



mutua basis assistance

Regolamento del Sussidio

“Total Care 3.1”

Il Presente Sussidio è da considerarsi parte integrante del Regolamento attuativo dello Statuto della Mutua Basis Assistance e soggetto a contributo aggiuntivo.

Sezione 1: Definizioni	3
Sezione 2: Norme generali che regolano il sussidio	4
Sezione 3: Norme relative a tutte le garanzie	7
Sezione 4: Normativa Generale	9
Sezione 4.1.: Prevenzione	9
Sezione 4.2: Salute	13
Sezione 4.3: Assistenza	52
Sezione 4.4: Sostegno	59

Sezione 1: Definizioni

Associato: la 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.

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.

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.

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 Assistiti per l'accesso alle prestazioni e ai servizi.

Centro Convenzionato: Istituti di Cura e Centri Diagnostici Convenzionati con Mutua MBA, che fornisce le sue prestazioni agli Associati.

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 che hanno curato l'Associato, necessario per la guarigione clinica, ovvero per la stabilizzazione dei postumi permanenti, durante il quale l'Associato è costretto al riposo assoluto presso il proprio domicilio.

Day hospital: la degenza in istituto di cura che non comporti il pernottamento, documentata da cartella clinica, finalizzata all'erogazione di trattamenti terapeutici e/o chirurgici.

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

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

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

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

Infortunio odontoiatrico: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che provochi lesioni fisiche oggettivamente constabili all'apparato dentale inteso come insieme di arcate gengivo-dentarie, che siano documentate da specifico referto di Pronto Soccorso (attestante le circostanze dell'evento, le cause e le conseguenze dell'evento) e che abbiano dato luogo ad un ricovero per un periodo non inferiore a 48 ore.

Intervento chirurgico: l'atto medico, con diretta finalità terapeutica, cruento, realizzato mediante l'uso di strumenti chirurgici e/o idonee apparecchiature. Si considera intervento chirurgico anche la riduzione incruenta di fratture.

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.

Malattia: ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Malformazione: la deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

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

Massimale: 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 di tutti i documenti relativi all'evento per il quale è erogato il sussidio nei termini del presente Regolamento.

Premorienza: evento morte che avviene prima di quella di un'altra persona o prima di un dato termine.

Presa in Carico: documento che la Centrale Salute, a seguito di richiesta dell'Associato e previa valutazione dell'operatività di quanto previsto nel presente Sussidio, invia ai Centri convenzionati per l'accesso alle prestazioni forma diretta, nei limiti di quanto previsto dal regolamento del 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: la degenza comportante pernottamento in istituto di cura, documentata da cartella clinica, finalizzata all'erogazione di trattamenti terapeutici o chirurgici. Il day hospital, le cure ed i trattamenti anche chirurgici, ambulatoriali, le visite ambulatoriali anche se in Istituto di Cura, non sono considerati ricovero.

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

Visita specialistica: la visita effettuata da medico chirurgo in possesso di titolo di specializzazione, per diagnosi e prescrizione di terapie cui tale specializzazione è destinata.

Sezione 2: Norme Generali che regolano il Sussidio

Art. 1 - Persone Associate

Le prestazioni garantite dal presente Sussidio sono prestate in favore dell'Associato nominativamente indicato nel modulo di adesione con il quale lo stesso ha aderito al presente Regolamento aggiuntivo.

Art. 2 - Nucleo Familiare

Il Sussidio è valido per l'Associato nominativamente indicato nel modulo di adesione e, nei casi in cui ciò sia stato espressamente previsto in fase di adesione al Sussidio, per i suoi familiari identificati al momento della sottoscrizione, per le garanzie che prevedano benefici per gli stessi. Indicando i nominativi dei propri familiari, l'Associato autocertifica il rispetto dei requisiti degli stessi per beneficiare degli eventuali Sussidi/Servizi. E' altresì necessario comunicare tempestivamente alla Mutua eventuali modificazioni del nucleo familiare in corso di validità del Sussidio.

Per nucleo si intendono, oltre al Titolare del Sussidio, il coniuge ed il convivente more uxorio, nonché i figli fino a 26 anni, quest'ultimi anche se non residenti.

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). E' 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 - Variazioni del nucleo familiare in corso di anno: inclusione/esclusione assistiti

Qualora sia prevista l'inclusione del Nucleo Familiare (v. precedente Art. 2 - Nucleo Familiare), l'Associato deve comunicare immediatamente le variazioni del proprio stato familiare alla MBA in forma scritta, entro e non oltre 30 giorni dall'avvenuta variazione (es. nascita, matrimonio).

