



Regolamento del Sussidio ASSOCIAZIONE SINDACATI MEDICI ITALIANI “OPZIONE B – UNDER 66”

Il Presente Regolamento è da considerarsi parte integrante dello Statuto e del Regolamento Applicativo dello Statuto della Società Generale di Mutuo Soccorso Basis Assistance.

Edizione 2022



Società di mutuo soccorso regolarmente iscritta all'Anagrafe dei Fondi Sanitari di cui al Decreto del Ministero della Salute del 31 marzo 2008 e del 27 ottobre 2009 - Dir. Generale della programmazione sanitaria Ufficio II - Piano sanitario nazionale e Piani di settore. Certificata ISO 9001 / UNI EN ISO 9001:2015 - Erogazione di servizi di gestione fondi e sussidi mutualistici, per gli associati, in ambito sanitario. Iscritta nei registri per la Trasparenza del MISE e della Comunità Europea. Associata ad ANSI - Associazione Nazionale Sanità Integrativa e Welfare.



SEZIONE 1: Definizioni	3
SEZIONE 2: Norme generali che regolano il Sussidio	9
SEZIONE 3: Norme relative a tutte le Garanzie	14
AREA SANITARIA	21
SEZIONE 4 - GARANZIE OSPEDALIERE	21
SEZIONE 5 - GARANZIE EXTRA-OSPEDALIERE	25
AREA PREVENZIONE	30
AREA SERVIZI	30



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 trecentosessantasei in caso di anno bisestile.

Assistenza Diretta: modalità di erogazione del servizio in base alla quale le prestazioni previste dal presente Sussidio sono effettuate presso strutture sanitarie utilizzando personale Medico (e/o sanitario) ambedue convenzionati con MBA, per il tramite di Health Assistance S.C.p.A. (di seguito anche Health Assistance), e con applicazione degli specifici accordi di Convenzione vigenti tra MBA e le strutture/personale Convenzionati; 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'Associato ove previste). L'Assistenza Diretta è sempre subordinata all'Autorizzazione alla Presa in Carico (PIC). L'elenco delle Strutture è presente e consultabile nell'Area Riservata di MBA.

Assistenza Indiretta: modalità di erogazione del servizio in base alla quale la Mutua MBA rimborsa le spese all'Associato 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 MBA/Health Assistance(c.d. Assistenza Indiretta in Network). In questo caso non è necessaria la preventiva autorizzazione alla Presa in Carico (Pic) ma, sarà necessario presentare il Modulo di Accesso al Network indiretto alla Struttura/professionista Convenzionato per il proprio riconoscimento. L'elenco delle Strutture è presente e consultabile nell'Area Riservata di MBA.

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

Associato: persona fisica iscritta regolarmente alla Mutua ed il cui interesse è protetto dal Sussidio, residente stabilmente in Italia o nel territorio della Repubblica di San Marino e Città del Vaticano e più in generale nel territorio dell'Unione Europea. Sono Associati anche i familiari aventi diritto ai sensi del presente Regolamento e dell'art. 22 del Regolamento Applicativo dello Statuto di Mutua MBA.

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 imm modificabile e, pertanto, con la richiesta di attivazione del Sussidio Sanitario oggetto del presente Regolamento, l'Associato 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.

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

Centrale Salute: gli uffici dedicati alla gestione delle pratiche di Rimborso e delle Prese in Carico in forma diretta, nonché a fornire le informazioni necessarie agli Associati per l'accesso alle prestazioni e ai servizi (<https://www.healthassistance.it>).

Centro Convenzionato: Ospedali, Istituti a Carattere scientifico, Case di Cura, Centri diagnostici, Centri polispecialistici, Laboratori di analisi, Centri fisioterapici, Studi medici specialistici, Studi Odontoiatrici e qualsiasi altra Struttura/Professionista che abbia stipulato un accordo con il Network MBA/Health Assistance per l'applicazione di tariffe agevolate applicabili alle prestazioni oggetto di garanzia sia in caso di Assistenza Diretta che Indiretta.

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

Chemioterapia oncologica: 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 Mutua 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'Associato è costretto al riposo assoluto presso il proprio domicilio.

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 Mutua 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 Mutua 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 120 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 120 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 120 giorni dall'evento ovvero, in caso di ricovero ordinario o diurno, dalla data delle dimissioni. Decorsi 60 giorni, la richiesta verrà respinta e il Socio dovrà presentare nuova e completa domanda comprensiva anche della documentazione integrativa, comunque entro i 120 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" allorquando 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: è il documento complementare e parte integrante del presente Sussidio che illustra tempi, documentazione necessaria e modalità di accesso ai servizi e ai Rimborsi sia in forma di Assistenza Diretta che in forma di Assistenza Indiretta. La Guida Operativa è sempre consultabile nell'Area Riservata dell'Associato presente sul sito di MBA www.mbamutua.org oppure rinvenibile contattando direttamente il Back Office di MBA o il proprio promotore di riferimento.

Health Point: Centri di sanità leggera Convenzionati con il Network MBA/Health Assistance ubicati in luoghi pubblici ad elevata frequentazione (come centri commerciali, stazioni aeroportuali o ferroviarie ecc.) costituiti da moduli dotati di devices di ultima generazione che consentono di promuovere un corretto stile di vita e benessere ed effettuare prestazioni di diagnosi anche attraverso refertazioni e consulenze mediche on line per il controllo di parametri finora possibile solo in modo invasivo; i dati elaborati confluiscono in una cartella sanitaria (fascicolo sanitario elettronico). Per ulteriori informazioni si consulti il sito: 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.
(sforzo) o meno (atto di forza) per intensità dalle ordinarie abitudini di vita dell'iscritto.

