

**REGOLAMENTO AGGIUNTIVO
AL REGOLAMENTO ATTUATIVO
DELLO STATUTO DELLA MUTUA MBA**

Definizione Sussidio
- ONE CARE 2 -



Sezione 1: DEFINIZIONI

Ambulatorio

Struttura o centro medico attrezzato e regolarmente autorizzato in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni medico chirurgiche nonché lo studio professionale idoneo per legge all'esercizio della professione medica individuale.

Associato

Il soggetto il cui interesse è protetto dall'associazione.

Associazione

La Società Generale di Mutuo Soccorso Mutua Basis Assistance con sede in Roma in via Gemona del Friuli, 20.

Cartella clinica

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

Centrale Salute (*)

L'insieme organizzativo (persone, struttura, servizi) dell'Associazione e/o di Società incaricata da MBA per la gestione delle pratiche di rimborso, le prese in carico e l'accesso al Network di strutture convenzionate.

Centro convenzionato/specialista convenzionato

Istituto di diagnosi e/o cura – medico specialista, convenzionato con la Società, che fornisce le sue prestazioni agli Associati.

Evento

Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è stato richiesto l'indennizzo.

Franchigia

L'importo dell'indennizzo che rimane a carico dell'Associato, ove previsto.

Indennizzo/Indennità

La somma dovuta dalla Mutua all'Associato in caso di evento indennizzabili a termini di Sussidio sottoscritto.

Infortunio

L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili.

Intervento chirurgico

Intervento terapeutico o diagnostico realizzato tramite cruentazione dei tessuti, mediante l'uso di strumenti chirurgici nonché diatermocoagulazione, tecnica chirurgica con laser o crioterapia.



Le Definizioni permettono all'Associato di comprendere al meglio le norme del Regolamento e di avere un'interpretazione comune delle stesse.



D'ora innanzi nel Sussidio denominata anche solo Mutua o MBA.



La Centrale Salute è l'insieme organizzativo della Mutua o di società specializzata incaricata dalla Mutua, per erogare al meglio i servizi e i sussidi del Regolamento. Per i dettagli si veda subito sotto a [pagina 3](#).

Istituto di cura

L'ospedale, la clinica universitaria, l'istituto universitario, la casa di cura, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, alla erogazione di prestazioni sanitarie ed al ricovero dei malati.

Non si considerano istituti di cura gli istituti termali, le strutture di convalescenza e di soggiorno e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche.

Malattia

Ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Malformazione/difetto fisico

Ogni alterazione congenita od acquisita durante lo sviluppo fisiologico che sia evidente o clinicamente diagnosticabile.

Pagamento diretto

Il pagamento che la Mutua, in nome e per conto dell'Associato, effettua nei limiti di quanto dovuto ai sensi del Sussidio, a favore dei Centri convenzionati per le prestazioni previste dalle garanzie e prese in carico dalla Centrale Salute.

Presa in carico

Documento che la Centrale Salute (ove previsto e qualora l'Associato abbia richiesto il pagamento diretto), dopo valutazione dell'indennizzabilità dell'evento, invia ai Centri convenzionati.

Con la Presa in carico la Mutua si impegna in nome e per conto dell'Associato, a pagare le prestazioni effettuate (solo presso i Centri convenzionati) a favore dell'Associato, nei limiti di quanto dovuto ai sensi del Sussidio.

Ricovero

La permanenza in istituto di cura con pernottamento.

Ricovero diurno (Day Hospital)

La permanenza in istituto di cura senza pernottamento.

Rischio

La possibilità che si verifichi l'evento.

Scoperto

L'importo percentuale dell'indennizzo che rimane a carico dell'Associato (ove previsto).

Stato patologico

Ogni alterazione dello stato di salute conseguente a malattia o infortunio.

Sussidio

L'aiuto tempestivo, in denaro o in natura, fornito all'Associato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un evento indennizzabile a termini del



Il Pagamento diretto deve essere richiesto secondo le procedure sotto descritte ed è autorizzato dalla Mutua a suo insindacabile giudizio.



La Presa in Carico è a tutti gli effetti un documento che garantisce il pagamento per nome e per conto dell'Associato alla sola Struttura convenzionata con la Centrale Salute per le prestazioni erogate.



Non si può considerare Ricovero a termini di Sussidio, il ricovero così detto "improprio", ossia finalizzato all'erogazione di prestazioni che normalmente verrebbero erogate in forma ambulatoriale.



