



Regolamento del Sussidio “CRA ACEA 2018”

Edizione 05/2021

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



INDICE

Sezione 1: Definizioni	3
Sezione 2: Norme generali che regolano il sussidio	8
Sezione 3: Norme relative a tutte le garanzie	10
Sezione A – GARANZIE OSPEDALIERE	14
Sezione B – GARANZIE EXTRA-OSPEDALIERE	18
Sezione C – SERVIZI AGGIUNTIVI DELLA CENTRALE SALUTE	21
Scheda Tecnica	23
<u>ALLEGATO 1 – Elenco dei “Grandi Interventi Chirurgici”</u>	25



Sezione 1: Definizioni

Ambulatorio: Struttura o Centro Medico attrezzato e regolarmente autorizzato ad erogare prestazioni medico chirurgiche in base alla normativa vigente. Si intende per tale anche lo Studio Medico Professionale idoneo per legge all'esercizio della professione medica individuale.

Assistenza Diretta (in Network/in Rete): modalità di erogazione del servizio in base alla quale l'Associato riceve le prestazioni sanitarie previste dal presente sussidio presso i centri convenzionati con la Centrale Salute, senza anticipare alcun importo (fatta eccezione per le quote di spesa a carico dell'Assistito previste dal Sussidio), delegando la Mutua MBA al pagamento in sua vece delle fatture emesse, nei limiti del rimborso a lui spettante. L'Assistenza diretta è sempre subordinata al rilascio dell'autorizzazione alla presa in carico della prestazione (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 eroga somme o 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 la Centrale Salute (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.

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 famigliari aventi diritto ai sensi del presente Regolamento e dell'art. 22 del Regolamento Applicativo dello Statuto di Mutua MBA.

Animale domestico: l'animale che vive stabilmente in un'abitazione con un nucleo familiare. Ai fini del rimborso spese, l'inserimento nel nucleo familiare dovrà essere comunicato ad Mba unitamente a copia dell'iscrizione all'anagrafe canina da cui risulti anche il codice di 15 cifre del micro chip ovvero del tatuaggio.

Attività professionale: Attività svolta dall'Associato con carattere abituale, continuativo e remunerativo.

Carenza (termine di aspettativa): lasso di tempo che intercorre tra la data di decorrenza della copertura e l'effettiva decorrenza (operatività) delle garanzie.

Cartella Clinica: documento ufficiale ed atto pubblico redatto durante il ricovero, diurno o con pernottamento, contenente le generalità 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, accertamenti diagnostici, analisi clinico/strumentali, prelievi istocitopatologici, nonché il diario clinico ed infermieristico. In quanto atto pubblico non è ammessa alcuna alterazione ovvero alcuna modifica, aggiunta o cancellazione successiva alla formazione dell'atto medesimo, anche se protese al ripristino della verità dei fatti in esso contenuti.

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 (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 fornisce le sue prestazioni agli Associati e che abbia stipulato un accordo con la Centrale Salute per l'applicazione di tariffe agevolate applicabili sia in caso di Assistenza Diretta che Indiretta alle prestazioni oggetto di garanzia.

Ciclo di cura: insieme delle prestazioni connesse ad una medesima patologia/infortunio, contestualmente prescritti dal medico e presentati alla Mutua MBA in una unica richiesta di rimborso.

Convalescenza: periodo di tempo successivo ad un ricovero, prescritto dai medici ospedalieri e prescritto nella cartella clinica, necessario per la guarigione clinica, durante il quale l'Associato è costretto al riposo assoluto presso il proprio domicilio.

Data evento: per i ricoveri o interventi chirurgici si intende la data in cui avviene il ricovero/intervento; per le altre prestazioni previste dal presente sussidio si intende la data in cui la prestazione è stata effettivamente erogata (se presenti più fatture relative allo stesso evento, la data dell'evento sarà fissata a quella della prestazione relativa alla fattura più vecchia).

Data insorgenza patologia: la data in cui lo stato patologico si è manifestato e/o è stato diagnosticato e/o è stato sottoposto ad accertamenti e/o è stato sottoposto a cure.

Day Hospital: ricovero in istituto di cura con assegnazione di posto letto in esclusivo regime di degenza diurna, documentata da cartella clinica e finalizzata all'erogazione di trattamenti diagnostici, terapeutici, riabilitativi.

Day Surgery: ricovero in istituto di cura con assegnazione di posto letto in esclusivo regime di degenza diurna documentata da cartella clinica e finalizzata all'erogazione di trattamenti chirurgici.



Difetto Fisico/Malformazione: la deviazione congenita dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi anche determinate da condizioni morbose o traumatiche acquisite.

Evento: il fatto (determinato da patologia o infortunio) per il quale operano le garanzie del presente Sussidio.

Garanzia: la prestazione o i servizi o altra forma di tutela previste dal Sussidio e per le 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 garanzie è la sussistenza di uno stato patologico (accertato o presunto) conseguente a Malattia o Infortunio.

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

Guida Operativa per l'accesso ai servizi e alle prestazioni: è il documento complementare e parte integrante 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.mbambamutua.org oppure rinvenibile contattando direttamente il Back Office di MBA o il proprio promotore di riferimento.