Infortunio odontoiatrico: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che provochi lesioni fisiche oggettivamente constatabili all'apparato dentale inteso come insieme di arcate gengivo-dentarie, che siano documentate da specifico referto di Pronto Soccorso di Struttura

Sanitaria Pubblica o di Struttura di Primo Soccorso convenzionata con il SSN (attestante le circostanze dell'evento, le cause e le conseguenze dell'evento).

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

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

MBA o Mutua MBA: la Società di Mutuo Soccorso Basis Assistance Cooperativa per azioni.

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'Associato, un appartenente al suo nucleo familiare ovvero il genitore, figlio, fratello, sorella dell'Associato o di un appartenente al nucleo familiare del medesimo.

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.

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

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

Ricovero 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'Associato.

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.

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'Associato in caso di evento e prestazione rimborsabile.

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 Applicativo MBA: documentazione che regola il rapporto associativo con MBA e costituente parte integrante e sostanziale del presente Sussidio assieme alla Guida Operativa. Sono messe a disposizione dell'Associato e sempre consultabili nell'Area Riservata dell'Associato presente sul sito di MBA www.mbamutua.org, oppure rinvenibili contattando direttamente il Back Office di MBA o il proprio promotore di riferimento.

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 è l'erogazione di prestazioni, ovvero il rimborso delle spese sanitarie, a favore degli Associati in conseguenza di Infortunio, Malattia e Parto, per eventi verificatisi nel corso di validità del presente Sussidio. Il Sussidio prevede altresì prestazioni di natura preventiva a favore degli Associati.

Art. 2 – Persone Associate

È persona associata il Titolare del Sussidio che ha sottoscritto il modulo di adesione a MBA richiedendo attivazione del Sussidio stesso. 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 MBA.

Indicando i nominativi dei propri familiari, l'Associato 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'Associato a condizione che gli stessi siano uniti da reciproci vincoli affettivi, che non vi sia parentela in linea retta entro il primo grado, affinità in linea retta entro il secondo grado, adozione, affiliazione, tutela, curatela o amministrazione di sostegno e che convivono stabilmente e si prestino assistenza e solidarietà materiale e morale.

Art. 3 – Limiti di età

L'adesione al presente Sussidio sarà possibile per tutti gli Associati che alla data di attivazione non abbiano compiuto i 66 anni di età.

Quanto previsto al comma precedente 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 66 anni di età, l'adesione al presente Sussidio sarà possibile:

- 1) nella formula "singolo": per il solo componente del nucleo familiare con meno di 66 anni;
- 2) nella formula "nucleo": per tutti i componenti del nucleo familiare con meno di 66 anni, esclusi quindi coloro che abbiano già superato detto limite di età.

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

Art. 4 – Variazione del Nucleo Familiare

Qualora sia prevista l'inclusione del Nucleo Familiare, l'Associato deve comunicare immediatamente a MBA, in forma scritta, le variazioni del proprio stato familiare, entro e non oltre 60 giorni dall'avvenuta variazione, ossia:

- nascita/adozione/affidamento di un figlio;
- matrimonio;
- insorgere di convivenza per il convivente more uxorio e/o per il familiare del dipendente;
- venir meno – per un familiare – di altra copertura collettiva delle spese sanitarie predisposta dal datore di lavoro.

In difetto di comunicazione entro il suddetto termine, e fermo restando il pagamento del contributo dovuto per l'estensione al Nucleo, per i nuovi Associati, ai fini dell'applicazione, ove previsti, dei Termini di aspettativa di cui all'art. 17 e delle Pregresse di cui all'art. 18, verrà considerata come data di prima decorrenza il giorno della relativa inclusione.

Art. 5 – Durata del Sussidio e tacito rinnovo

Il presente Sussidio ha durata di **1 (uno) anno** decorrente dal giorno di cui all'art. 9. 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 con obbligo di pagamento del contributo aggiuntivo e delle quote associative previste così come previsto da Statuto di MBA.

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

La revoca dal Sussidio prima del suddetto termine potrà avvenire al verificarsi dei seguenti eventi:

- a) cessazione dal servizio;
- b) decesso dell'Associato o di un suo familiare Associato;
- c) divorzio;
- d) venir meno di convivenza per il convivente more uxorio e/o per il familiare del dipendente;
- e) adesione di un familiare ad una copertura sanitaria collettiva predisposta dal datore di lavoro;
- f) variazione delle condizioni assistenziali/contributive.

Nel caso di revoche a seguito degli eventi di cui alle precedenti lett. c), d), e), ed f), il relativo recesso dovrà essere effettuato dall'Associato Titolare. Fermo restando il versamento dei relativi contributi, la copertura sanitaria resterà in vigore sino alla prima scadenza annuale.

Art. 6 – Obblighi contributivi dell'Associato



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

Art. 7 – Dichiarazioni e comunicazioni dell'Associato

Le dichiarazioni non veritiere rese dall'Associato al momento della domanda di ammissione o, successivamente, ai fini di ottenere il Rimborso delle spese, 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. 8 – 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. 9 – Pagamento del contributo e decorrenza del Sussidio

Il Sussidio ha effetto 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 dei soci, se il contributo aggiuntivo o la prima rata di contributo aggiuntivo sono stati pagati.

Se l'Associato non paga la prima rata di contributo o le rate successive, la garanzia resta sospesa dalle ore 24:00 dello stesso giorno di scadenza del pagamento e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno di pagamento sempre che sia avvenuto entro 180 gg (e 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 al Regolamento Applicativo dello Statuto di MBA (cfr. art. 23).

