 4.000 – scoperto 10%
	Parto Cesareo e Aborto terap. e int. Concomitanti	Euro 6.000
	Spese per gravidanza	Euro 1.600 – scoperto 10% limite € 200 per fattura
	Chirurgia refrattiva	Euro 1.500 per occhio – scoperto 20%
	Interventi ambulatoriali	
	Diretta	100%
	Rimborso	Franchigia € 150 per evento
	Accompagnatore	Euro 70 massimo 60 gg.
	In caso di malattie neoplastiche maligne	Euro 40/gg (se DH del malato)
	Trasporto malato	Euro 3.000
	Indennità sostitutiva	
	Ricovero con/senza intervento	Euro 100 al dì max 250 gg.
	DH	Euro 60 al giorno
	Pre/post	120/120 giorni

(*): le condizioni di ricovero si applicano anche alle prestazioni con sub massimali

PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE (4.2)

PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE (4.2)	Massimali/somme rimborsabili – scoperti e franchigie
4.2.1 – Spese Extraospedaliere e/o di Alta Diagnostica	(da elenco)
Massimale Alta Diagnostiche Condizioni	Euro 15.000
Diretta Rimborso	100% Scoperto 20% min. € 50
Ticket	100%
4.2.2 – Visite Specialistiche ed Accertamenti Diagnostici	
Massimale	Entro il max di 4.2.1 – Spese Extr. e/o di Alta Diagnostica
Diretta Rimborso	100% Scoperto 20% min. € 50
Visite specialistiche Diretta/rimborso	Scoperto 15% minimo € 20
Visite pediatriche fino a 10 anni di età (sub massimale) Ticket	Euro 1.000 scoperto 15% minimo € 20 100%
4.2.3 – Protesi ortopediche ed apparecchi acustici	
Massimale Condizioni	Entro il max di 4.2.1 – Spese Extr. e/o di Alta Diagnostica Al 100%
4.2.4 – trattamenti Fisioterapici – cure termali – trattamenti psicoterapici	
Massimale Diretta Rimborso	Euro 2.500 Scoperto 15% max 250 per evento Scoperto 20% max 200 per evento
4.2.5 – trattamenti osteopatici	
Massimale Condizioni	Euro 1.500 Scoperto 25%
4.2.6 – cure dentarie (no pensionati e relativi familiari)	
Massimale	Euro 3.000
Condizioni: sub massimale interventi implantologia e interventi ambulatoriali odontoiatrici	Euro 1.000
Diretta Rimborso	100% Scoperto 20%
sub massimale (da tariffario) sub limite ortodonzia (no tariffario)	Euro 2.000 Euro 1.000 – franchigia € 200 per evento
4.2.7 – lenti	
Massimale Diretta/Rimborso	Euro 850 Scoperto 20% min. € 30
4.2.8 – indennità per malattia oncologica	
Massimale Condizioni	Euro 4.500 Al 100%
4.2.9 – medicina preventiva (per il personale in servizio e coniuge/more uxorio)	
Massimale Condizioni	Euro 1.000 anno/persona Al 100%
4.2.10 – Palestra e Piscina Massimale	Euro 400

ALLEGATO N. 2

I vincoli tecnici ed i limiti temporali stabiliscono le modalità e il numero di prestazioni di cui è possibile ottenere il rimborso (sia in forma diretta che indiretta).
I vincoli e limiti del Tariffario si applicano in ogni caso per assicurato.
Qualora si rendessero necessarie ulteriori prestazioni rispetto a quelle previste, esse dovranno essere fatturate applicando le tariffe del Tariffario e saranno a carico dell'Assicurato.
Tute le prestazioni del Tariffario comprendono la manodopera.
Tutte le immagini radiografiche, eseguite su indicazione del medico specialista esclusivamente per motivi di natura clinica prima, durante o dopo le cure, possono essere richieste a comprova delle cure medesime.
Ove richieste, le fotografie digitali devono riportare la data, il codice fiscale dell'assicurato e la firma dell'odontoiatra.