Health Point: Centri di sanità leggera convenzionati con la Centrale Salute 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: <http://www.healthpoint.srl>.

Indennità integrativa: importo erogato dalla 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 in sostituzione del rimborso delle spese per le prestazioni effettuate durante il ricovero. Le eventuali spese per prestazioni pre e post connesse al ricovero verranno invece rimborsate a parte secondo le modalità ed i limiti specificati nel Sussidio.

Indennità sostitutiva: importo erogato dalla 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 in sostituzione sia del rimborso delle spese per le prestazioni effettuate durante il ricovero che delle spese pre e post ad esso connesse.



Infortunio: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili che siano documentate da specifico referto di Pronto Soccorso Ospedaliero (attestante le circostanze dell'evento, le cause, le modalità di accadimento e le conseguenze dell'evento).

Sono escluse le conseguenze di eventi ove manchi l'esteriorità della causa come gli sforzi e gli atti di forza ossia l'impiego di energie muscolari concentrate nel tempo che esorbitano (sforzo) o meno (atto di forza), per intensità dalle ordinarie abitudini di vita dell' associato.

Integratori alimentari/dispositivi medici naturali: prodotti a base di collagene che agiscono attivando e valorizzando le potenzialità interne del corpo umano quindi, ispirati al principio di cura della salute prima che di cura della malattia. Il collagene, introdotto nell'uso corrente come integratore alimentare, contribuisce al sostegno e al funzionamento fisiologico dell'organismo con obiettivi privilegiati di:

- rafforzare le articolazioni prevenendo dolori e infiammazioni
- mantenere la pelle sana, i capelli folti e le unghie resistenti
- ripristinare la barriera protettiva dello stomaco, evitando nausea e acidità

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

Intervento chirurgico Ambulatoriale: l'intervento chirurgico (come sopra definito) eseguito senza ricovero (e quindi senza degenza ancorché diurna).

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, 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'associato.

Malattia: ogni alterazione dello stato di salute 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).

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

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

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

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.

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 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.

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

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



Sezione 2: Norme Generali che regolano il sussidio

Art. 1 – Oggetto

Oggetto del presente Sussidio è il rimborso delle spese sanitarie, ovvero l'erogazione delle prestazioni, sostenute dagli Associati in conseguenza di infortunio, malattia e parto certificati, per eventi verificatisi nel corso di validità del presente Sussidio.

Art. 2 – Persone Associate

E' persona associata il Titolare del Sussidio - aderente a CRA ACEA - e i familiari fiscalmente a carico i cui nominativi siano stati espressamente indicati dal CRA ACEA a MBA.

Per Nucleo Familiare Fiscalmente a carico si intendono, oltre al Titolare del sussidio, il coniuge unito civilmente ed i figli fino a 26 anni, a condizione che questi ultimi siano fiscalmente a carico (a tal fine, al momento dell'adesione, dovrà essere presentata apposita autocertificazione in merito sia per il coniuge che per i figli) oppure versino in uno stato di invalidità superiore al 66% (a tal fine, al momento dell'adesione, dovrà essere presentata idonea certificazione in merito).

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 71 anni di età. L'adesione al presente sussidio prosegue anche superati i 71 anni con uscita obbligatoria al compimento di 80 anni (in concomitanza con la prima scadenza annuale della copertura).

Art. 4 – Variazione del Nucleo Familiare

In caso di variazione del proprio nucleo familiare (Nascita, Decesso) il Titolare è tenuto a fornire immediata evidenza al Cra Acea/ Mba tramite apposita documentazione che ne certifichi l'evento (Certificato di nascita e Certificato di morte) entro e non oltre 60 giorni dall'avvenuta variazione.

In difetto di comunicazione entro il suddetto termine farà fede, per l'inclusione dei nuovi Associati, la data in cui è stata trasmessa la comunicazione, anziché la data della variazione stessa.

Condizioni Particolari:

1. I dipendenti in mobilità hanno l'obbligo di inviare alla Mutua MBA lo Stato di Famiglia e opportuna certificazione tale da dimostrare che i familiari da includere/inclusi in copertura siano fiscalmente a proprio carico.
2. Nel caso in cui erroneamente il Cra Acea non abbia comunicato a Mutua MBA, tramite apposito file, il nominativo di alcuni dipendenti, gli stessi saranno sottoposti alla
3. verifica di MBA previa ricezione di idonea certificazione fornita dall'ufficio del personale di Acea.
4. Nel caso in cui un familiare nel corso della validità del sussidio, tramite Matrimonio, rientri nel carico fiscale del titolare e solo su indicazione di Acea alla Mutua MBA, l'inclusione dello stesso nel sussidio si intenderà operante solo a decorrere dalla nuova annualità del sussidio stesso.



Resta inteso che, per i nuovi Associati, ai fini dell'applicazione, ove previsti, dei Termini di aspettativa di cui all'art. 12 e delle Progressive di cui all'art. 13 verrà considerata come data di prima decorrenza il giorno della relativa inclusione.

Art. 5 - Dichiarazioni e comunicazione 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, la MBA si riserva di deliberare l'immediata esclusione del socio senza restituzione dei contributi nel frattempo versati.