Se non diversamente comunicato dalla MBA, e fermo restando il pagamento dell'eventuale contributo dovuto, l'inclusione dei nuovi assistiti nel Sussidio si intenderà operante solo a decorrere dalla nuova annualità del sussidio stesso.

Resta inteso che, per i nuovi Assistiti, ai fini dell'applicazione dei "Termini di aspettativa" di cui all'art. 16 e delle "Esclusioni" di cui all'art. 16 verrà considerato il giorno della relativa inclusione.

Art. 4 - Durata del sussidio e tacito rinnovo

Il presente Sussidio ha durata di tre anni decorrenti dal giorno di cui all'art. 8. In mancanza di comunicazione di non rinnovo, ricevuta mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza, il Sussidio Sanitario s'intenderà rinnovato, di anno in anno, a fronte del relativo pagamento del contributo aggiuntivo e delle quote associative previste.

Art. 5 - Obblighi contributivi dell'Associato

Fermo restando quanto previsto nell'art. 4 "Durata del sussidio e tacito rinnovo", il presente Sussidio ha validità di tre anni con obbligo per l'Associato di procedere al versamento dei relativi contributi aggiuntivi per i primi tre anni.

In caso di mancato versamento dei relativi contributi e fermo quanto previsto all'art. 8, la MBA si riserva il diritto di adire le vie legali, previo tentativo di conciliazione ai sensi dell'art. 13 del presente Regolamento.

Art. 6 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, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto al pagamento della somma dovuta dalla Mutua in caso di evento rimborsabile.

Art. 7 - Prestazioni per conto altri

Se il presente Sussidio è stipulato per conto altri, gli obblighi che derivano dal regolamento devono essere adempiuti dal titolare, salvo quelli che per loro natura possono essere adempiuti da parte delle persone garantite.

Art. 8 - Pagamento del contributo e decorrenza del sussidio

Il sussidio ha effetto dalle ore 24:00 del giorno dalla ratifica indicato ovvero 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; altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 del giorno dell'avvenuto pagamento, se successivo a tale data.

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 e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno di pagamento, ferme le successive scadenze.

Art. 9 - Comunicazioni e modifiche

Le eventuali comunicazioni inerenti il rapporto associativo (o eventuali variazioni, integrazioni al presente Sussidio Sanitario) avverranno nelle modalità indicate e concordate, al momento della adesione al Sussidio (Domanda di Adesione).

Art. 10 - Cambio di Sussidio

Il Sussidio deve essere scelto e specificato dal Titolare nel modulo di adesione e non può essere variato nel corso dell'annualità; l'eventuale variazione dovrà essere comunicata entro 60 giorni dal termine dalla scadenza del primo triennio ed avrà effetto solo dal primo giorno dell'annualità successiva, fermi restando l'importo e le modalità di pagamento del contributo del nuovo Sussidio e fatta salva la possibilità per l'Associato di chiedere la sostituzione con un altro Sussidio Total Care. La sostituzione è rimessa alla discrezione di MBA.

Art. 11 - 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.

Art. 12 – Applicazione delle Quote di spesa a carico dell’Associato

Le spese relative alle prestazioni garantite nel presente Sussidio Sanitario, sono sostenute da MBA (in forma diretta e/o indiretta) con l’applicazione di una quota di spesa che resta a carico dell’Associato (ove previsto nelle specifiche garanzie).

La quota di spesa a carico (fissa o in percentuale) è applicata secondo i seguenti criteri:

- a) in caso di singole prestazioni, si applicherà un’unica quota di spesa a carico per la spesa relativa alla prestazione effettuata.
- b) in caso di ciclo di cura (v. definizione), la quota di spesa a carico è da intendersi applicata per l’insieme delle prestazioni relative al ciclo di cura;
- c) in caso di prestazioni legate al medesimo evento (v. definizione), si applicherà un’unica quota di spesa a carico per l’insieme delle prestazioni effettuate entro e non oltre 60 giorni dall’evento; successivamente, verrà calcolata una seconda quota di spesa a carico per ogni prestazione (vedi lett. a) o per un ulteriore ciclo di cura ove ne ricorrono i presupposti;
- d) in entrambi i casi di cui alle lettere b) e c), qualora le prestazioni rientrino in differenti massimali (es. massimale per

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

Art. 15 – Termini di Aspettativa (Carenze)

alta diagnostica e massimale per visite specialistiche), verrà applicata una quota di spesa a carico per tutte le prestazioni rientranti nel relativo massimale;

- e) in ogni caso, per l’applicazione di una sola quota di spesa, è necessario che l’Associato presenti, in un’unica richiesta, la documentazione; ove ciò non sia possibile, dovrà fornire evidenza scritta della riconducibilità delle prestazioni ad uno dei casi indicati alle lett. b) e c). Se le richieste (di rimborso o di autorizzazione in forma diretta), vengano invece presentate singolarmente ed in momenti diversi, verrà applicata in ogni caso una quota di spesa a carico per ogni singola prestazione.