Art. 10 – Comunicazioni e modifiche

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



Art. 11 – Risoluzione delle Controversie

A fronte di ogni eventuale controversia che dovesse insorgere tra l'Associato ed 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. 40 dello Statuto di MBA. In caso di esito negativo del tentativo di conciliazione, il foro competente per ogni eventuale controversia, è quello di Roma.

Art. 12 – 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'Associato 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 garanzie riconosciute dai vari Sussidi sottoscritti.

Art. 14 – Limiti territoriali

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

Art. 15 – 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 dal socio in conseguenza dell'evento pregiudizievole, solo qualora il socio 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 dal socio in conseguenza dell'evento pregiudizievole, solo qualora il socio 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.

Art.16 – 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'Associato presente sul sito di MBA www.mbamutua.org, oppure rinvenibili contattando direttamente il Back Office di MBA o il proprio promotore di riferimento.

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

Art. 17 – Termini di Aspettativa (Carenze)

Fermo quanto previsto all'art. 9 delle Norme Generali, disciplinante il giorno di effetto del Sussidio, le garanzie decorrono:

- per gli Infortuni e l'Aborto post-traumatico: dalle ore 24 del giorno di effetto del Sussidio;
- per le conseguenze di Malattie non conosciute dall'Associato ma insorte anteriormente alla data di effetto del presente Sussidio: dal 150° giorno;
- per il Parto: dal 270° giorno successivo a quello di effetto del Sussidio;
- per le Malattie: dal 30° giorno successivo a quello di effetto del Sussidio;
- per le Malattie dipendenti da gravidanza: dal 30° giorno successivo a quello di effetto del Sussidio, a condizione che la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo all'effetto del Sussidio stesso.

I suddetti termini di carenza non agiscono nel caso di provenienza senza soluzione di continuità da precedente e diverso Sussidio MBA; lo stesso in caso di provenienza da precedente altra Mutua o Cassa o Fondo di Assistenza Sanitaria integrativa o Compagnia di Assicurazioni, purché si fornisca idonea certificazione dalla quale si evinca la continuità del periodo di copertura rispetto alla decorrenza (data di effetto) del presente Sussidio.

Art. 18 – Pregresse

Tutte le garanzie oggetto del presente Sussidio attivate in conseguenza di Infortuni avvenuti anteriormente alla data di stipula dello stesso si intenderanno espressamente escluse.

Altresì si intenderanno escluse tutte le garanzie oggetto del presente Sussidio richieste in conseguenza di Malattie manifestate, diagnosticate, sottoposte ad accertamenti o curate prima della data di attivazione del presente Sussidio. Tale esclusione non opera una volta trascorsi tre anni di adesione ininterrotta al presente Sussidio.

In caso di attivazione del presente Sussidio senza soluzione di continuità rispetto ad altro Sussidio messo a disposizione da parte di MBA, verrà considerata come data di prima adesione, a tutti gli effetti e salvo particolari deroghe, quella relativa alla stipula del presente Sussidio. Nel solo caso in cui il Sussidio di provenienza preveda l'inclusione delle pregresse oppure preveda il riconoscimento dei pregressi decorsi tre anni ininterrotti di attivazione del Sussidio, l'esclusione delle prestazioni conseguenti a Malattie manifestate, diagnosticate, sottoposte ad accertamenti o curate prima della data di adesione al presente Sussidio si intenderà valida solo per le maggiori e più ampie prestazioni previste dal presente Sussidio rispetto a quello di provenienza. In tal caso, per tali nuove prestazioni, verrà considerata come data di prima adesione quella relativa al 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'Associato;
- a. 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;
- b. i farmaci non riconosciuti dalla Farmacopea Ufficiale;
- c. la cura delle malattie professionali, così come definite dal D.lgs. n. 38 del 2000 e successive modifiche e/o integrazioni;
- d. 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;
- e. le prestazioni erogate da professionisti non in possesso di regolare iscrizione all'Albo o abilitazione laddove prevista dalla normativa italiana;
- f. le cure e gli Interventi chirurgici finalizzati al trattamento dell'infertilità (ad ovviare allo stato di infertilità) e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale;
- g. il parto naturale o cesareo;
- h. l'aborto volontario non terapeutico;
- i. 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'Associato;
- j. le prestazioni relative a cure odontoiatriche, ortodontiche e protesi dentarie, salvo espressamente derogato;
- k. le prestazioni conseguenti a reati o ad azioni dolose compiute o tentate dall'Associato. Sono comprese nel sussidio quelle sofferte in conseguenza di imprudenza o negligenza anche gravi dell'Associato stesso;
- l. gli Infortuni conseguenti ad assunzione di sostanze psicoattive (stupefacenti, farmaci, sostanze psicotrope), a scopo non terapeutico;
- m. gli Infortuni causati dallo stato di ebbrezza o di ubriachezza;
- n. le Malattie correlate all'abuso di alcool o al consumo di stupefacenti e sostanze psicotrope, assunte non a scopo terapeutico;
- o. 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'Associato attività professionale (gare, prove e allenamenti) anche non prevalente per impegno temporale a qualsiasi altra occupazione.
- p. gli infortuni subiti in qualità di passeggero durante i viaggi aerei diversi dai regolari voli di linea;
- q. gli infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizi resi in corpi militari;
- r. gli infortuni subiti sul lavoro in miniera, in cava (anche a cielo aperto), in lavori subacquei o in mare aperto;
- s. 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;
- t. le conseguenze di inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche, movimenti tellurici;
- u. le conseguenze di guerre e terrorismo nucleare, biologico o chimico;
- v. i Ricoveri causati dalla necessità dell'Associato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché Ricoveri di lunga degenza. In tal senso si intendono Ricoveri di lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Associato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituti di cura per Interventi di carattere assistenziale e fisioterapico di mantenimento;
- w. eventi per i quali sia configurabile la responsabilità di terzi; fatto salvo quanto previsto nel precedente art. 15;
- x. spese per il trasporto del plasma;
- y. Pandemia, se definita come tale dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