Art. 6 - 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. 7 - Risoluzione delle Controversie

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

Art. 8 - Sottoscrizione di più Sussidi

Qualora l'Associato abbia sottoscritto con la MBA più di un sussidio, avrà diritto ad ottenere la condizione più favorevole (Rimborso delle spese, erogazione di indennità o indennizzo) tra le garanzie riconosciutegli dai vari sussidi sottoscritti.

Art. 9 - 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. 10 - Responsabilità di terzi

Nel caso in cui la prestazione riguardi eventi per i quali sia configurabile la responsabilità di terzi, ferma la generale esclusione di cui al successivo art. 15, eccezionalmente potrà essere riconosciuto il rimborso delle spese e l'erogazione delle prestazioni connesse all'evento subordinatamente alla presentazione da parte dell'associato di comunicazione della compagnia assicurativa del terzo danneggiante che rigetta la richiesta di indennità ovvero riconosce tale indennità in una misura inferiore a quella prevista applicando i massimali di cui al presente Sussidio.

Art.11 - 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. 12 – Termini di Aspettativa (Carenze)

Le garanzie decorrono:

- per gli Infortuni e l'aborto post-traumatico: dalle ore 24 del giorno di effetto del sussidio;
- per le conseguenze di stati patologici non conosciuti dall'Associato ma insorti anteriormente alla data di effetto del presente sussidio: 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 Sussidio MBA destinato agli aderenti di CRA ACEA.

Art. 13 – Pregresse

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

Altresì si intenderanno escluse tutte le garanzie oggetto del presente Sussidio attivate in conseguenza di stati patologici manifestati, diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati prima della data di attivazione del presente sussidio.

In caso di adesione senza soluzione di continuità rispetto al precedente Sussidio MBA destinato agli aderenti di CRA ACEA, le esclusioni ai precedenti due commi si intenderanno valide per il periodo antecedente alla data di prima attivazione del Sussidio.

Art. 14 – Esclusioni

Sono esclusi dal presente sussidio sanitario (salvo non sia diversamente previsto nelle specifiche garanzie):

- 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 da cui sia chiaramente possibile vincere la data di accadimento dell'infortunio e le conseguenze traumatiche dello stesso. Sono escluse le conseguenze di eventi ove manchi l'esteriorità della causa come gli sforzi e gli atti di



forza ossia l'impiego di energie muscolari concentrate nel tempo che esorbitano (sforzo) o meno (atto di forza) per intensità dalle ordinarie abitudini di vita dell' iscritto.

- c. le prestazioni relative o finalizzate a cure odontoiatriche;
- d. le prestazioni di routine, controllo, prevenzione nonché i vaccini (sia l'acquisto del farmaco che l'infusione/somministrazione);
- e. le prestazioni conseguenti a suicidio e tentato suicidio;
- f. le prestazioni derivanti o finalizzate all'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla data di effetto del sussidio, ad eccezione degli Interventi sui bambini che non abbiano superato i 5 anni di età;
- g. le prestazioni relative a malattie mentali ed i disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche;
- h. le prestazioni sanitarie e le cure aventi finalità estetica e dietologica, salvo gli Interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva resi necessari da Malattia o Infortunio rimborsabili, purché effettuate nei 360 giorni successivi all'Intervento e comunque durante la validità del sussidio;
- i. Infortuni o Malattie derivanti da dolo dell'Associato;
- j. le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale, (quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, quelle omeopatiche, fitoterapiche);
- k. i farmaci non riconosciuti dalla Farmacopea Ufficiale;
- l. le prestazioni erogate da medici che non siano in possesso di specializzazione medica pertinente rispetto alla prestazione erogata e rispetto alla diagnosi/quesito diagnostico per il quale la prestazione è erogata;
- m. le prestazioni erogate da professionisti non in possesso di regolare iscrizione all'Albo o abilitazione laddove prevista dalla normativa italiana.
- n. le cure e gli interventi chirurgici finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale;
- o. l'aborto volontario non terapeutico;
- p. 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;
- q. 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;
- r. gli Infortuni conseguenti ad assunzione di sostanze psicoattive (stupefacenti, farmaci, sostanze psicotrope), a scopo non terapeutico;
- s. gli infortuni causati dallo stato di ebbrezza o di ubriachezza;
- t. le Malattie correlate all'abuso di alcool o al consumo di stupefacenti e sostanze psicotrope, assunte non a scopo terapeutico;
- u. 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, ecc...) o gare motoristiche o sport in genere costituenti per l'Associato attività professionale (gare, prove e allenamenti) anche non prevalente;



- v. 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;
- w. le conseguenze di inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche, movimenti tellurici;
- x. 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;
- y. eventi per i quali sia configurabile la responsabilità di terzi; fatto salvo quanto previsto nel precedente art.13)
- z. spese per trasporto del plasma.

Art. 15 - Modalità di erogazione del servizio e tempi di presentazione delle richieste.

La richiesta di rimborso (Assistenza Indiretta) dovrà essere presentata dall'Associato alla Centrale Salute, utilizzando la modulistica presente sul sito del Cra Acea.