Art. 13 – Risoluzione delle Controversie

A fronte di ogni eventuale controversia che dovesse insorgere tra l’Associato e la Mutuo Soccorso, 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.14 - Rinvio alle norme

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

Fermo quanto previsto all’Art. 8 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 malattie ammesse dopo il 30° giorno successivo a quello di effetto del Sussidio;

- per il parto dal 270° 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.

Art. 16 – Esclusioni

Sono esclusi dal presente Sussidio Sanitario (salvo non sia diversamente previsto nelle specifiche garanzie);

- le prestazioni conseguenti ad infortuni avvenuti anteriormente alla data di adesione al presente Sussidio.
- Le prestazioni conseguenti a stati patologici manifestati, diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati prima della data di adesione al presente Sussidio. Tale esclusione non opera una volta trascorsi tre anni di adesione ininterrotta al presente Regolamento del Sussidio.
- Le prestazioni non corredate da prescrizione medica attestante la patologie certa o presunta, ovvero l'infortunio.
- Le prestazioni conseguenti agli infortuni non documentati da referto di Pronto Soccorso.
- Le prestazioni relative a cure odontoiatriche e ortodontiche, salvo specifiche deroghe previste Sussidio, ovvero che non siano conseguenza di infortunio odontoiatrico documentato da referto di Pronto Soccorso e che abbiano dato luogo ad un ricovero di durata non inferiore a 48 ore.
- Le prestazioni di routine e/o controllo nonché i vaccini.

- Le prestazioni conseguenti a suicidio e tentato suicidio.
- Le prestazioni finalizzate all'eliminazione o correzione di difetti fisici e malformazioni preesistenti alla data di adesione al Sussidio, ad eccezione degli interventi per i bambini che non abbiano superato i 5 anni.
- Le prestazioni relative a malattie mentali ed i disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche.
- Le prestazioni sanitarie e le cure aventi finalità estetica, salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva resi necessari da malattia o infortunio indennizzabile, purché effettuate nel 360 giorni successivi all'intervento e comunque durante la validità del sussidio.
- Le prestazioni, le terapie e le cure 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.
- I farmaci non riconosciuti dalla Farmacopea Ufficiale.
- Le prestazioni erogate da medici o paramedici abilitati che non siano in possesso di specializzazione medica pertinente con la medesima prestazione erogata.
- Le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale, fatta eccezione per quanto espressamente previsto nelle singole garanzie.
- L'aborto volontario non terapeutico.
- I ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o

terapie fisiche che, per loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in regime ambulatoriale, purché consentito dallo stato di salute dell'Assistito.

- Le prestazioni conseguenti a reati o azioni dolose compiute o tentate dall'Associato. Sono compresi nella garanzia quelle sofferte in conseguenza di imprudenza o negligenza anche gravi dell'Associato stesso.
- Gli infortuni conseguenti ad assunzione di sostanze psicoattive (stupefacenti, farmaci, sostanze psicotrope), assunte non a scopo terapeutico.
- Infortuni causati dallo stato di ebbrezza o di ubriachezza.
- Le malattie correlate all'abuso di alcool o al consumo di stupefacenti e sostanze psicotrope, assunte non a scopo terapeutico.
- Gli infortuni causati dalla pratica di sport aerei e gare motoristiche in genere o di sport costituenti per l'assistito attività professionale.
- Le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e delle accelerazioni di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.), nonché da campi elettromagnetici.
- Le conseguenze di inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche, movimenti tellurici.

- 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, fatta eccezione per le garanzie che prevedono l'erogazione delle prestazioni di cui sopra, fermo restando i limiti di rimborso eventualmente previsti.

Art. 17 - Sottoscrizione di più Sussidi

Qualora l'Associato abbia sottoscritto con la MBA più di un Sussidio, avrà diritto ad ottenere la migliore prestazione (rimborso delle spese, erogazione di indennità o indennizzo) dovuto per il Sussidio più favorevole.

Art. 18 - 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 rimborzi verranno effettuati in Italia, in euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi

SEZIONE 4: NORMATIVA GENERALE

Le prestazioni previste dal presente sussidio sono messe a disposizione degli Associati e/o membri del nucleo familiare (vedi Sez. 2, art. 1 e 2) senza alcun limite di età, fermo restando che al compimento del 71° anno di età, in concomitanza con la scadenza annuale del presente

Sussidio, si applicheranno le condizioni, limiti di rimborso e le modalità previste per le garanzie denominate "OVER 70" come specificato dettagliatamente nelle singole garanzie previste nel presente Regolamento.