- 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. l'aborto volontario non terapeutico;
- q. 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'Associato;
- r. le prestazioni relative a cure odontoiatriche, ortodontiche e protesi dentarie, salvo espressamente derogato;
- s. le prestazioni conseguenti a reati o ad azioni dolose compiute o tentate dall'Associato. Sono compresi nella garanzia quelle sofferte in conseguenza di imprudenza o negligenza anche gravi dell'Associato stesso;
- t. gli Infortuni conseguenti ad assunzione di sostanze psicoattive (stupefacenti, farmaci, sostanze psicotrope), a scopo non terapeutico;
- u. gli Infortuni causati dallo stato di ebbrezza o di ubriachezza;
- v. le Malattie correlate all'abuso di alcool o al consumo di stupefacenti e sostanze psicotrope, assunte non a scopo terapeutico;
- w. gli Infortuni conseguenti alla pratica di attività ludiche pericolose o sport estremi o sport aerei in genere (tra cui il volo da diporto o sportivo con deltaplani, ultraleggeri, paracadutismo, parapendio, pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali in genere, rafting, speleologia, salti dal trampolino con sci o idrosci, tutti controllati da corde elastiche, sci acrobatico o estremo o fuori pista, alpinismo con scalata di rocce o ghiaccio di grado superiore al terzo della scala U.I.A.A., discesa con slittino da gara, rugby, football americano, hockey, immersioni con autorespiratore, ecc...) o gare motoristiche e/o motonautiche o sport in genere costituenti per l'Associato attività professionale (gare, prove e allenamenti) anche non prevalente per impegno temporale a qualsiasi altra occupazione;



- x. gli Infortuni subiti in qualità di passeggero durante i viaggi aerei diversi dai regolari voli di linea;
- y. gli Infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizi resi in corpi militari;
- z. gli Infortuni subiti sul lavoro in miniera, in cava (anche a cielo aperto), in lavori subacquei o in mare aperto;
- 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'Associato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché Ricoveri di lunga degenza. In tal senso si intendono Ricoveri di lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Associato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituti di cura per Interventi di carattere assistenziale e fisioterapico di mantenimento;
- 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).

- ii. i Ricoveri causati dalla necessità dell'Associato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché Ricoveri di lunga degenza. In tal senso si intendono Ricoveri di lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Associato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituti di cura per Interventi di carattere assistenziale e fisioterapico di mantenimento;
- jj. eventi per i quali sia configurabile la responsabilità di terzi; fatto salvo quanto previsto nel precedente art. 15;
- kk. spese per il trasporto del plasma.

Art. 20 – Modalità di erogazione del servizio e 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 120 giorni dalla data dell'evento ovvero in caso di Ricovero

ordinario o diurno entro 120 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'Associato ha 60 gg di tempo dalla data di comunicazione della richiesta di ulteriore documentazione per integrare la stessa e sempre entro 120 gg dall'evento. Decorso 60 gg, la richiesta verrà respinta e l'Associato dovrà presentare nuova e completa domanda comprensiva anche della documentazione integrativa, comunque entro i 120gg dall'evento oltre i quali il suo diritto decade.

L'Associato 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. 21 – Tempi di Rimborso

a. Prestazioni effettuate in Autorizzazione Diretta/Assistenza Diretta presso Strutture/professionisti Convenzionati con la Centrale Salute.

Le spese relative alla prestazione erogata in Autorizzazione Diretta/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).

b. Prestazioni effettuate in Autorizzazione Indiretta/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'Associato.

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

AREA SANITARIA

SEZIONE 4) - GARANZIE OSPEDALIERE

A. LIMITE ANNUO GARANZIE OSPEDALIERE

Il **Massimale annuo** erogabile per il complesso degli eventi e prestazioni indicati dai successivi punti A.1, B., C. e D, è pari a **€ 200.000,00 per anno/nucleo**.

A.1. RICOVERI CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO

In caso di **Ricovero ordinario con o senza Intervento Chirurgico**, reso necessario da Malattia o Infortunio, Mba provvede a rimborsare le spese inerenti il Ricovero come di seguito riportato.

i) prima del Ricovero (nei 120 giorni precedenti al Ricovero) - esclusivamente entro il sub-Massimale unico per le spese pre e post Ricovero pari ad € 1.500,00 per Ricovero

- visite specialistiche ed accertamenti diagnostici (inerenti alla patologia causa del Ricovero) effettuati anche al di fuori dell'Istituto di cura;

ii) durante il Ricovero

- retta di degenza:
 - al **100%** in caso di prestazioni effettuate presso un Centro Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance (**Assistenza Diretta e Indiretta in Network**);
 - entro il **sub-Massimale di € 250 al giorno** in caso di prestazioni effettuate presso un Centro non Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance (**Assistenza Indiretta fuori Network**); tale sub-Massimale si intende raddoppiato per i giorni di degenza effettuati nei reparti di terapia intensiva;
- onorari del chirurgo, dell'aiuto operatore chirurgo, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'Intervento, diritti di sala operatoria e materiale di Intervento (ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'Intervento chirurgico);
- medicinali ed esami;
- cure ed assistenza medica;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- vitto e pernottamento in Istituto di cura dell'accompagnatore fino ad un **sub-Massimale di € 50,00 al giorno** per un massimo di **20 giorni anno/nucleo**;

iii) dopo il Ricovero (nei 120 giorni successivi al Ricovero) - esclusivamente entro il sub-Massimale unico per le spese pre e post Ricovero pari ad € 1.500,00 per Ricovero

- esami diagnostici e visite specialistiche (inerenti alla patologia causa del Ricovero);
- prestazioni mediche;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi;



- acquisto di medicinali (previa prescrizione medica completa di motivazione clinica correlata al Ricovero);
- cure termali correlate alla patologia causa del Ricovero (escluse le spese alberghiere);
- assistenza infermieristica a domicilio a seguito di Intervento fino ad un **sub-Massimale di € 26,00 al giorno** per un massimo di **40 giorni anno/nucleo**.