Si consiglia di inviare la richiesta di rimborso spese entro 30 giorni dalla erogazione della prestazione. Si ricorda in ogni caso che, decorsi 365 giorni dalla data dell'evento, l'Associato non avrà più diritto ad ottenere il rimborso.

Le richieste di rimborso per l'Assistenza Indiretta o di presa in carico per l'Assistenza Diretta, dovranno essere inviate tramite la propria Area riservata sul portale www.healthassistance.it raggiungibile al link <https://www.cra.aceait/en/polizza-sanitaria-MBA>.

In ordine alla documentazione da presentare si evidenzia che la MBA potrà richiedere in ogni momento (sia prima del rimborso sia a rimborso effettuato) la produzione degli originali qualora le copie trasmesse risultino in tutto o in parte illeggibili, incompleti o presentino grafie diverse oppure per effettuare controlli di Audit a campione.

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 necessari, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Per tutte le informazioni necessarie, l'Associato può far riferimento al sito dedicato www.cra-aceait.



Art. 16 – Tempi di rimborso

a. Prestazioni effettuate in Assistenza diretta presso strutture/professionisti convenzionati con la Centrale Salute.

Le spese relative alla prestazione erogata in assistenza diretta presso strutture/professionisti convenzionati con la Centrale Salute verranno corrisposte dalla 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 alla presa in carico costituendo mero strumento di attivazione del servizio).

b. Prestazioni effettuate in Assistenza indiretta

MBA provvederà alla lavorazione delle richieste e al rimborso di quanto dovuto a termini del presente Sussidio di norma entro 90 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.

Art. 17 – Massimali

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

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



SEZIONE A – GARANZIE OSPEDALIERE**A.1. RICOVERI CON E SENZA INTERVENTO CHIRURGICO e RICOVERI PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO**

In caso di **Ricovero ordinario con o senza Intervento Chirurgico e Ricovero ordinario per Grande Intervento Chirurgico -GIC** (secondo l'elenco esaustivo riportato nell'Allegato 1 al presente Sussidio "Elenco dei Grandi Interventi Chirurgici"), reso necessario da Malattia o Infortunio, Mba provvede a rimborsare le seguenti spese inerenti al Ricovero od all'Intervento Chirurgico:

- A) nei 90 giorni precedenti al Ricovero ordinario – elevati a 120 giorni in caso di Grande Intervento Chirurgico**
- **visite specialistiche ed accertamenti** diagnostici effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura;
- B) durante il Ricovero ordinario**
- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'Intervento, diritti di sala operatoria e materiale di Intervento (ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'Intervento);
 - assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami;
 - rette di degenza, nei limiti di € 300,00/giorno;
- C) nei 90 giorni successivi al Ricovero ordinario – elevati a 120 giorni in caso di Grande Intervento Chirurgico**
- esami diagnostici e visite specialistiche;
 - prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi;
 - acquisto di medicinali (previa prescrizione medica completa di motivazione clinica attinente al ricovero);
 - cure termali prescritte a seguito di intervento chirurgico (escluse le spese alberghiere);
 - assistenza infermieristica a domicilio sino ad un massimo giornaliero di € 26,00 per massimo 40 giorni per evento.

MBA provvederà al rimborso delle spese sostenute dall'Associato a fronte delle prestazioni complessive di cui alle precedenti lettere **A), B) e C)** del presente **art. A.1.** come di seguito:

- nel caso di Ricovero ordinario con o senza intervento chirurgico e Ricovero ordinario per Grande Intervento Chirurgico effettuato presso un **Centro Convenzionato con la Centrale Salute (Assistenza Diretta o Assistenza Indiretta in Network)**, con l'applicazione di una quota di spesa a carico dell'Associato pari al **10% con minimo non rimborsabile di € 1.000,00 e massimo non rimborsabile di € 2.000,00 per Evento;**



nel caso di Ricovero ordinario con o senza Intervento chirurgico e Ricovero ordinario per Grande intervento Chirurgico effettuato presso i Centri Convenzionati con la

- **Centrale Salute CASA DI CURA NS SIG.RA DELLA MERCEDE, EUROPEAN HOSPITAL, NUOVA VILLA CLAUDIA e VILLA MAFALDA** con l'applicazione di
 - ✓ **nessuna quota di spesa a carico** dell'Associato per Ricoveri Ordinari con Intervento Chirurgico e Ricoveri ordinari per Grande Intervento Chirurgico;
 - ✓ **quota di spesa a carico di € 500,00 per Evento** in caso di Ricovero ordinario senza Intervento Chirurgico;
- in caso di Ricovero ordinario con o senza intervento chirurgico o Ricovero ordinario per Grande Intervento Chirurgico effettuato presso un **Centro Non Convenzionato con la Centrale Salute (Assistenza indiretta fuori Network)**, con l'applicazione di una quota di spesa a suo carico pari al **25% con minimo non rimborsabile di € 2.000,00 per Evento**;
- in caso di Ricovero ordinario con o senza intervento chirurgico o Ricovero ordinario per Grande Intervento Chirurgico effettuato presso una **struttura sanitaria convenzionata ma da medici non convenzionati**, con le medesime modalità applicate anche in caso di Evento effettuato presso Centri Non Convenzionati con la Centrale Salute (**ossia con applicazione di una quota di spesa a carico dell'Associato pari al 25% con minimo non rimborsabile € 2.000,00 per Evento**);
- in caso di prestazioni erogate presso **strutture del S.S.N. o presso strutture con questo convenzionate**, i ticket sanitari verranno rimborsati senza applicazione di alcuna quota di spesa a carico dell'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.