SEZIONE 4.1.: PREVEZIONE

4.1.1. Home test

Per ogni anno di validità del presente sussidio, MBA invierà al domicilio del titolare del sussidio **2 (due) "Home Test"** per l'analisi domestica di alcuni valori utili alla prevenzione della salute.

Il Kit di prevenzione verrà inviato dalla MBA una volta selezionato in base al sesso e all'età dell'Associato al momento dell'invio.

Il kit di prevenzione NON È UNO STRUMENTO DI DIAGNOSI, eseguita quest'ultima dal medico, ma vuole essere un utile primo strumento per valutare la necessità di ulteriori, se necessario, esami/visite di accertamento in base al test eseguito.

I Kit di prevenzione inviati da MBA sono test di elevata qualità, sicuri ed affidabili. Tutti i test sono di pratico utilizzo e permettono una facile lettura dei risultati e sono adatti a tutti i tipi di utilizzatori, sono certificati da enti terzi notificati e rispettano i requisiti internazionali di specificità e sensibilità. Ulteriori indicazioni saranno contenute nel kit stesso.

OVER 70: la garanzia è valida, nelle medesima modalità, per la versione OVER 70, ovvero in tutti i casi in cui l'Associato e/o il membro del nucleo familiare, abbia compiuto, o aveva già al momento dell'adesione, 71 anni.

4.1.2. Prevenzione Odontoiatrica

La MBA, con il supporto della Centrale Salute, rimboscerà le spese relative a prestazioni di prevenzione odontoiatrica, quali una visita odontoiatrica ed una seduta di detartrasi (ablazione del tartaro) per l'Associato titolare ed un altro componente del nucleo familiare.

Qualora le prestazioni vengano sostenute presso una struttura sanitaria convenzionata con la Centrale Salute ed in forma diretta, verranno rimborsate integralmente entro il limite massimo annuo complessivo di € 100,00.

In caso di prestazioni effettuate presso strutture sanitarie convenzionate ma in forma indiretta oppure in strutture non convenzionate, la MBA rimboscerà le spese sostenute sino ad un massimo annuo di € 35,00 per ciascuna persona che usufruisca del pacchetto di prevenzione.

OVER 70: La garanzia è valida, nelle medesima modalità, per la versione OVER 70, ovvero in tutti i casi in cui l'Associato e/o membro del nucleo familiare, abbia compiuto, o aveva già al momento dell'adesione, il 71° anno di età.

4.1.3. Check Up di prevenzione

Fermo restando la durata triennale del presente sussidio (vedi art. 4), a partire dal tredicesimo mese di validità dello stesso, la MBA mette a disposizione dell'Associato e/o membro del nucleo familiare, per il periodo di validità del sussidio, diversi pacchetti di prevenzione a scelta tra "Check up cardiologico", "Check up Sport Figli" e "Tutela Vista".

I pacchetti di prevenzione sono stati studiati secondo standard internazionali di ricerca e supervisionati da importanti ricercatori italiani in materia.

L'Associato e/o membro del nucleo familiare avrà diritto di usufruire complessivamente di 1 dei pacchetti di prevenzione a scelta tra quelli sotto elencati entro il termine di sei mesi; decorso i quali l'Associato decadrà da tale diritto.

In ogni caso, il pacchetto sarà nuovamente fruibile ogni 2 anni dal tredicesimo mese di validità del sussidio (4° anno, 6° anno, 8° anno etc.). Anche in questo caso il pacchetto sarà usufruibile dall'Associato e/o membro del nucleo familiare alternativamente tra quelli sotto elencati entro sei mesi dall'attivazione, pena la decadenza dal diritto di usufruire del pacchetto.

Nel solo caso in cui il contributo aggiuntivo relativo al sussidio venisse versato in forma annuale, i check up di prevenzione previsti per il primo anno di validità del Sussidio, alternativi tra loro, potranno essere richiesti già a decorrere dal sesto mese di validità del sussidio stesso, rimanendo invariate le decadenza e le modalità sopra previste.

Qualora le prestazioni vengano effettuate presso strutture sanitarie convenzionate con la Centrale Salute, in forma diretta, la MBA rimborsa integralmente le spese sostenute per le sole prestazioni riportate nei singoli elenchi (vedi sotto) e senza alcun limite.

Nel caso, invece, in cui le prestazioni vengano sostenute presso strutture sanitarie convenzionate ma in forma indiretta oppure non convenzionate con la Centrale Salute, la MBA rimborsa le spese sostenute per le prestazioni sino ad un **massimo annuo di € 250,00**.