MBA provvederà al Rimborso delle spese sostenute dall'Associato a fronte delle prestazioni di cui al **punto ii)** del presente art. A.1. come di seguito:

1. senza applicazione di **alcuna quota di spesa a carico** in caso di prestazioni effettuate presso un Centro Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance (**Assistenza Diretta e Indiretta in Network**);
2. con applicazione di una **percentuale di spesa a carico pari al 20%**, con un **minimo non rimborsabile pari ad € 1.000,00** ed un **massimo non rimborsabile pari ad € 7.500,00 per evento** in caso di prestazioni effettuate presso un Centro non Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance (**Assistenza Indiretta fuori Network**);
3. nel caso di prestazioni sostenute a **totale carico del Servizio Sanitario Nazionale** ed erogate sotto forma di **ticket sanitari** MBA rimborserà integralmente le spese sostenute dall'Associato.

Nel caso di Assistenza Indiretta in Network: qualora la richiesta di Rimborso spese non sia accompagnata dal Modulo di Accesso al Network compilato e sottoscritto dalla Struttura Sanitaria e quest'ultima non abbia applicato le tariffe agevolate in favore dell'Associato, quest'ultimo avrà diritto a richiedere a MBA il Rimborso delle spese sostenute entro il limite delle Tariffe concordate fra MBA e la Struttura Sanitaria. Le maggiori spese sostenute in ragione della mancata applicazione del Tariffario – determinata dalla mancata attivazione della convenzione da parte dell'Associato - saranno quindi da intendersi a carico dell'Associato stesso. Inoltre, la Mutua provvederà al Rimborso delle spese previa applicazione delle quote di spesa a carico dell'Associato previste in caso di Assistenza Indiretta fuori Network.

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

QUOTE A CARICO PER SPESE PRE E POST

Con riferimento alle sole **spese pre e post di cui ai punti i) e iii) del presente art. A.1.** il Rimborso avverrà dietro applicazione delle seguenti quote di spesa a carico dell'Associato:



1. senza applicazione di alcuna **quota di spesa** a suo carico, se effettuate presso un Centro Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance (**Assistenza Diretta e Indiretta in Network**);
2. con applicazione di una percentuale di spesa **a carico del 20%** per evento se effettuate presso un Centro non Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance (**Assistenza Indiretta fuori Network**);
3. nel caso di prestazioni sostenute a **totale carico del Servizio Sanitario Nazionale** ed erogate sotto forma di **ticket sanitari** MBA rimborserà integralmente le spese sostenute dall'Associato.

Nel caso di Assistenza Indiretta in Network: qualora la richiesta di Rimborso spese non sia accompagnata dal Modulo di Accesso al Network compilato e sottoscritto dalla Struttura Sanitaria e quest'ultima non abbia applicato le tariffe agevolate in favore dell'Associato, quest'ultimo avrà diritto a richiedere a MBA il Rimborso delle spese sostenute entro il limite delle Tariffe concordate fra MBA e la Struttura Sanitaria. Le maggiori spese sostenute in ragione della mancata applicazione del Tariffario – determinata dalla mancata attivazione della convenzione da parte dell'Associato - saranno quindi da intendersi a carico dell'Associato stesso. Inoltre, la Mutua provvederà al Rimborso delle spese previa applicazione delle quote di spesa a carico dell'Associato previste in caso di Assistenza Indiretta fuori Network.

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

B. ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI COMPRESI

Per le fattispecie sottoelencate si intenderanno validi i relativi **sub-Massimali anno/nucleo**:

- Day Hospital/Day Surgery: **€ 4.000,00** – *importo comprensivo del Rimborso spese pre e post*
- Parto Naturale: **€ 2.000,00**
- Parto Cesareo/Aborto Terapeutico: **€ 2.500,00**
- Chirurgia Refrattiva: **€ 750,00 per occhio** (in caso di anisometria superiore a tre diottrie o deficit visivo pari o superiore a quattro diottrie per ciascun occhio)
- Interventi Ambulatoriali: **€ 1.500,00** – *importo comprensivo del Rimborso spese pre e post*

MBA, in caso di **Day Hospital, Day Surgery, Parto Naturale, Parto Cesareo, Aborto Terapeutico, Chirurgia Refrattiva ed Interventi Ambulatoriali**, garantiti ai sensi del presente Sussidio, provvederà a rimborsare, entro il **Massimale annuo di € 200.000,00** di cui al precedente **art. A.** e fermi i sub-Massimali sopra indicati, le spese previste al presente **art. B.**

Il Rimborso delle spese pre e post Ricovero, ove previsto dal presente art. B., sarà garantito, fermi i limiti ed i sub-limiti di cui al precedente art. A.1., punti i) e iii), come di seguito riportato:

1. senza applicazione di **alcuna quota di spesa a carico** in caso di prestazioni effettuate presso un Centro Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance (**Assistenza Diretta e Indiretta in Network**);
2. senza applicazione di **alcuna quota di spesa a carico** in caso di prestazioni effettuate presso un Centro non Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance (**Assistenza Indiretta fuori Network**);
3. nel caso di prestazioni sostenute a **totale carico del Servizio Sanitario Nazionale** ed erogate sotto forma di **ticket sanitari** MBA rimborserà integralmente le spese sostenute dall'Associato.