Si intende Sussidio anche (in senso ampio) l'insieme delle norme che formano il

Sussidio sottoscritto.

(*) Centrale Salute

La Struttura (intesa come l'insieme di persone, servizi e attrezzature) della MBA che provvede ad erogare direttamente le prestazioni previste nella presente regolamento, e/o per il tramite di Società di servizi incaricata da MBA per la gestione delle pratiche di rimborso, le prese in carico, l'accesso al Network di strutture convenzionate e tutti i servizi erogati in virtù del Regolamento sottoscritto.

Per ottenere una prestazione l'Associato dovrà prendere contatto con la Centrale Salute ai seguenti numeri:

Per le chiamate dall'Italia Numero verde:



Dall'estero: +39 035.4243065

Fax: +39 035.363714

E-mail: centralesalute@mbamutua.org

comunicando:

i propri dati anagrafici, il Sussidio sottoscritto, il tipo di prestazione di cui necessita, il domicilio o l'indirizzo temporaneo e il recapito telefonico.

La Centrale Salute ha il compito di attivare tutte le prestazioni del Sussidio e inoltre provvede:

- alla "presa in carico" delle prestazioni dei Centri e degli Specialisti convenzionati, per le quali l'Associato deve **necessariamente** rivolgersi alla Centrale Salute **almeno 3 giorni lavorativi** prima della data fissata per le prestazioni di cui si richiede il pagamento diretto;
- alla consulenza sulla scelta dei "Centri e specialisti convenzionati" e le relative prenotazioni;
- alla consulenza sulle prestazioni erogabili previste dal Sussidio.

Nell'area riservata all'Associato del sito internet della Mutua MBA www.mbamutua.org, sarà disponibile la Guida ai Centri convenzionati, la modulistica necessaria per le varie richieste e tutti i riferimenti utili.

Altresì troverà la modulistica sul sito di Winsalute S.p.A., la Società incaricata dalla MBA per la gestione della Centrale Salute, al sito www.winsalute.it.

La Guida ai centri convenzionati può essere soggetta a variazioni.

Sezione 2: NORME GENERALI CHE REGOLANO IL SUSSIDIO

Art. 1 PERSONE ASSOCIATE

Il Sussidio garantisce l'Associato e/o i suoi familiari nominativamente indicati nel modulo di Adesione.

Regolamento.



L'associato può contattare la Centrale Salute per ogni esigenza correlata al proprio Sussidio o per avere informazioni sulla Mutua e sui servizi erogati.



Per poter chiedere il Pagamento Diretto delle prestazioni è necessario inviare il Modulo di Richiesta di Pagamento diretto almeno 3 giorni lavorativi precedenti il giorno delle prestazioni.

Ciò permetterà alla Centrale Salute di valutare l'indennizzabilità delle prestazioni e poter espletare al meglio il servizio, che richiede dei tempi organizzativi per contattare le strutture e far valutare la richiesta ai propri esperti. Troverà il modulo di richiesta anche sul sito www.winsalute.it.

Il Sussidio è valido per il singolo o, se previsto, per l'intero nucleo familiare. **Per nucleo si intendono i coniugi o il convivente more uxorio e i figli a carico fino a 26 anni di età.**

Art. 2 DICHIARAZIONE RELATIVA ALLE CIRCOSTANZE DI RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Associato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione della validità del Sussidio.

Art. 3 Omissis

Art. 4 MODIFICHE DELLA GARANZIA

Le eventuali modifiche del Sussidio devono essere provate per iscritto.

Art. 5 PERSONE NON GARANTITE

Non sono garantite le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività HIV o dalle seguenti infermità mentali: organico cerebrale, schizofrenia, forme maniaco depressive e stati paranoici.

Nel caso di manifestazione di una di dette malattie nel corso della validità della prestazione, il Sussidio cessa con il loro manifestarsi per il soggetto interessato.