OVER 70: nel caso di Associato e/o membro del nucleo familiare che abbia un'età superiore a 71 anni, verranno rimborsate le spese sostenute in strutture sanitarie convenzionate e non convenzionate - in forma diretta e indiretta – nel limite del massimale annuo pari ad **€ 100,00**.

Di seguito in dettaglio le prestazioni erogabili per i singoli pacchetti di prevenzione:

Check Up cardiologico

- Esame clinico generale
- E.C.G. da sforzo
- Emocromo completo
- Glicemia
- Colesterolo totale
- HDL/LDL
- Trigliceridi
- Transaminasi ASL e ALT
- Esame delle urine completo
- Elettrocardiogramma
- Ecodoppler cuore
- Ecodoppler tronchi sovra aortici
- Rapporto medico finale

Check Up cardiologico OVER 70

- emocromocitometrico e morfologico (HB, GR, piastrine, indici eitrocitari der. F.L.9);
- velocità di sedimentazione delle emazie;
- glicemia;
- azotemia;
- creatininemia;
- colesterolo HDL e LDL;
- colesterolo totale e colesterolemia;
- transaminasi glutammico ossalacetica (GOT) e glutammico piruvica (GPT)

Check Up sport figli

- Esame clinico generale
- Emocromo completo
- Esame del sangue (studiato al momento sulle necessità)
- Esame delle urine completo
- Elettrocardiogramma
- Ecocardiografia color doppler
- Rapporto medico finale

Tutela della Vista

Il pacchetto di prevenzione prevede il rimborso di una visita oculistica e delle spese sostenute per l'acquisto di lenti da vista (anche a contatto) resesi necessarie in corso di validità del Sussidio.

4.1.4 Check Up di prevenzione Oncologico

Fermo restando la durata triennale del presente Sussidio, a decorrere dal venticinquesimo mese di validità del Sussidio, la MBA mette a disposizione dell'Associato e/o membro del nucleo familiare la possibilità di usufruire dei pacchetti di prevenzione oncologica.

I pacchetti sono stati studiati secondo standard internazionali di ricerca e supervisionati da importanti ricercatori italiani in materia.

L'Associato e/o membro del nucleo familiare avrà diritto di usufruire complessivamente di 1 dei pacchetti di prevenzione a scelta tra quelli sotto elencati entro il termine di sei mesi; decorsi i quali l'Associato decadrà da tale diritto.

In ogni caso, il pacchetto sarà nuovamente fruibile ogni 2 anni dal venticinquesimo mese di validità del sussidio (5° anno, 7° anno, 9° anno etc.).

Qualora le prestazioni sotto elencate siano prestate in strutture sanitarie convenzionate con la Centrale Salute ed in forma diretta, la MBA rimborserà integralmente le spese sostenute e senza alcun limite.

In caso, invece, in cui le prestazioni siano sostenute presso strutture sanitarie convenzionate ma in forma indiretta e non convenzionate la MBA rimborserà le spese per le prestazioni sino ad un massimo annuo di € 350,00.

OVER 70: nel caso di Associato e/o membro del nucleo familiare che abbia un'età superiore a 71 anni, verranno rimborsate le spese sostenute in strutture sanitarie convenzionate e non convenzionate - in forma diretta e indiretta – nel limite del massimale annuo pari ad **€ 200,00**.

Di seguito in dettaglio le prestazioni relative al pacchetto di prevenzione oncologico:

Check Up Uomo:

- emocromocitometrico e morfologico (Hb, GR, piastrine, indici eritrocitari der. F.L.);
- velocità di sedimentazione delle emazie;
- glicemia;
- azotemia;
- creatininemia;
- colesterolo totale o colesterolemia;
- transaminasi glutammico ossalacetica (GOT) e glutammico piruvica (GPT);
- urine, esame chimico e microscopico completo;
- antigene prostatico specifico (PSA);

Check Up Donna:

- emocromocitometrico e morfologico (Hb, GR, piastrine, indici eritrocitari der. F.L.);
- velocità di sedimentazione delle emazie;
- glicemia;
- azotemia;
- creatininemia;
- colesterolo totale o colesterolemia;
- transaminasi glutammico ossalacetica (GOT) e glutammico piruvica (GPT);
- urine, esame chimico e microscopico completo;
- citologia per diagnostica tumorale (Thin prep) o citologico endocervicale – più striscio batteriologico vaginale.

4.1.5. Sostegno famiglia

A decorrere dal venticinquesimo mese di validità del sussidio, l'Associato e/o membro del nucleo familiare ha diritto al rimborso delle spese sostenute per processi di fecondazione artificiale o assistita eseguiti nel territorio nazionale e all'estero sino ad un massimale annuo di **€ 1.000,00**.