A – PARTE GENERALE – IGIENE – PARODONTOLOGIA

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
03	Rx endorale (per due elementi)	16,00		
04	Fotografia digitale endorale	8,00	Solo ove richiesta	In numero max 2 (prima e dopo)
05	Ortopantografia	35,00		
06	Teleradiografia	60,00		Solo una volta
10	Levigatura e courettage gengivale (per 4 elementi)	40,00	Esclude il codice 08	Una volta ogni 12 mesi
12	Chirurgia muco-gengivale incluso qualsiasi tipo di lembo e suture e relative endorali (per emiarcata)	150,00	Comprovata da foto digitale endorale prima e dopo. Esclude il codice 49	Una volta ogni 12 mesi
49	Chirurgia ossea resettiva incluso qualsiasi tipo di lembo e suture e relative endorali (per emiarcata)	250,00	Comprovata da foto digitale endorale prima e dopo. Esclude il codice 12	1 ogni 5 anni
13	Innesto autologo o di materiale biocompatibile (sito singolo o multiplo)	260,00	Comprensivo di prelievi d'osso autologo o di materiali biocompatibili e membrane	Una sola volta
47	Innesto autologo o di materiale biocompatibile (sito singolo o multiplo) con membrana (per emiarcata)	350,00	Comprensivo di prelievi d'osso autologo o di materiali biocompatibili o membrane	Una sola volta

B – CHIRURGIA

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
14	Estrazione di dente o radice	80,00		
50	Estrazione di terzo molare in inclusione ossea parziale e relative endorali	175,00	Comprovata da rx	
15	Estrazione di terzo molare in inclusione ossea totale e relative endorali	350,00	Comprovata da rx	
16	Apicectomia (esclusa terapia canalare) e relative endorali	300,00	Comprovata da rx	
17	Rizotomia e relative endorali	120,00	Comprovata da rx	
48	Rizectomia – per elemento	130,00	Comprovata da rx	
18	Interventi di piccola chirurgia orale (frenulectomia – incisione di ascesso – asportazione di epulide o cisti mucose – opercolotomia – intervento chirurgico preprotesico) e relative endorali	120,00	Comprovata da rx o foto digitale endorale	

C – CONSERVATIVA - ENDODONZIA

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
19	Otturazione in composito o amalgama indipendente dalla classe o da più classi sullo stesso dente	90,00	Compreso eventuale incappuccia mento della polpa	Ogni 24 mesi sullo stesso elemento
20	Intarsi in LP o LNP o ceramica – Inaly o Onlay per elemento	350,00		Ogni 5 anni
62	Terapia endodontica ad un canale	130,00	Compresa otturazione del canale, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	
51	Ritrattamento endodontico un canale	150,00	Compresa otturazione del canale, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	
63	Terapia endodontica a due canali	170,00	Compresa otturazione dei canali, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	
52	Ritrattamento endodontico a due canali	200,00	Compresa otturazione dei canali, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	
64	Terapia endodontico a tre o quattro canali	220,00	Compresa otturazione dei canali, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	
53	Ritrattamento endodontico a tre o quattro canali	250,00	Compresa otturazione dei canali, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	
54	Perno endocanalere prefabbricato in grafite o zirconio per ricostruzione coronale	50,00	1 solo perno per elemento, indipendentemente dal numero delle radici. Comprovato da rx	

F – GNATOLOGIA

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
40	Placca occlusale o bite	400,00	Richiesta certificazione del laboratorio	Ripetibile dopo 12 mesi solo se necessità comprovata da invio modelli
41	Molaggio selettivo per arcata	60,00	Indipendentemente dal numero di sedute	Una sola volta
42	Esame elettromiografico e/o kinesiografico	300,00	Da allegare alla fattura	Una sola volta

SEZIONE 5: NORME RELATIVE AI SERVIZI AGGIUNTIVI DELLA CENTRALE SALUTE

5.1 CONVENZIONE CONSERVAZIONE CELLULE STAMINALI

Per tutto il corso di validità del presente Sussidio, gli Assistiti avranno 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 gli Assistiti 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 catastrofali.

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

Per tutto il corso di validità del presente Sussidio, gli Assistiti avranno a disposizione il supporto della Centrale Salute della MBA. Tutti i servizi erogati sono gestiti da COOPSALUTE S.C.p.A.con sede in Formello (RM), che è incaricata dalla MBA di:

- operare come Centrale Salute attraverso il **Numero Verde dedicato .....**, attivo dal Lunedì al Venerdì dalle ore 8,30 alle ore 17,30 con orario continuato per:
  - informazioni generiche sui sussidi della MBA e sull'operatività delle garanzie e dei servizi;
  - informazioni sulle Strutture Sanitarie Convenzionate;
  - informazioni relative alle modalità di accesso alle prestazioni in forma diretta e indiretta;
  - informazioni relative allo stato delle pratiche di rimborso e/o pratiche dirette (autorizzazioni);
  - informazioni per l'erogazione dei sussidi in emergenza della sezione;
  - offrire l'accesso diretto alle strutture sanitarie convenzionate.
- gestire le pratiche di rimborso sia in forma diretta che indiretta fornendo quindi alla MBA gli strumenti per effettuare i pagamenti, ove previsti, al Socio Titolare e/o alle strutture convenzionate.