Sezione 3: GARANZIE

Art. 6 Ricoveri ed interventi chirurgici

- a) La Società in caso di ricovero, con o senza intervento chirurgico, reso necessario da malattia o infortunio che risultino in garanzia, provvede ad indennizzare le seguenti spese inerenti il ricovero e/o l'intervento chirurgico.
- accertamenti diagnostici compresi onorari medici e visite specialistiche nei **90 giorni precedenti il ricovero**;
 - rette di degenza fino a un submassimale di euro **150,00 al giorno**;
 - prestazioni del chirurgo, degli assistenti, dell'anestesista, nonché diritti di sala operatoria e materiale di intervento;
 - medicinali ed esami durante il ricovero;
 - assistenza medica e infermieristica durante il ricovero;
 - apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durante l'intervento;
 - trattamenti fisioterapeutici e rieducativi durante il ricovero.
- b) La Società provvede inoltre al rimborso delle spese sostenute nei **90 giorni successivi al ricovero** per:
- esami diagnostici e visite specialistiche;
 - prestazioni mediche;
 - trattamenti fisioterapici e rieducativi;



Non possono sottoscrivere il Sussidio persone che abbiano le affezioni indicate.



In questa sezione sono indicate le garanzie prestate dalla MBA per gli eventi indennizzabili.



La Garanzia Ricoveri permette di avere un rimborso delle spese sanitarie sostenute a seguito di Ricovero con o senza intervento chirurgico.



Inoltre nello stesso massimale della Garanzia rientrano, senza scoperto né franchigia, anche le spese sanitarie sostenute nei 90 giorni prima e 90 giorni dopo il ricovero e che siano strettamente collegate al ricovero stesso. Se l'intervento rientra nell'elenco dei Grandi Interventi Chirurgici, i giorni per le spese pre e post diventano 120.

- medicinali necessari a seguito del ricovero (con prescrizione medica);
- cure termali necessarie a seguito del ricovero (escluse spese alberghiere);
- assistenza infermieristica a domicilio (post intervento) con un limite di euro 26,00 al giorno massimo di 40 giorni per evento.

• Nel caso in cui le prestazioni per ricoveri, con o senza intervento, vengano effettuate nell'ambito dei **Centri Convenzionati** con la Centrale Salute, non applicherà nessuna franchigia e/o scoperto

• Nei casi in cui le prestazioni suddette siano effettuate in **Centri non Convenzionati** con la Centrale Salute, si applicherà uno scoperto del 15% con il minimo non rimborsabile di euro 750,00 e un massimo di euro 1.500,00 per tutti i ricoveri, l'indennizzo delle prestazioni, avverrà previa detrazione di una franchigia fissa di euro 750,00, salvo i casi dove espressamente escluso. In caso di **Grandi Interventi Chirurgici** si applicherà uno scoperto del 20% con una franchigia di € 3.000 sia in network che fuori network

• qualora le prestazioni per ricoveri fossero rese in Centri Convenzionati, ma da medici non convenzionati, per questi ultimi si applicheranno le franchigie e gli scoperti sopra indicati per i Centri non Convenzionati.

Art. 7 SOTTOLIMITI PER ALCUNI INTERVENTI CHIRURGICI

Relativamente agli interventi chirurgici sottoelencati, il submassimale per anno/nucleo si intende fissato in euro 4.000,00, con uno scoperto del 20% sulla somma effettivamente spesa e documentata dall'Associato:

- varicocele
- appendicectomia
- ernie (escluse ernie discali della colonna vertebrale)
- colecistectomia
- varici
- meniscectomia
- legamenti crociati.

Sottolimito per **Parto Naturale** € 2.500,00 con applicazione di uno scoperto del 15% con franchigia min. di € 750,00 e max. € 1.500,00

Art. 8 ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI COMPRESI

(senza applicazione di scoperto o franchigia ed entro i submassimali indicati)

La Società, fermo restando il disposto del successivo art. 13 provvede al rimborso delle spese per:

- a) Parto Cesareo e aborto terapeutico, Ricoveri o Interventi in regime di Day Hospital, fino ad un submassimale complessivo per annualità di euro **3.500,00** con uno scoperto del 15% con franchigia min. di € 750,00 e max. € 1.500,00;
- b) Interventi ambulatoriali fino ad un limite di euro 1.000,00 per annualità, con una franchigia di € 200;
- c) Prestazioni per chirurgia refrattiva ed i trattamenti con laser eccimeri, con un submassimale di euro 1.000,00 tot. annuo, limitatamente a quelli effettuati in caso di ansimetropia superiore a tre diottrie e/o in



Leggi attentamente!
qui sono indicate le differenze di scoperto e di franchigia che ci sono con l'utilizzo delle strutture sanitarie convenzionate con la Centrale Salute e non. Per conoscere l'elenco delle strutture e dei medici convenzionati contatti sempre la Centrale Salute o consulti l'elenco nella Sua area riservata.