Le spese saranno rimborsate a fronte della richiesta effettuata alla Centrale Salute corredata di tutta la documentazione richiesta relativa alle prestazioni in oggetto e alle note di spesa debitamente quietanzate.

La presente prestazione è alternativa alla garanzia prevista al successivo art. 4.1.6. e denominata Sostegno Famiglia Plus.

OVER 70: la presente garanzia non è prevista per gli Associati e/o membri del nucleo familiare che abbiano compiuto il 71°anno di età.

4.1.6. Sostegno famiglia plus

A decorrere dal venticinquesimo mese di decorrenza del presente sussidio ed in alternativa alla garanzia di cui all'art. 4.1.5., la MBA rimborserà le spese sostenute dall'Associato e/o membro del nucleo familiare (e direttamente riconducibili) a processi di adozione di figli, senza alcuna limitazione territoriale, fatta eccezione per le adozioni a distanza.

Le spese saranno rimborsate, a fronte di apposita richiesta inoltrata alla Centrale Salute e corredata di tutta la documentazione richiesta relativa alle prestazioni in oggetto e alle note di spesa debitamente quietanzate, sino ad un massimale annuo di € 1.000,00.

OVER 70: la presente garanzia non è prevista per gli Associati e/o membri del nucleo familiare che abbiano compiuto il 71° anno di età.

SEZIONE 4.2.: SALUTE

4.2.1. Alta diagnostica

La Mutua provvede al rimborso delle spese per le seguenti prestazioni extra-ospedaliere di alta diagnostica strumentale:

- Angiografia
- Broncoscopia
- Cistografia o Cistoscopia
- Coronarografia
- Ecocolordoppler cardiaco
- Ecocolordoppler vascolare
- Elettroencefalogramma
- Esofagogastroduodenoscopia
- Isterosalpingografia
- Mammografia
- Mammotome (ago biopsia mammaria stereo tossica)
- Mielografia
- Pancolonscopia
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN)
- Scintigrafia di qualsiasi apparato o organo
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC)
- Tomografia ad emissione di Positroni (PET)
- Urografia

Le prestazioni non espressamente indicate nel sussidio non sono coperte dalla presente garanzia.

Le spese sostenute per le prestazioni di cui sopra saranno rimborsate dalla MBA sino ad un **massimale annuo di € 3.000,00**. Qualora le prestazioni vengano effettuate presso strutture sanitarie convenzionate con la Centrale Salute, in forma diretta e indiretta, le spese saranno rimborsate integralmente.

Qualora le prestazioni vengano effettuate presso centri non convenzionati, le spese verranno rimborsate con applicazione di una quota di spesa a carico dell'Associato e/o membro del nucleo familiare del 20% e con un minimo non rimborsabile di €60,00 per ogni prestazione.

OVER 70: la garanzia è valida, nelle medesima modalità, per la versione OVER 70, ovvero in tutti i casi in cui l'Associato e/o membro del nucleo familiare, abbia compiuto, o aveva già al momento dell'adesione, 71 anni di età.

4.2.2. Ticket Sanitari

La MBA rimborsa integralmente il costo sostenuto per i ticket sanitari per visite, accertamenti ed esami diagnostici rimborsabili nei termini del presente sussidio, sino ad un **massimale annuale di € 750,00**.

Sono sempre esclusi i ticket per l'acquisto di farmaci.

OVER 70: la presente garanzia si intenderà estesa anche all'Associato e/o membro del nucleo familiare che abbia compiuto, o aveva già al momento dell'adesione, 71 anni di età con la precisazione per cui le spese per i ticket sanitari si intendono ricomprese nel massimale di cui all'art. 4.2.1. (ovvero di € 3.000,00).

4.2.3. Spese Ospedaliere per intervento chirurgico

Nei casi di intervento chirurgico, sostenuto anche in regime di Day Hospital, Day Surgery, reso necessario a seguito di infortunio, malattia o parto cesareo, la MBA rimborsa l'Associato e/o membro del nucleo familiare delle spese sostenute presso strutture sanitarie convenzionate e non con la Centrale Salute sino ad un massimo annuo di € 20.000,00 per nucleo familiare e nei limiti del sub-massimale così come indicati nella Tabella 1- Colonna A sotto riportata.

Il rimborso si intenderà ad integrale soddisfazione di tutte le spese sostenute per l'intervento eseguito e non potrà essere richiesta nessun'altra spesa relativa a cause che hanno portato all'intervento (i rimborsi sono stabiliti sulla base della suddivisione degli interventi chirurgici in 7 classi – art. 4.2.4.).