A.1.1. ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI COMPRESI E RELATIVI SUB-MASSIMALI E QUOTE DI SPESA A CARICO DELL'ASSOCIATO

Sono altresì incluse le seguenti prestazioni o Interventi, nei limiti dei rispettivi submassimali omnicomprensivi per le spese indicate ai precedenti punti A), B e C) dell'art. A.1. inerenti:

- 1) **Day hospital e Day Surgery**, fino ad un submassimale complessivo per annualità/nucleo di € **4.000,00** con l'applicazione di:
 - i. **Quota di spesa a carico di € 500,00 per evento**, sia se effettuato presso **Centri Convenzionati** che **Centri Non Convenzionati con la Centrale Salute** e sia presso **strutture del S.S.N.** o con questo convenzionato;
 - ii. **Nessuna quota di spesa a carico dell'Associato**, se effettuato presso i **Centri Convenzionati con la Centrale Salute CASA DI CURA NS SIG.RA DELLA MERCEDE, EUROPEAN HOSPITAL, NUOVA VILLA CLAUDIA e VILLA MAFALDA;**
 - iii. In caso di **Day hospital per Chemioterapie**, il submassimale complessivo per annualità/nucleo si intende elevato a € **5.000,00** e **senza applicazione di alcuna Quota di spesa a carico dell'Associato** (sia se effettuato presso **Centri Convenzionati** che **Centri Non Convenzionati con la Centrale Salute** e sia presso **strutture del S.S.N.** o con questo convenzionato).
- 2) **Parto Cesareo e Aborto Terapeutico**, fino ad un submassimale complessivo per annualità/nucleo di € **4.000,00** senza alcuna quota di spesa a carico dell'Associato sia se effettuati presso **Centri Convenzionati** che **Centri Non Convenzionati con la Centrale Salute** e sia presso **strutture del S.S.N.** o con questo convenzionato;
- 3) **Prestazioni per chirurgia refrattiva ed i trattamenti con laser eccimeri**, con un submassimale di € **1.500,00** per occhio per anno/nucleo, limitatamente a quelli effettuati in caso di anisometropia superiore a tre diottrie e/o in caso di deficit visivo pari o superiore a 5 diottrie per ciascun occhio;
- 4) **Interventi ambulatoriali** fino ad un submassimale di euro **1.000,00** per annualità/nucleo con l'applicazione di:
 - i. **Quota di spesa a carico di € 150,00 per evento**, sia se effettuato presso **Centri Convenzionati** che **Centri Non Convenzionati con la Centrale Salute** e sia presso **strutture del S.S.N.** o con questo convenzionato;
 - ii. **Nessuna quota di spesa a carico dell'Associato**, se effettuato presso i **Centri Convenzionati con la Centrale Salute CASA DI CURA NS SIG.RA DELLA MERCEDE, EUROPEAN HOSPITAL, NUOVA VILLA CLAUDIA e VILLA MAFALDA;**

A.1.2. INTERVENTI PLAFONATI

Nel caso in cui l'Associato effettui uno o più dei sottoelencati Interventi Chirurgici:

- ❖ Varicocele
- ❖ Legamenti crociati
- ❖ Appendicectomia
- ❖ Ernie (escluse ernie discali della colonna vertebrale)
- ❖ Colectomia
- ❖ Varici



❖ **Meniscectomia**

la Mutua MBA provvederà a rimborsare le spese pre, durante e post Intervento (di cui ai punti A), B) e C) del precedente art. A.1.) sia se effettuato presso **Centri Convenzionati** che presso

Centri Non Convenzionati con la Centrale Salute e sia presso strutture del S.S.N. o con questo convenzionato.

Le spese saranno rimborsate nei limiti di un **submassimale annuo/nucleo di € 4.000,00 per ogni tipologia intervento** e con l'applicazione di una **quota di spesa a carico dell'Associato pari al 10%**.

Nel caso in cui i suddetti interventi vengano effettuati presso i **Centri Convenzionati con la Centrale Salute CASA DI CURA NS SIG.RA DELLA MERCEDE, EUROPEAN HOSPITAL, NUOVA VILLA CLAUDIA e VILLA MAFALDA**, Mba rimborsa con le seguenti condizioni:

- ❖ **Senza alcuna quota di spesa a carico** per l'associato e nei limiti di un sub massimale elevato ad **€ 7.000, anno/Nucleo in caso di "Legamenti crociati"**;
- ❖ **Senza alcuna quota di spesa a carico** dell'Associato e nei limiti di un sub massimale elevato a **€ 5.000 anno/nucleo** per tipologia di Intervento nei **restanti casi di Interventi Plafonati**.

A.2. INDENNITÀ SOSTITUTIVA - in alternativa all'Indennità Integrativa di cui al punto A.3.