Sarà possibile quindi contattare e/o scrivere alla Centrale Salute per ricevere i servizi/prestazioni del presente Sussidio tramite:

Numero Verde Nazionale: .....
Numero dall'Estero: .....
Fax: : .....
e-mail: ..... (per il servizio di presa in carico)
..... (per inoltro richieste di rimborso, regolarizzazione documentazione)
..... (per ogni altro genere di informazioni)
Indirizzo: Via di Santa Cornelia, 9 - 00060 - Formello (RM)

6.2 CRITERI DI RIMBORSO

a) Pagamento diretto, Presa in Carico (PIC) ed obblighi degli Assistiti.

E' riconosciuta agli Assistiti la facoltà di accedere alle prestazioni sanitarie (oggetto di copertura e resesi necessarie da stato di malattia o infortunio) presso le Strutture Convenzionate appartenenti al Network Sanitario a tariffe agevolate, senza necessità di anticipare alcun importo se non quanto eventualmente previsto dal Sussidio di riferimento (eventuali quote di spesa a carico, esaurimento massimali, prestazioni non previste/escluse e comunque non oggetto di specifica autorizzazione da parte della Centrale Salute).

Per attivare la modalità di accesso alle prestazioni in Forma Diretta, l'Assistito dovrà:

- accertarsi, tramite il Numero Verde o sul sito di COOPSALUTE (nella sezione relativa al Network Convenzionato), che la Struttura e l'Equipe medico-chirurgica e/o gli altri specialisti coinvolti siano convenzionati ;
- effettuare autonomamente la prenotazione della prestazione sanitaria prendendo contatti direttamente con la Struttura Convenzionata;
- comunicare la richiesta di Presa in Carico (PIC) compilando ed inviando (via mail/fax) il relativo **Modulo** alla Centrale Salute (scaricabile da Sito Internet o da richiedersi telefonicamente alla Centrale Salute).

La richiesta dovrà avvenire almeno 3 giorni lavorativi precedenti la data fissata per la prestazione (salvo casi di comprovata urgenza da certificare ed inviare alla Centrale Salute anche per mezzo della stessa Struttura Sanitaria).

Il **Modulo di Pagamento Diretto** deve essere compilato e sottoscritto, segnatamente per la parte relativa all'autorizzazione al trattamento dei dati sensibili, in assenza della quale autorizzazione, la richiesta di presa in carico non potrà essere gestita dalla Centrale Salute. Necessario indicare sempre un numero di telefono cellulare e un indirizzo e-mail per le successive comunicazioni inerenti il buon esito della Richiesta di Presa In Carico.

La richiesta di Presa in Carico dovrà sempre essere corredata anche da prescrizione medica indicante diagnosi/quesito diagnostico con indicazione della prestazione sanitaria da effettuare. La Centrale Salute provvederà, alla presa in carico della prestazione presso il Centro convenzionato richiesto e ne informerà l'Assistito. Nel caso in cui la prestazione sanitaria da erogarsi subisca variazioni rispetto a quella oggetto della Richiesta di Presa in Carico ed autorizzata alla Struttura Sanitaria, l'Assistito dovrà farsi "parte attiva" e richiedere alla Centrale Salute la Presa in Carico della nuova prestazione anche per il tramite della Struttura stessa (se impossibilitato). La nuova richiesta costituirà oggetto di rettifica/riemissione della precedente già emessa dalla Centrale Salute. Nel caso in cui L'Assistito non possa effettuare la prestazione già richiesta, dovrà darne comunicazione alla Centrale Salute che annullerà l'autorizzazione già inoltrata alla Struttura Sanitaria. L'Assistito deve inoltre, all'atto di dimissione dal centro convenzionato, sottoscrivere i documenti fiscali emessi dal centro o dall'equipe medica convenzionata per il riconoscimento delle prestazioni delle quali ha fruito e altri documenti richiesti dal centro convenzionato, in quanto idonei a consentire il pagamento diretto di cui sopra. Analoga sottoscrizione deve essere rilasciata ai medici specialisti convenzionati. La documentazione verrà inoltrata dalla Struttura Sanitaria direttamente alla Centrale Salute e non verrà restituita se non su richiesta avanzata e documentata delle competenti Autorità /Amministrazioni Finanziarie.