Nel caso di Assistenza Indiretta in Network: qualora la richiesta di Rimborso spese non sia accompagnata dal Modulo di Accesso al Network compilato e sottoscritto dalla Struttura Sanitaria e quest'ultima non abbia applicato le tariffe agevolate in favore dell'Associato, quest'ultimo avrà diritto a richiedere a MBA il Rimborso delle spese sostenute entro il limite delle Tariffe concordate fra MBA e la Struttura Sanitaria. Le maggiori spese sostenute in ragione della mancata applicazione del Tariffario – determinata dalla mancata attivazione della convenzione da parte dell'Associato - saranno quindi da intendersi a carico dell'Associato stesso. Inoltre, la Mutua provvederà al Rimborso delle spese previa applicazione delle quote di spesa a carico dell'Associato previste in caso di Assistenza Indiretta fuori Network.

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

C. DIARIA SOSTITUTIVA

MBA, in caso di Ricovero ordinario con o senza Intervento chirurgico, Parto Naturale, Parto Cesareo e Aborto terapeutico, rimborsabili ai sensi del presente Sussidio, corrisponderà all'Associato, quale Rimborso delle spese sostenute **durante** il Ricovero, **fermo il Massimale annuo di € 200.000,00** di cui al precedente art. A., una diaria giornaliera pari ad **€ 100,00 al giorno per ogni giornata di Ricovero comprendente il pernottamento** sino ad un massimo di **90 giorni per annualità**. Il Rimborso dovuto nei termini di quanto sopra, spetta a partire dal giorno stesso del Ricovero fino al giorno antecedente a quello della dimissione.

La presente diaria giornaliera si intende ridotta ad **€ 50,00 al giorno**, fermo il limite complessivo di **90 giorni per annualità**, in caso di Day Hospital e Day Surgery garantiti ai sensi del presente Sussidio.



Qualora l'Associato richieda la presente Diaria sostitutiva, si intenderà escluso il Rimborso di qualsiasi altra spesa, anche precedente o successiva al Ricovero (di cui ai punti i) e iii) del precedente art. A.1.) eventualmente sostenuta e riferibile al medesimo Ricovero.

D. TRASPORTO SANITARIO

La Mutua MBA, in caso di necessità medica debitamente documentata e in caso di Ricovero con o senza Intervento chirurgico, rimborsabile ai sensi del presente Sussidio, rimborsa le spese sostenute dall'Associato per il trasporto sanitario anche all'estero, effettuato in ambulanza o altro mezzo attrezzato al trasporto sanitario dal proprio domicilio all'Istituto di Cura e viceversa oppure, da un Istituto di cura ad un altro, a seguito di rilascio di quietanza di pagamento valida fiscalmente. Il Rimborso opererà, fermo il **Massimale di € 200.000,00** di cui al precedente **art. A.**, entro il **sub-Massimale annuo di € 1.100,00** per il trasporto in Italia e di **€ 2.000,00** per il trasporto all'estero.

Si precisa che:

- ✓ è compreso il trasporto dell'Associato in treno o con aereo di linea;
- ✓ la presente garanzia si intende valida per le prestazioni sopra descritte di cui al precedente art. **A.1.**;
- ✓ la garanzia comprende il trasporto anche di un eventuale accompagnatore all'estero in treno o aereo di linea.

Le prestazioni della presente garanzia non saranno assicurate in caso di dimissioni volontarie dell'Associato, contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale sia stato ricoverato.

SEZIONE 5) - GARANZIE EXTRA-OSPEDALIERE

E. ALTA DIAGNOSTICA E TERAPIE

La Mutua, entro il **Massimale di € 5.000,00 anno/nucleo**, provvederà al Rimborso delle spese per le seguenti prestazioni extra ospedaliere di Alta Diagnostica e Terapie.

Alta Diagnostica

- Angiografia
- Broncoscopia
- Cistografia o Cistoscopia
- Coronarografia
- Ecocolordoppler cardiaco
- Ecocolordoppler vascolare
- Elettroencefalogramma
- Esofagogastroduodenoscopia
- Isterosalpingografia

- Mammografia
- Mammotome (agobiopsia mammaria stereotassica)
- Mielografia
- Pancoloscopia
- Risonanza magnetica Nucleare (RMN)
- Scintigrafia di qualsiasi apparato o organo
- Tomografia assiale computerizzata (TAC)
- Tomografia ad emissione di Positroni (PET)
- Urografia

Terapie

- Dialisi
- Laserterapia

L'elenco delle prestazioni di cui sopra è da considerarsi esaustivo con ciò intendendosi escluse le prestazioni non espressamente indicate.

Il Rimborso non sarà riconosciuto in caso di prestazioni aventi ad oggetto controlli di routine.

Restano, inoltre, escluse le prestazioni elencate ma finalizzate alla diagnosi o all'erogazione di prestazioni odontoiatriche.