Nel caso in cui l'Associato, a seguito di **Ricovero ordinario con o senza Intervento Chirurgico e Ricovero ordinario per GIC** (secondo l'elenco esaustivo riportato nell'Allegato 1 al presente Sussidio "*Elenco dei Grandi Interventi Chirurgici*") non richieda alcun Rimborso di cui ai precedenti punti, la Mutua corrisponderà un'Indennità giornaliera per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della Malattia, dell'Infortunio o del Parto Cesareo/Naturale.

L'Indennità sarà pari a **€ 100,00** per ogni notte nel **limite massimo di 45 giorni per anno/nucleo**.

Qualora l'Associato richieda la presente Indennità sostitutiva si intenderà escluso il Rimborso di qualsiasi altra spesa, anche precedente o successiva al Ricovero (di cui alle lettere A) e C) dell'art. A.1. eventualmente sostenuta e riferibile al medesimo Ricovero).

A.3. INDENNITÀ INTEGRATIVA - in alternativa all'Indennità Sostitutiva di cui al punto A.2.

Nel caso in cui l'Associato, a seguito di **Ricovero ordinario con o senza Intervento Chirurgico e Ricovero ordinario per GIC** (secondo l'elenco esaustivo riportato nell'Allegato 1 al presente Sussidio "*Elenco dei Grandi Interventi Chirurgici*") non richieda alcun Rimborso di cui ai precedenti punti, la Mutua corrisponderà un'Indennità giornaliera per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della Malattia, dell'Infortunio o del Parto Cesareo/Naturale.

L'indennità sarà pari ad **€ 50,00 per ogni notte** nel limite massimo di **30 giorni per anno/nucleo**.

Qualora l'Associato richieda la presente Indennità integrativa, potrà richiedere il rimborso anche delle spese pre e post di cui alle lettere A) e C) al punto A.1., eventualmente sostenute e riferibili al medesimo Ricovero, fermi gli eventuali submassimali indicati nel medesimo articolo.



Il rimborso delle prestazioni di cui alle lettere A) e C) è previsto anche per gli Interventi/Prestazioni - effettuati in regime di Ricovero - di cui ai punti A.1.1. e A.1.2., fermo in ogni caso restando l'applicazione dei submassimali complessivi (per le spese pre, durante e post) indicati nei medesimi articoli.

Il rimborso delle citate prestazioni di cui alle lettere **A) e C) (spese pre e post)**, avverrà dietro applicazione delle seguenti quote di spesa a carico:

- **10% minimo non rimborsabile € 1.000,00 e massimo non rimborsabile € 2.000,00 per evento** se effettuate presso un Centro Convenzionato con la Centrale Salute (**Assistenza Diretta o Assistenza Indiretta in Network**);
- **25% minimo non rimborsabile di € 2.000,00 per evento** se effettuate presso un Centro non Convenzionato con la Centrale Salute (**Assistenza indiretta fuori Network**);
- **senza alcuna quota di spesa** a suo carico per i **ticket sanitari** se prestazioni effettuate ricorrendo al Servizio Sanitario Nazionale o a Struttura Sanitaria convenzionata con il SSN.

A.4. MASSIMALE ANNUO

Il Massimale annuo erogabile per il complesso degli eventi e prestazioni indicati dal punto A.1. (e successivi sotto-articoli) al punto A.3. è pari alla somma complessiva di **€ 100.000,00 per Nucleo Familiare** e si intende elevato ad **€ 200.000 in caso di Ricoveri ordinari per Grande Intervento Chirurgico** (fermi gli eventuali submassimali indicati nello stesso elenco "Elenco dei Grandi Interventi Chirurgici" di cui all'Allegato 1 al presente Sussidio).

SEZIONE B - GARANZIE EXTRA OSPEDALIERE

Il limite annuo complessivo previsto per le prestazioni di cui alla presente Sezione B è pari a **€ 5.000,00 per anno/nucleo**.

B.1. ALTA DIAGNOSTICA STRUMENTALE

La Mutua, **entro il massimale annuo di € 5.000,00**, provvederà al rimborso delle spese per le seguenti prestazioni extra-ospedaliere di alta diagnostica strumentale:

a) Alta diagnostica

- Angiografia
- Angiografia digitale
- Arteriografia digitale
- Artrografia
- Broncografia
- Broncoscopia
- Chemioterapia
- Cistografia
- Cobaltoterapia
- Colonscopia
- Coronarografia



- Diagnostica Radiologica
- Dialisi
- Ecocardiografia
- Ecocardiogramma
- Ecocolordoppler (doppler, ecodoppler e colordoppler)
- Ecografia
- EGDS (esofagoscopia+gastroscopia+duodenoscopia)
- Elettrocardiografia
- Elettroencefalografia
- Elettromiografia
- Fibrolaringoscopia
- Flebografia
- Gastroscopia
- Mammografia
- Mielografia
- Radionefrogramma
- Rettoscopia
- Risonanza magnetica Nucleare (RMN)
- Scintigrafia di qualsiasi apparato o organo
- Telecuore
- Tomografia assiale computerizzata (TAC)
- Urografia

L'elenco delle prestazioni di cui sopra è da considerarsi esaustivo con ciò intendendosi escluse le prestazioni non espressamente indicate. Restano inoltre escluse le prestazioni elencate ma finalizzate alla diagnosi o all'erogazione di prestazioni odontoiatriche.