L'Assistito delega la MBA a pagare o a far pagare, in nome e per suo conto, le spese sostenute per le prestazioni oggetto di Autorizzazione. Le prestazioni non previste dal Sussidio nonché le eventuali quote di spesa a carico dell'Assistito e qualsiasi altra spesa sostenuta e non oggetto di specifica autorizzazione saranno invece direttamente pagate dall'Assistito alla Struttura Convenzionata e/o al medico specialista convenzionato e/o all'equipe medico-chirurgica convenzionata sulla base delle relative fatture.

In caso di ricovero in istituto di cura in regime di pagamento diretto qualora, sia nel corso della ospedalizzazione o successivamente alla stesse, si dovesse accertare la non validità del Sussidio o la sussistenza di condizioni o elementi che determinano l'inoperatività della copertura o l'inefficacia dell'assistenza, la MBA ne darà comunicazione scritta all'Assistito, il quale dovrà restituire alla MBA stessa tutte le somme da questa indebitamente versate all'istituto di cura se già saldate dalla MBA alla struttura e/o medici convenzionati, oppure dovrà saldare direttamente sia la struttura che i medici convenzionati.

b) Pagamento indiretto e obblighi degli Assistiti

E' riconosciuto agli Assistiti il rimborso delle spese sostenute a fronte di prestazioni sanitarie (oggetto di copertura e resesi necessarie da stato di malattia o infortunio) erogate da Strutture Sanitarie non appartenenti al Network Sanitario convenzionato (comprese prestazioni erogate a carico del SSN) o anche di Strutture Convenzionate presso le quali potrà comunque godere di tariffe agevolate (fermo quanto previsto alla precedente lett. b). In ogni caso, nella forma indiretta, l'Assistito anticiperà la spesa e ne richiederà il rimborso che avverrà in ottemperanza a quanto previsto dal Sussidio di riferimento.

Qualora l'Assistito scelga la forma Indiretta, dovrà presentare la pratica, preferibilmente entro 40 giorni dalla data di ricovero per malattia o infortunio, o dal verificarsi del fatto che da diritto alla prestazione, via posta o via mail/fax.

In caso di infortunio, dovrà darne comunicazione alla Centrale Salute entro 3 giorni da quando ne ha avuto la possibilità.

La richiesta di rimborso dovrà essere corredata dalla seguente documentazione redatta in lingua italiana ovvero accompagnata da traduzione in lingua italiana :

- Modulo di Richiesta di Rimborso (presente su Sito www.coopsalute.org o da richiedersi alla Centrale Salute) debitamente compilato e firmato segnatamente nella parte relativa all'autorizzazione al Trattamento dei dati

sensibili. In assenza di autorizzazione al Trattamento dei dati, la richiesta di rimborso non potrà essere definita.

- Copia delle fatture/ricevute debitamente quietanzate ed in regola rispetto alle vigenti disposizioni di legge; per il rimborso delle spese relative ai medicinali del post-ricovero, prescrizione medica, copia dello scontrino della farmacia e fustella della confezione; non potranno essere ammessi a rimborso documenti di spesa che presentino cancellature o correzioni. Le fatture emesse da studio medico o medico specialista, dovranno riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che dovrà risultare coerente con la diagnosi;
- Copia della documentazione medica e, segnatamente, certificato medico attestante la patologia accertata o quesito diagnostico (eventuali correzioni/cancellature dovranno essere "certificate" mediante timbro e firma del medico); eventuale richiesta di ricovero, di intervento, di visite specialistiche o di esami diagnostici (anche se precedenti o successivi al ricovero); copia della cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.) e/o di ogni altra documentazione sanitaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assistito. Agli effetti del rimborso dovuto, tutte le prestazioni previste dal presente Sussidio devono essere prescritte da un medico diverso dal medico che effettuerà - direttamente o indirettamente – le predette prestazioni. Qualora il medico prescrittore sia anche - direttamente o indirettamente - il medico erogatore delle prestazioni assicurate, quest'ultime devono essere attestate mediante trasmissione del relativo referto. Le prestazioni suddette devono essere effettuate da personale specializzato (medico, infermiere), corredate dalla relativa diagnosi (indicazione della patologia o sospetta tale), nonché fatturate da Istituto di Cura, da Centro Medico.
- Certificato del medico oculista o optometrista regolarmente abilitato, attestante la modifica del visus, in caso di acquisto lenti (se previste dall'opzione prescelta), intendendosi comunque escluse le lenti "usa e getta". Si precisa che andrà specificato se si tratta di prescrizione per prime lenti; si precisa inoltre che è necessario presentare il certificato di conformità rilasciato dall'ottico, come da D. Lgs del 24.02.97 n. 46;
- In caso di Infortunio la documentazione dovrà, essere corredata da cartella clinica di pronto soccorso al quale si sia fatto immediato ricorso e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle modalità di accadimento. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.
- Per le spese sostenute nei giorni pre/post ricovero, se inviate separatamente, occorre indicare nell'apposito spazio il relativo periodo di ricovero.