In questo articolo si evidenziano alcuni interventi chirurgici che hanno un submassimale specifico.



In questo articolo si evidenziano alcuni interventi chirurgici che normalmente non rientrerebbero nel Sussidio e quindi vengono normati come altri interventi. I submassimali sono sempre da intendersi un di cui di quelli dell'art. 9.



L'ansimetropia è la

caso di deficit visivo pari o superiore a 5 diottrie per ciascun occhio.

Art. 9 MASSIMALE GARANTITO PER LE GARANZIE EX ARTT. 6, 7, e 8

Il massimale annuo garantito per il complesso delle garanzie degli artt. 6, 7 e 8 (compresi sottoarticoli) è pari alla somma complessiva di euro **100.000,00 per annualità**.

Il suddetto massimale viene elevato a euro **200.000,00** nel caso in cui l'intervento chirurgico si consideri un **Grande Intervento Chirurgico**, così come da elenco sottostante:

Cardiochirurgia

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

Chirurgia Vascolare

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

Neurochirurgia

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

Chirurgia Toracica

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

Chirurgia Generale

- Tiroidectomia per tumori maligni con svuotamento funzionale del collo.

differenza che si calcola in diottrie tra gli occhio e un altro.



Il massimale viene elevato solo per i casi elencati. Nel caso di incongruenza si valuterà nel dettaglio la cartella clinica per valutarne l'indennizzabilità.

- Esofagectomia totale
- Gastrectomia totale con linfadenectomia
- Esofago-gastrectomia per via toraco-laparotomica
- Anastomosi porta-cava o spleno-renale o mesenterica-cava
- Pancreaticoduodenectomia radicale
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari
- Colectomia totale con linfadenectomia
- 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
- Artroprotesi totale di ginocchio
- Artrodesi vertebrali per via anteriore
- Interventi per rimozione e reimpianto di protesi d'anca o di ginocchio

Chirurgia Otorinolaringoiatrica e Maxillo-Facciale

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

Chirurgia Urologica

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

Trapianti d'organo

- Tutti

Nei suddetti casi vengono rimborsate le stesse prestazioni indicate all'art. 6 con i massimali elevati in base al presente articolo.

Art. 10 INDENNITA' DI DEGENZA SOSTITUTIVA

L'Associato nel caso in cui sia stato ricoverato in Istituto di cura in conseguenza di malattia, infortunio o parto, indennizzabili a termini del presente Sussidio, può chiedere, in sostituzione integrale del rimborso delle spese previste, il pagamento di una indennità giornaliera di € 150,00 per ogni giorno di ricovero e per la durata massima di 180 giorni per annualità.

L'indennità, dovuta a termini di quanto suddetto, spetta a partire dal giorno stesso del ricovero fino al giorno antecedente a quello della dimissione.



Nel caso in cui per il Ricovero effettuato non si richieda nessun rimborso (e per tutte le spese collegate), la MBA riconosce comunque un'indennità giornaliera per ogni giorno di

ricovero.

Art. 11 PRESTAZIONI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

La Mutua provvede al rimborso delle spese per le seguenti prestazioni extra-ospedaliere:

- *Amniocentesi*
- *Angiografia*
- *Angiografia digitale*
- *Arteriografia digitale*
- *Arteriografia digitale*
- *Artrografia*
- *Broncografia*
- *Broncoscopia*
- *Chemioterapia*
- *Cistografia*
- *Cobaltoterapia*
- *Colonscopia*
- *Coronarografia*
- *Diagnostica radiologica*
- *Dialisi*
- *Ecocardiografia*
- *Ecocardiogramma*
- *Ecocolordoppler (doppler, ecodoppler e colordoppler)*
- *Ecografia*
- *EGDS (esofago scopia + gastroscopia + duodenoscopia)*
- *Elettrocardiografia*
- *Elettroencefalografia*
- *Esofagogastroduodenoscopia*
- *Flebografia*
- *Gastroscopia*
- *Laser terapia*
- *Mammografia*
- *Mielografia*
- *Radionefrogramma*
- *Radionefrogramma*
- *Rettoscopia*
- *Risonanza Magnetica Nucleare (RMN)*
- *Scintigrafia*
- *Telecuore*
- *Tomografia Assiale Computerizzata (TAC)*
- *Urografia*
- *Urografia*

Il limite annuo garantito per il complesso delle prestazioni dell'art. 11 è pari ad **€ 5.000,00**.

Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del



L'elenco delle prestazioni garantite è tassativo; eventuali discordanze nella terminologia verranno chiarite valutando nel dettaglio la prestazione eseguita e confrontate con l'elenco per attinenza.

20% e con il minimo non indennizzabile di € 60,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

Nel caso in cui l'Associato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Mutua rimborsa integralmente i **TICKET SANITARI** relativi agli esami di alta diagnostica elencati, **senza nessun massimale annuo**.

Art. 12. VISITE SPECIALISTICHE

La Società, **entro il sottolimito annuo** di seguito indicato, in caso di malattia o di infortunio indennizzabili ai sensi del Sussidio, anche in assenza di ricovero od intervento chirurgico, su prescrizione medica indicante la motivazione clinica/diagnosi/patologia, provvede all'indennizzo delle spese per visite mediche specialistiche ed esami diagnostici effettuati dall'Associato, **con applicazione di uno scoperto pari al 20%, con un minimo non indennizzabile di € 60,00**.

Sono escluse dalle garanzie previste nel presente articolo, le visite, gli esami e gli accertamenti diagnostici odontoiatrici e ortodontici.

Il sottolimito annuo per le garanzie dell'art. 12 è pari ad € 1.500,00.

Qualora l'Associato desiderasse usufruire per le prestazioni su indicate di un Centro Convenzionato, dovrà richiedere la "presa in carico" della prestazione tramite la Centrale Salute.

Qualora l'Associato per effettuazione delle visite specialistiche e degli esami diagnostici ricorra al S.S.N., la Società provvede, dietro presentazione dell'originale delle fatture di spesa, al rimborso del 100% delle spese per **ticket senza nessun limite**

Art. 13 RISCHI ESCLUSI

(eventuali deroghe sono pattuite nella "Convenzione Sussidi Sanitari")

Le garanzie non sono operanti nei casi di:

- conseguenze dirette di stati patologici, anche se conseguenti ad infortunio, già conosciuti e/o diagnosticati al momento della sottoscrizione del Sussidio e/o della Convenzione
- interruzione della gravidanza volontaria, non a scopo terapeutico
- parto naturale
- infortuni e intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o psicofarmaci, ovvero ad uso di allucinogeni o stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica)
- infortuni sofferti in conseguenza di azioni delittuose commesse dall'Associato (intendendosi invece comprese nella garanzia le conseguenze di imprudenze e negligenze, anche gravi dell'Associato stesso)
- suicidio e tentato suicidio



Verranno rimborsati al 100% solo i Ticket sanitari inerenti le garanzie in copertura.



Se il presente Sussidio è stato sottoscritto in virtù di una Convenzione con la MBA, la Convenzione è parte integrante del Sussidio.



Le esclusioni qui elencate sono valide per tutti gli Associati che hanno sottoscritto il presente Sussidio, fatto salvi i casi in cui ciò sia derogato per iscritto

- terapie della fecondazione assistita di qualsivoglia tipo
- terapie della sterilità acquisita e/o impotenza dei singoli partner della coppia
- cure delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici
- cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici e malformazioni congenite o comunque preesistenti alla stipulazione della garanzia
- prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio o neoplasie maligne verificatesi successivamente alla stipulazione della garanzia)
- le cure omeopatiche, fitoterapiche e comunque la medicina alternativa in genere
- ricoveri allo scopo di effettuare check up clinici
- le cure dentarie o delle paradontopatie, a meno che non siano rese necessarie da infortuni verificatisi successivamente alla sottoscrizione del Sussidio e/o della Convenzione; sono escluse in ogni caso le protesi dentarie
- malattie professionali, come definite dal DPR 30/06/65 n° 1124 e successive variazioni intervenute fino alla stipulazione della garanzia
- ricoveri causati dalla necessità dell'Associato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri di lunga degenza. Si intendono per 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 Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale e fisioterapico di mantenimento
- conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni, provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti
- gli infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti
- gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei e motoristici in genere
- le conseguenze derivanti da terremoti, guerre, insurrezioni, inondazioni ed eruzioni vulcaniche
- le conseguenze derivanti da terrorismo nucleare, biologico e chimico
- le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi o dalla patologia
- le conseguenze di anoressia e bulimia
- le spese relative a prestazioni dietologiche, salvo i casi di obesità patologica
- le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo
- le spese relative a prestazioni che per loro natura possano essere considerati check-up di prevenzione
- le spese sostenute per ricovero presso strutture non autorizzate alla professione.

attraverso altro documento della MBA.