Il rimborso avverrà con le seguenti modalità:

- nel caso in cui le prestazioni vengano effettuate presso **Centri Convenzionati con la Centrale Salute (Assistenza Diretta o Assistenza Indiretta in Network)** verrà applicata una quota di spesa a carico dell'Associato pari a **25% minimo non rimborsabile di € 80,00 per prestazione;**
- nel caso in cui le prestazioni vengano effettuate presso i **Centri Convenzionati con la Centrale Salute CASA DI CURA NS SIG.RA DELLA MERCEDE, EUROPEAN HOSPITAL, NUOVA VILLA CLAUDIA e VILLA MAFALDA (RM)** con l'applicazione di una **quota di spesa a carico pari al 15%;**
- nel caso in cui le prestazioni vengano effettuate presso **Centri non Convenzionati con la Centrale Salute (Assistenza Indiretta fuori Network)** verrà applicata una quota di spesa a carico dell'Associato pari a **25% minimo non rimborsabile di € 100,00 per prestazione;**
- nel caso vengano effettuate ricorrendo al Servizio Sanitario Nazionale o a Struttura Sanitaria convenzionata con il SSN, senza applicazione di alcuna quota a carico dell'Associato per il rimborso di **ticket sanitari.**

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.

B.2. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI SEGUITO INFORTUNIO E MALATTIA

MBA, **entro il submassimale di € 500,00 per anno/nucleo**, rimborserà le spese sostenute per trattamenti fisioterapici resi necessari a seguito di malattia o Infortunio, se effettuate esclusivamente presso il **Centro Medico e Fisioterapico Eos** (sito in Via Casilina Vecchia, 8 - 00182 - Roma) e il **Centro Fisioterapico Flaminio** (sito in Via Francesco Carrara, 24 -00196-Roma) - entrambi **Convenzionati con la Centrale Salute** - con l'applicazione di una quota di spesa a carico del **20% minimo non rimborsabile € 50,00 per evento** (Assistenza Diretta o Assistenza Indiretta in Network).

Nel caso di Assistenza indiretta in Network (in questo caso specifico, nel solo Centro Medico e Fisioterapico Eos) : 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.



SEZIONE C – SERVIZI AGGIUNTIVI DELLA CENTRALE SALUTE

C.1. CONVENZIONE CONSERVAZIONE CELLULE STAMINALI

Per tutto il corso di validità del presente Sussidio, l'Associato avrà a disposizione a costi agevolati la possibilità di usufruire della convenzione stipulata tra la Centrale Salute e la Società StemWay Biotech Limited con sede italiana a Formello, in via di Santa Cornelia, 9.

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

C.1.1. Crio - conservazione delle cellule staminali del cordone ombelicale.

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

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

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

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

C.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.



C.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.

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.



Scheda Tecnica

GARANZIE OSPEDALIERE	
Ricoveri con/senza intervento chirurgico - max annuo	€ 100.000,00
Grandi Interventi Chirurgici (da elenco) - max annuo	elevato a € 200.000,00
In Network	percentuale spesa a carico 10% minimo non rimborsabile € 1.000,00 per evento e max non rimborsabile € 2.000,00 per evento
Out Network/Mista	percentuale spesa a carico 25% minimo non rimborsabile € 2.000,00 per evento
Ticket SSN	al 100%
<u>IN NETWORK PRESSO CASA DI CURA NS SIG.RA DELLA MERCEDE, EUROPEAN HOSPITAL, NUOVA VILLA CLAUDIA e VILLA MAFALDA (RM)</u>	
- Ricoveri con Intervento	senza alcuna quota di spesa a carico
- Ricoveri senza Intervento	Quota a carico € 500,00/evento
Pre ricovero	90 gg - elevati a 120 gg in caso di GIC
- accertamenti diagnostici, onorari medici e visite specialistiche	SI
Durante il ricovero	
- retta di degenza	limite di € 300,00/giorno
- prestazioni del chirurgo, degli assistenti, dell'anestesista, nonché diritti di sala operatoria, materiale di intervento	SI
- medicinali ed esami	SI
- cure ed assistenza medica ed infermieristica	SI
- apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durante l'intervento	SI
- trattamenti fisioterapici e rieducativi	SI
Post ricovero	90 gg - elevati a 120 gg in caso di GIC
- esami diagnostici e visite specialistiche	SI
- prestazioni mediche	SI
- trattamenti fisioterapici e rieducativi	SI
- medicinali (con prescrizione medica)	SI
- cure termali (escluse spese alberghiere)	SI
- assistenza infermieristica a domicilio	€ 26,00/giorno max 40 gg per evento
Interventi Plafonati : Varicocele - Legamenti Crociati - Appendicectomia - Ernie (esclue ernie discali della colonna vertebrale) - Colectomia - Varici - Meniscectomia	
In e Out Network	percentuale spesa a carico 10% - sub massimale € 4.000,00 annuo per tipologia di intervento
<u>IN NETWORK PRESSO CASA DI CURA NS SIG.RA DELLA MERCEDE, EUROPEAN HOSPITAL, NUOVA VILLA CLAUDIA e VILLA MAFALDA (RM)</u>	senza alcuna quota di spesa a carico e nel limite annuo/tipologia di intervento di € 5.000,00
<u>IN NETWORK PRESSO CASA DI CURA NS SIG.RA DELLA MERCEDE, EUROPEAN HOSPITAL, NUOVA VILLA CLAUDIA e VILLA MAFALDA (RM)</u>	sub massimale elevato a per Legamenti Crociati € 7.000,00,00