N.B.: 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 Assistito MBA. A tal fine, al momento della erogazione delle prestazione, l'Assistito dovrà presentare alla Struttura Sanitaria convenzionata o al professionista, **il Modulo di Accesso al Network**, (scaricabile sul sito **www.coopsalute.org** o da richiedere alla Centrale Salute), il quale dovrà essere appositamente compilato in ogni sua parte e sottoscritto dalla Struttura Sanitaria / Professionista al momento della erogazione della prestazione. Il Modulo di Accesso al Network, unitamente al Modulo di Richiesta di Rimborso ed alla necessaria documentazione medica a supporto della richiesta, dovrà essere inviata alla Centrale Salute. 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'Assistito, quest'ultimo avrà diritto a ricevere da 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 dell'Assistito.

Il rimborso delle spese avverrà comunque al netto della quota di spesa a carico dell'Assistito previsto in caso di regime rimborsuale (pratica indiretta).

La modalità di accesso alle prestazioni è possibile anche attraverso il **portale web** messo a disposizione da MBA il quale consente agli Assistiti di accedere ad una propria aria riservata al fine di:

- ✓ Presentare una richiesta di rimborso delle spese mediche sostenute (forma indiretta)
- ✓ Accedere alle prestazioni sanitarie in forma diretta (PiC)
- ✓ Visualizzare lo stato delle proprie pratiche
- ✓ Modificare Password
- ✓ Stampare il Prospetto liquidativo

Per ogni ulteriore precisazione in ordine alla documentazione necessaria ai fini del rimborso, fa fede quanto previsto dal Sussidio che è opportuno consultare sempre prima di effettuare la richiesta anche per evitare inconvenienti che impediscano il buon esito della richiesta. In ogni caso, se ritenuto necessario, la Centrale Salute potrà richiedere l'integrazione della documentazione atta a verificare correttamente la rimborsabilità/erogazione del contributo economico e la produzione della documentazione in originale della quale l'Assistito dovrà sempre conservare copia. Infatti, la MBA non restituisce gli eventuali originali dei documenti di spesa, né quelli relativi alla documentazione sanitaria, salvo che non vi sia espressa e documentata richiesta degli stessi da parte dell'Amministrazione finanziaria.

L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia dell'evento in caso di infortunio, può comportare la perdita totale o parziale del diritto al rimborso.

Pertanto qualora l'Assistito decida di avvalersi della procedura di pagamento indiretto, la MBA, per il tramite della Centrale Salute, provvede al rimborso delle spese sostenute dall'Assistito, nei limiti del presente Sussidio, secondo le seguenti modalità:

- il rimborso viene effettuato a cura ultimata su presentazione della documentazione medica e delle relative notule, distinte e ricevute debitamente quietanzate, al netto di eventuale importo in franchigia o dello scoperto;

- qualora l'Assistito abbia presentato a terzi le notule, distinte e ricevute per ottenerne il rimborso la MBA effettua il pagamento di quanto dovuto a termini del presente Sussidio dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

La MBA effettuerà il rimborso direttamente al Socio Titolare anche per le spese riguardanti altri componenti il suo nucleo.

Per le spese sostenute all'estero, dove vige l'Euro, i rimborsi verranno eseguiti in Italia e in Euro. Per i paesi non aderenti all'Euro, il cambio sarà quello medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assistito, secondo le rilevazioni della BCE e le quotazioni rese note dalla Banca d'Italia.