Nel caso di più interventi chirurgici ascrivibili alla medesima patologia, stesso organo, arto e/o tessuto, il rimborso previsto verrà erogato dalla MBA una sola volta, nell'anno di validità del sussidio in cui si è verificato l'evento.

Qualora nel corso della stessa seduta operatoria vengano effettuati due o più interventi chirurgici, MBA corrisponderà all'Associato e/o membro del nucleo familiare il rimborso alla classe di intervento più vantaggiosa per l'Associato e/o membro del nucleo familiare.

Per gli interventi chirurgici sostenuti presso le strutture del Servizio Sanitario Nazionale o presso strutture in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale, qualora l'Associato e/o membro del nucleo familiare non abbia richiesto il rimborso di alcuna spesa, MBA su apposita richiesta potrà procedere al versamento del 100% del contributo economico così come indicato nella Tabella 1 – Colonna B, fermo restando il massimale annuo di € 20.000,00.

Tabella 1 – Classi di Intervento Chirurgico e relativo sub-massimale o contributo economico

Classe di Intervento	A- Sub-massimale per Intervento in forma Privata	B- Erogazione di contributo economico Intervento a carico S.S.N.
I	€ 400,00	€ 200,00
II	€ 800,00	€ 400,00
III	€ 1.500,00	€ 750,00
IV	€ 3.000,00	€ 1.500,00
V	€ 6.000,00	€ 3.000,00
VI	€ 10.000,00	€ 5.000,00
VII	€ 20.000,00	€ 10.000,00

OVER 70: nel caso di Associati e/o membri del nucleo familiare che abbiano compiuto il 71° anno di età la garanzia prevede il rimborso di una diaria giornaliera di € 90,00 per ogni gg. di ricovero fino ad un massimo di 60 giorni annui per nucleo familiare. La presente garanzia si intende estesa a tutti gli interventi chirurgici, ivi compresi quelli non espressamente indicati nell'elenco di cui all'art. 4.2.4..

Art. 4.2.4. Elenco degli interventi chirurgici e relativa classe di intervento

DESCRIZIONE	CLASSE
CARDIOCHIRURGIA	
Cardiochirurgia a cuore chiuso (senza C.E.C.) interventi di, salvo gli interventi descritti	V
Contropulsazione aortica mediante incannulamento arterioso	V
Drenaggio pericardico o riapertura per sanguinamento	II
Embolectomia con Fogarty	III
Ferite o corpi estranei o tumori del cuore o per tamponamento, interventi per	V
Fistole arterovenose del polmone, interventi per	VI
Pericardiectomia parziale	IV
Pericardiectomia totale	V
Pericardiocentesi	I
Sostituzione valvolare singola (C.E.C.)	VII
Valvola plastica senza sostituzione	VII
CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA	
Pace maker impianto definito comprensivo dell'eventuale impianto/espianto di	III
Valvuloplastica per via percutanea	IV
Ablazione transcatetere	IV
Angioplastica coronarica singola/multipla con o senza applicazione di Stent	IV
Biopsia endomiocardica	II

Cateterismo destro e sinistro, e calcolo portate e gradienti con coronarografia + ventricolografia destra e sinistra

III

Coronarografia circolo nativo + ev. studio selettivo di by-pass venosi ed arteriosi + ventricolografia sinistra + cateterismo sinistro

III

Studio elettrofisiologico endocavitario

II

CHIRURGIA DELLA MAMMELLA

Asportazione di neoplasie o cisti benigne

III

Ascesso mammario, incisione del

I

Mastectomia radicale, qualsiasi tecnica, con linfoadenectomie associate

V

Mastectomia semplice con eventuale linfoadenectomia

IV

Mastectomia sottocutanea

IV

Quadrantectomia senza linfoadenectomie associate

IV

Quadrantectomia con linfoadenectomie associate con ricerca e asportazione linfonodo

V

sentinella

CHIRURGIA DELLA MANO

Amputazioni carpali

II

Amputazioni falangee

II

Amputazioni metacarpali

II

Aponeurectomia, morbo di Dupuytren

III

Artrodesi carpale

IV

Artrodesi metacarpo falangea e/o interfalangea

III

Arthroplastica

IV

Artroprotesi carpale

V

Artroprotesi metacarpo falangea e/o interfalangea

V

Fratture e lussazioni dei metacarpi e falangi, trattamento cruento

III

Fratture e lussazioni del polso, trattamento cruento

IV

Lesioni tendinee

II

Mano spastica - paralisi flaccide, trattamento chirurgico per

III

Morbo di Notta (dito a scatto), morbo di Quervain, tenosinoviti

III

Osteotomie (come unico intervento)