Altri Interventi Chirurgici Compresi	
- Day Hospital/Day Surgery - sub max annuo	€ 4.000,00 - quota a carico € 500,00/evento
- Day Hospital/Day Surgery In NETWORK presso CASA DI CURA NS SIG.RA DELLA MERCEDE, EUROPEAN HOSPITAL, NUOVA VILLA CLAUDIA e VILLA MAFALDA (RM)	al 100% - fermo il limite di € 4.000,00
- Day Hospital per Chemioterapie - sub amx annuo	elevato a € 5.000, al 100%
- Parto Cesareo/Aborto terapeutico - sub max annuo	€ 4.000,00
- Chirurgia refrattiva - sub max annuo	€ 1.500,00 per occhio
- Interventi Ambulatoriali - sub max annuo	€ 1.000,00 - quota a carico € 150/evento
- Interventi Ambulatoriali - In NETWORK presso CASA DI CURA NS SIG.RA DELLA MERCEDE, EUROPEAN HOSPITAL, NUOVA VILLA CLAUDIA e VILLA MAFALDA (RM)	fermo il limite di € 1.000 - al 100%
Indennità sostitutiva (escluse pre/post)	€ 100,00/notte o max 45 gg annui
	€ 50,00/notte max 30 gg annui
Indennità integrativa (incluse pre/post)	spese pre e post: nei limiti cui sopra, condizioni di rimborso si veda In Network e Out Network
GARANZIE EXTRAOSPEDALIERE	
Alta Diagnostica Strumentale (da elenco) - Max Annuo	€ 5.000,00
In Network	percentuale spesa a carico 25% min. non rimborsabile € 80,00 per prestazione
'IN NETWORK PRESSO CASA DI CURA NS SIG.RA DELLA MERCEDE, EUROPEAN HOSPITAL, NUOVA VILLA CLAUDIA e VILLA MAFALDA (RM)	percentuale spesa a carico 15%
Out Network	percentuale spesa a carico 25% min. non rimborsabile € 100,00 per prestazione
Ticket per Alta diagnostica Strumentale	al 100%
Fisioterapia da Malattia ed Infortunio - submax annuo	€ 500,00 - nei limiti di € 5.000,00
Condizioni di Rimborso c/o "Centro Medico e fisioterapico EOS" e "Centro Fisioterapico Flaminio"	percentuale spesa a carico 20% minimo non rimborsabile € 50,00 per evento
SERVIZI E ASSISTENZA DELLA CENTRALE SALUTE	
Centrale Salute per Supporto Copertura	SI
Tariffe agevolate per Conservazione delle Cellule Staminali	SI



ALLEGATO 1 – Elenco dei “Grandi Interventi Chirurgici”

Cardiochirurgia

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

Chirurgia Vascolare

- Interventi per stenosi o aneurismi sui seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrali, succlavie, renali, iliache
- Tromboendarterectomia aorto-iliaca

Neurochirurgia

- Anastomosi dei vasi intra-extra cranici
- Asportazione di tumori o aneurismi endocranici
- Asportazione di tumori orbitali per via endocranica
- Interventi endorachidei per asportazione di tumori, cordotomie, rizotomie e affezioni meningomidollari
- Interventi per tumori della base cranica per via transorale
- Interventi sulla cerniera atlo-occipitale
- Interventi sull'ipofisi per via transfenoidale
- Neurotomia retrogasseriana o sezione intracranica di altri nervi
- Rizotomia chirurgica intracranica
- Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi similari

Chirurgia Toracica

- Lobectomia polmonare o resezione segmentaria
- Resezione bronchiale con reimpianto
- Interventi sul mediastino per tumori
- Asportazione totale del timo
- Pneumonectomia, pleuropneumonectomia
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi lobare o polmonare

Chirurgia Generale

- Tiroidectomia per tumori maligni con svuotamento funzionale del collo
- Anastomosi porta-cava o spleno-renale o mesenterica-cava
- Pancreaticoduodenectomia radicale
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari
- Colectomia totale con linfadenectomia



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

Chirurgia Ginecologica

- Eviscerazione pelvica
- Vulvectomy allargata con linfadenectomia
- Isterectomia totale con annessiectomia e linfadenectomia per tumori maligni

Chirurgia Ortopedica

- **Artroprotesi totale di anca (nei limite del submassimale di € 13.000,00 per evento e di € 23.000,00 per evento in caso di artroprotesi bilaterale)**
- Interventi per rimozione e reimpianto di protesi d'anca o di ginocchio

Chirurgia Otorinolaringoiatrica e Maxillo-Facciale

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

Chirurgia Urologica

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

Trapianti d'organo

- Tutti
- Artroprotesi totale di ginocchio