Il Rimborso avverrà dietro applicazione delle seguenti quote di spesa a carico dell'Associato:

- ❖ con applicazione di una percentuale di spesa a carico del **10%** e con un **minimo non rimborsabile pari ad € 50,00** per singola prestazione/ciclo di terapia in caso di prestazioni effettuate presso un Centro Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance (**Assistenza Diretta e Indiretta in Network**);
- ❖ con applicazione di una percentuale di spesa a carico del **25%** e con un **minimo non rimborsabile pari ad € 75,00** per singola prestazione/ciclo di terapia in caso di prestazioni effettuate presso un Centro non Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance (**Assistenza Indiretta fuori Network**);
- ❖ nel caso di prestazioni sostenute a **totale carico del Servizio Sanitario Nazionale** ed erogate sotto forma di **ticket sanitari** MBA rimborserà integralmente le spese sostenute dall'Associato.

Nel caso di Assistenza Indiretta in Network: qualora la richiesta di Rimborso spese non sia accompagnata dal Modulo di Accesso al Network compilato e sottoscritto dalla Struttura Sanitaria e quest'ultima non abbia applicato le tariffe agevolate in favore dell'Associato, quest'ultimo avrà diritto a richiedere a MBA il Rimborso delle spese sostenute entro il limite delle Tariffe concordate

fra MBA e la Struttura Sanitaria. Le maggiori spese sostenute in ragione della mancata applicazione del Tariffario – determinata dalla mancata attivazione della convenzione da parte dell'Associato - saranno quindi da intendersi a carico dell'Associato stesso. Inoltre, la Mutua provvederà al Rimborso delle spese previa applicazione delle quote di spesa a carico dell'Associato previste in caso di Assistenza Indiretta fuori Network.

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

F. VISITE SPECIALISTICHE ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

La Mutua, entro il **Massimale di € 1.500,00 anno/nucleo**, rimborserà le spese sostenute per Visite Specialistiche ed Accertamenti Diagnostici.

Il Rimborso avverrà dietro applicazione delle seguenti quote di spesa a carico dell'Associato:

- ❖ con applicazione di una quota di spesa a carico del **10%** ed entro un **sub-Massimale non rimborsabile pari ad € 40,00** per singola prestazione se effettuate presso un Centro Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance (**Assistenza Diretta e Indiretta in Network**) – il Rimborso non sarà riconosciuto in caso di prestazioni aventi ad oggetto controlli di routine;
- ❖ con applicazione di una percentuale di spesa a carico del **25%** ed entro un **sub-Massimale non rimborsabile pari ad € 60,00** per singola prestazione se effettuate presso un Centro non Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance (**Assistenza Indiretta fuori Network**) – il Rimborso non sarà riconosciuto in caso di prestazioni aventi ad oggetto controlli di routine;
- ❖ in caso di prestazioni sostenute a **totale carico del Servizio Sanitario Nazionale** ed erogate sotto forma di **ticket sanitari** MBA rimborserà integralmente le spese sostenute dall'Associato – il Rimborso non sarà riconosciuto in caso di prestazioni aventi ad oggetto controlli di routine.

Sono inoltre escluse dalla presente garanzia le visite con finalità dietologica, nonché le visite e gli accertamenti odontoiatrici ed ortodontici.

Nel caso di Assistenza Indiretta in Network: qualora la richiesta di Rimborso spese non sia accompagnata dal Modulo di Accesso al Network compilato e sottoscritto dalla Struttura Sanitaria e quest'ultima non abbia applicato le tariffe agevolate in favore dell'Associato, quest'ultimo avrà diritto a richieder ad MBA il Rimborso delle spese sostenute entro il limite delle Tariffe concordate tra MBA e la Struttura Sanitaria. Le maggiori spese sostenute in ragione della mancata

applicazione del Tariffario – determinata dalla mancata attivazione della convenzione da parte dell'Associato- saranno quindi da intendersi a carico dell'Associato stesso. Inoltre, la Mutua provvederà al Rimborso delle spese previa applicazione delle quote di spesa a carico dell'Associato previste in caso di Assistenza Indiretta fuori Network.

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

G. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI A SEGUITO DI INFORTUNIO

MBA, entro il **Massimale anno/nucleo di € 550,00**, in caso di **Infortunio** rimborsabile ai sensi del presente Sussidio, documentato da referto di Pronto Soccorso Ospedaliero di Struttura Sanitaria Pubblica, provvede al Rimborso delle spese sostenute per Trattamenti Fisioterapici necessari al recupero della funzionalità fisica.

Il Rimborso delle prestazioni di cui al presente **art. G.** avverrà dietro applicazione delle seguenti quote di spesa a carico dell'Associato:

- ❖ con applicazione di una percentuale di spesa a carico del **25% per evento** in caso di prestazioni effettuate presso un Centro Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance (**Assistenza Diretta e Indiretta in Network**);
- ❖ in caso di prestazioni sostenute a **totale carico del Servizio Sanitario Nazionale** ed erogate sotto forma di **ticket sanitari** MBA rimborserà integralmente le spese sostenute dall'Associato.

Nel caso di Assistenza Indiretta in Network: qualora la richiesta di Rimborso spese non sia accompagnata dal Modulo di Accesso al Network compilato e sottoscritto dalla Struttura Sanitaria e quest'ultima non abbia applicato le tariffe agevolate in favore dell'Associato, quest'ultimo avrà diritto a richiedere ad MBA il Rimborso delle spese sostenute entro il limite delle Tariffe concordate tra MBA e la Struttura Sanitaria. Le maggiori spese sostenute in ragione della mancata applicazione del Tariffario – determinata dalla mancata attivazione della convenzione da parte dell'Associato - saranno quindi da intendersi a carico dell'Associato stesso. Inoltre, la Mutua provvederà al Rimborso delle spese previa applicazione delle quote di spesa a carico dell'Associato previste in caso di Assistenza Indiretta fuori Network.