Art. 14 DECORRENZA DEL SUSSIDIO AI TERMINI DI ASPETTATIVA (eventuali deroghe sono pattuite nella "Convenzione Sussidi Sanitari")

Le garanzie del Sussidio decorrono:

- a) per gli infortuni, dalle ore 24:00 del giorno di delibera del Sussidio e quindi ha effetto la garanzia;
- b) per le malattie, dal 30° giorno successivo a quello in cui ha effetto la garanzia;
- c) per il parto e le malattie da puerperio, dal 300° giorno successivo a quello in cui ha effetto la garanzia;
- d) per le conseguenze di stati patologici non conosciuti dall'Associato ma insorti anteriormente alla sottoscrizione del Sussidio e/o della Convenzione: 180° giorno successivo a quello in cui ha effetto la garanzia;
- e) per le malattie dipendenti da gravidanza: dal 60° giorno successivo a quello di effetto della garanzia, a condizione che la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo all'effetto della garanzia stessa.

Nell'eventualità di future variazioni intervenute nel corso della presente garanzia, i termini di aspettativa suddetti decorrono dalla data della variazione stessa per le somme garantite eccedenti e le diverse persone o prestazioni garantite, ovvero dalla data di sottoscrizione del primo questionario anamnestico.

Sezione 4: NORME CHE REGOLANO LE GARANZIE

Art. 15 OBBLIGHI DELL'ASSOCIATO

- a) **Nel caso in cui l'Associato intenda usufruire delle prestazioni dei Centri o dei medici specialistici convenzionati** deve rivolgersi alla Centrale Salute **almeno 3 giorni** lavorativi prima della data fissata per la prestazione o il ricovero.

Qualora l'Associato sia impossibilitato a contattare la Centrale Salute può inviare un fax o scrivere al numero e all'indirizzo indicati nel capitolo "Centrale Salute" o in calce al Sussidio.

L'operatore della Centrale Salute, di comune accordo con l'Associato, provvederà alla "presa in carico" della prestazione presso il centro o il medico specialista convenzionato. L'Associato è tenuto a fornire alla Centrale Salute, tutta la documentazione medica richiesta.

La "presa in carico" sarà accettata o meno dalla Centrale Salute a suo insindacabile giudizio sulla base dei dati forniti dall'Associato.

- b) **In caso di infortunio**, la denuncia dell'evento dovrà tempestivamente comunicare alla Centrale Salute l'accaduto, trasmettendo modulo di infortunio reperibile nell'area riservata del sito della MBA che deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle modalità di accadimento e certificato di pronto soccorso (o documento equiparato) attestante l'accadimento.



Le decorrenze e le carenze qui elencate sono valide per tutti gli Associati che hanno sottoscritto il presente Sussidio, fatto salvi i casi in cui ciò sia derogato per iscritto attraverso altro documento della MBA.



Le informazioni di questa sezione permettono all'Associato di conoscere le modalità e i tempi per ottenere i Rimborsi.



Importante!
La richiesta di pagamento diretto è soggetta a giudizio di indennizzabilità. Maggiore è la documentazione medica che si fornisce per la valutazione e più facile sarà per la MBA valutare la fattibilità.

Il decorso delle lesioni deve essere documentato da successiva documentazione medica.

L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia dell'evento può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.

- c) In ogni caso e per tutte le garanzie prestate nel presente Sussidio, per ottenere l'indennizzo, l'Associato dovrà sempre consentire alla Centrale Salute le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari e produrre copia della cartella clinica completa e/o di ogni altro documento medico relativo alle cure di cui si chiede l'indennizzo, anche precedenti la sottoscrizione del Sussidio stesso.

Sezione 5: INFORMAZIONI UTILI E PROCEDURE

La **Mutua MBA** per l'erogazione dei servizi legati ai propri sussidi sanitari si avvale del lavoro della Centrale Salute della Società **Winsalute S.p.A.**

Di seguito Le forniamo alcune importanti informazioni.