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

H. GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI

MBA, entro il **Massimale anno/nucleo di € 1.000,00**, provvederà al Rimborso delle spese sostenute dall'Associato in caso di Grandi Interventi Chirurgici Odontoiatrici.

Per Grandi Interventi Chirurgici Odontoiatrici si intendono gli Interventi Chirurgici, compresi gli Interventi di Implantologia Dentale, resi necessari in ragione delle seguenti patologie:

- adamantinoma
- ascesso dentario in presenza di strumento endodontico nel lume canalare
- cisti follicolari
- cisti radicolari
- odontoma
- osteiti che coinvolgano almeno un terzo dell'osso mascellare (se localizzate nell'arcata superiore) o mandibolare (se localizzate nell'arcata inferiore)

Il Rimborso sarà garantito come di seguito riportato:

1. con applicazione di una percentuale di spesa a carico del **25% per evento** in caso di prestazioni effettuate presso un Centro Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance (**Assistenza Diretta e Indiretta in Network**);
2. in caso di prestazioni sostenute a **totale carico del Servizio Sanitario Nazionale** ed erogate sotto forma di **ticket sanitari** MBA rimborserà integralmente le spese sostenute dall'Associato.

Per l'attivazione della garanzia l'Associato dovrà presentare dettagliata prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione medesima. In particolare, al fine di ottenere il Rimborso delle spese sostenute, l'Associato dovrà presentare alla Centrale Salute la seguente documentazione sanitaria:

- radiografie e referti radiologici, in caso di osteiti mascellari e ascesso dentario in presenza di strumento endodontico nel lume canalare;
- radiografie, referti radiologici e referti istologici, in caso di cisti follicolari e cisti radicolari, adamantinoma, odontoma.

Nel caso di Assistenza Indiretta in Network: qualora la richiesta di Rimborso spese non sia accompagnata dal Modulo di Accesso al Network compilato e sottoscritto dalla Struttura Sanitaria e quest'ultima non abbia applicato le tariffe agevolate in favore dell'Associato, quest'ultimo avrà diritto a richiedere ad MBA il Rimborso delle spese sostenute entro il limite delle Tariffe concordate tra MBA e la Struttura Sanitaria. Le maggiori spese sostenute in ragione della mancata applicazione del Tariffario – determinata dalla mancata attivazione della convenzione da parte dell'Associato- saranno quindi da intendersi a carico dell'Associato stesso. Inoltre, la Mutua provvederà al Rimborso delle spese previa applicazione delle quote di spesa a carico dell'Associato previste in caso di Assistenza Indiretta fuori Network.



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

I. LENTI DA VISTA E LENTI A CONTATTO

MBA garantisce all'Associato, entro un **Massimale anno/nucleo** pari ad **€ 150,00**, il Rimborso delle spese sostenute per l'acquisto di lenti da vista e lenti a contatto graduate, ad esclusione, rispettivamente, della montatura e delle lenti usa e getta.

MBA provvederà a rimborsare le spese di cui al presente **art. I.** con applicazione di una percentuale di spesa a carico dell'Associato del **20%** e con un **minimo non rimborsabile** pari ad **€ 50,00 per evento**.

Il Rimborso sarà garantito previa presentazione alla Centrale Salute di prescrizione oculistica attestante il grado di deficit visivo e la tipologia di lenti necessarie per la correzione dello stesso, unitamente alla fattura rilasciata per l'acquisto.

Si precisa che, ai fini del Rimborso, la presentazione della relativa richiesta dovrà avvenire in un'unica soluzione (a cui seguirà un unico Rimborso). Richieste di Rimborso prodotte successivamente, non saranno oggetto di copertura.

AREA PREVEZIONE

L. PREVENZIONE ODONTOIATRICA – Garanzia valida solo per il Titolare del Sussidio

MBA, offre all'Associato Titolare del presente Sussidio la possibilità di usufruire, **una volta all'anno**, di **1 (uno)** pacchetto di prevenzione odontoiatrica comprendente una visita odontoiatrica e una seduta di detartrasi (ablazione del tartaro).

Le prestazioni potranno essere effettuate, esclusivamente, in un'unica soluzione, previa autorizzazione per il tramite della Centrale Salute e solo in forma diretta, ricorrendo a Centri Convenzionati con il Network MBA/Health Assistance (Assistenza Diretta in Network).

AREA SERVIZI

M. Accesso al Network di Strutture Sanitarie Convenzionate

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

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



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



Società di mutuo soccorso regolarmente iscritta all'Anagrafe dei Fondi Sanitari di cui al Decreto del Ministero della Salute del 31 marzo 2008 e del 27 ottobre 2009 - Dir. Generale della programmazione sanitaria Ufficio II - Piano sanitario nazionale e Piani di settore. Certificata ISO 9001 / UNI EN ISO 9001:2015 - Erogazione di servizi di gestione fondi e sussidi mutualistici, per gli associati, in ambito sanitario. Iscritta nei registri per la Trasparenza del MISE e della Comunità Europea. Associata ad ANSI - Associazione Nazionale Sanità Integrativa e Welfare.





Società di mutuo soccorso regolarmente iscritta all'Anagrafe dei Fondi Sanitari di cui al Decreto del Ministero della Salute del 31 marzo 2008 e del 27 ottobre 2009 - Dir. Generale della programmazione sanitaria Ufficio II - Piano sanitario nazionale e Piani di settore. Certificata ISO 9001 / UNI EN ISO 9001:2015 - Erogazione di servizi di gestione fondi e sussidi mutualistici, per gli associati, in ambito sanitario. Iscritta nei registri per la Trasparenza del MISE e della Comunità Europea. Associata ad ANSI - Associazione Nazionale Sanità Integrativa e Welfare.