La **Centrale Salute** è a disposizione di tutti gli Assistiti al **Numero Verde 800 511 311** dal **Lunedì al Venerdì dalle 08,30 alle 17,30**.

La **Centrale Salute** fornirà tutte le informazioni necessarie all'Assistito:

- ✓ Informazioni sui Sussidi e sulle Procedure per i Rimborsi
- ✓ Informazioni sul Network di strutture Sanitarie e come accedervi
- ✓ Informazioni sullo Stato delle Pratiche
- ✓ Gestione richieste di Pagamento Diretto

Chi è Winsalute

Winsalute è una società di servizi specializzata in rimborsi di spese mediche, che offre i propri servizi a diverse Compagnie di Assicurazione e Fondi, Casse e Società di Mutuo Soccorso tra cui la Società di Mutuo Soccorso Mutua Basis Assistance (MBA). Offre servizi di Centrale Salute telefonica, **Network di Strutture Sanitarie Convenzionate** e gestione delle **Pratiche di Rimborso**.

Dove si trova Winsalute

La Centrale Salute si trova a Bergamo in Via San Bernardino, 120.

Cosa fare per richiedere un Rimborso

Lei deve scaricare il modulo di rimborso nell'area riservata della MBA o nel sito di Winsalute, www.winsalute.it (o può richiederlo alla Centrale Salute) e lo deve inviare via **fax** al numero **035/363714** o via **e-mail** a centralesalute@mbamutua.org, compilandolo in ogni sua parte, allegando la documentazione medica in suo possesso di cui si chiede il rimborso (impegnativa, cartella clinica, referti, etc.) e le relative notule e/o fatture.

Se necessario, la Centrale Salute la contatterà (indichi sempre dei riferimenti), per richiederle ulteriore documentazione o per comunicarle informazioni importanti.



Importante!

Tutta la documentazione richiesta dalla MBA tutela ogni Associato, al fine di indennizzare sempre il giusto per ognuno.



In questa sezione troverà delle informazioni utili per accedere ai suoi servizi e Sussidi.

In ogni caso, potrà sempre contattare la Centrale Salute per avere ulteriori delucidazioni o assistenza.



Procedura con pagamento indiretto, ossia con richiesta di rimborso.

Cosa fare per richiedere un Pagamento Diretto

Ove previsto dal Suo Sussidio, Lei potrà richiedere il pagamento diretto delle spese sanitarie che dovrà sostenere.

Per richiedere il Pagamento Diretto dovrà contattare la centrale Salute almeno 3 giorni lavorativi prima del presunto ricovero o della prestazione, per permettere alla Centrale le dovute verifiche e compilare il modulo di richiesta pagamento diretto che trova sul sito di Winsalute o che potrà richiedere alla Centrale Salute.

Anche in questo caso dovrà inviare in allegato la documentazione sanitaria relativa alla prestazione.

Se accettata la richiesta, le spese rimborsabili verranno pagate dalla MBA e rimarranno a Suo carico solo scoperti e/o franchigie e/o eccedenza dal massimale.

In caso di urgenza, sarà possibile richiedere il pagamento diretto anche a ricovero avvenuto salvo far pervenire la documentazione e la richiesta alla Centrale prima delle dimissioni dalla struttura.



Procedura per richiedere il Pagamento Diretto

Cosa fare per accedere alle Strutture Sanitarie Convenzionate

Per poter accedere alle Strutture Convenzionate del Network di Winsalute di cui potrà vedere l'elenco completo nella Sua area riservata del sito della MBA, dovrà sempre e in ogni caso contattare preliminarmente la Centrale Salute, che le fornirà tutte le dovute informazioni del caso e la aiuterà in caso di necessità.

ATTENZIONE: non contattare la Centrale Salute potrà inficiare l'applicazione della relativa convenzione e di conseguenza l'applicazione delle tariffe agevolate.



I Centri Convenzionati con Winsalute sono attentamente selezionati da un gruppo di lavoro esperto nel settore e sono in costante aggiornamento.

Per qualsiasi comunicazione contatti sempre la Centrale Salute

Numero Verde dall'Italia



Lun/Ven 8,30-17,30

Numero dall'Estero +39 035.4243065

Fax +39 035.363714 E-mail: centralesalute@mbamutua.org

o ci scriva a:

Centrale Salute MBA

c/o Winsalute S.p.A.

Via San Bernardino, 120

24126 Bergamo (BG)

§§§