III

Pseudoartrosi delle ossa lunghe, intervento per

III

Pseudoartrosi dello scafoide carpale, intervento per

III

Retrazioni ischemiche, intervento per

V

Ricostruzione secondaria del pollice o delle altre dita in microchirurgia

VI

Rigidità delle dita	III
Sindromi canicolari (tunnel carpale, sindrome di Guyon, compressione del nervo ulnare alla doccia epitrocleo-oleocranica, ect.)	III
Sinovialectomia (come unico intervento)	III
Trattamento microchirurgico delle lesioni del plesso brachiale	VI
CHIRURGIA DEL COLLO	
Ascessi, favi, flemmoni e drenaggio di	I
Asportazione di cisti o fistole congenite	II
Biopsia prescalenica	I
Ghiandola sottomascellare, asportazione per tumori maligni	IV
Linfoadenectomia latero cervicale bilaterale (come unico intervento)	IV
Linfoadenectomia latero cervicale monolaterale (come unico intervento)	IV
Linfoadenectomia sopraclaveare	III
Tiroide, enucleazione di tumori cistici o adenomi solitari	III
Tiroide, lobectomie	IV
Tiroidectomia per gozzo intratoracico sia per via cervicale che per via sternotomica o toracotomia	V
Tiroidectomia subtotale	IV
Tiroidectomia totale senza svuotamento laterocervicale	VI
Tracheotomia, chiusura e plastica	II
Tracheotomia con tracheostomia sia d'urgenza che di elezione	III
Tubo laringo-tracheale, intervento per ferite del	IV
Tumore maligno del collo, asportazione di (esclusi casi descritti)	IV
CHIRURGIA DELL'ESOFAGO	
Diverticoli dell'esofago cervicale (compresa miotomia), intervento per	IV
Diverticoli dell'esofago toracico, intervento per	V
Esofago, resezione parziale dell'	VI
Esofago-gastrectomia totale, per via toraco-laparotomica ed eventuale linfoadenectomia	VI
Esofagogastroduodenoscopia operativa	II
Esofagogastoplastica-esofagodigienoplastica-esofagocoloplastica (sostitutiva o palliativa)	V
Esofagostomia	III
Protesi endo-esofagee, collocazione di	II
Stenosi benigne dell'esofago, interventi per via chirurgica	V
Stenosi benigne dell'esofago con trattamento endoscopico con laser	II

Varici esofagee: emostasi con sonda tamponante o sclero terapia endoscopica

II

Varici esofagee: intervento transtoracico o addominale

V

CHIRURGIA DEL FEGATO E DELLE VIE BILIARI

Agobiopsia/agoaspirato

I

Biopsia epatica (come unico intervento)

II

Calcolosi intraepatica, intervento per

V

Cisti o ascessi epatici da echinococco, pericistectomia

V

Colecistectomia con/senza colangiografia intraoperatoria

IV

Colecistogastrostomia o colecistoenterostomia

IV

Coledoco-epatico-digiuno/duodenostomia con o senza colecistectomia

V

Coledocotomia e coledocolitotomia (come unico intervento)

V

Dearterializzazione epatica, con o senza chemioterapia

IV

Deconnessione azygos-portale per via addominale

V

Drenaggio bilio-digestivo intraepatico

IV

Incannulazione dell'arteria epatica per perfusione antiblastica

II

Papilla di Vater, exeresi

IV

Papillostomia, per via transduodenale (come unico intervento)

IV

Papillotomia, per via endoscopica

III

Resezioni epatiche maggiori

VI

Resezioni epatiche minori

V

CHIRURGIA DELL'INTESTINO

Ano preternaturale, chiusura, ricostruzione continuità

IV

Appendicectomia con peritonite diffusa

IV

Appendicectomia semplice

III

Ascesso o fistola del cavo ischio-rettale, intervento per

III

Ascesso perianale, intervento per

III

By-pass gastro-intestinali o intestinali per patologie maligne

VI

Cisti dermoide, fistola sacro coccigea, intervento per

III

Colectomia segmentaria

V

Colectomia con colorrafia (come unico intervento)

IV

Confezionamento di ano artificiale (come unico intervento)

III

Confezionamento di ileostomia continent (come unico intervento)

IV

Corpi estranei dal retto, estrazione per via addominale di

IV

Corpi estranei, estrazione con sfinterotomia di	II
Digienostomia (come unico intervento)	III
Diverticoli di Meckel, resezione di	III
Duodeno digienostomia (come unico intervento)	III
Emicolectomia destra con linfoadenectomia	V
Emicolectomia sinistra con linfoadenectomia ed eventuale colostomia	VI
Emorroidi e/o ragadi, criochirurgia (trattamento completo)	II
Emorroidi e ragadi, intervento chirurgico radicale per	III
Emorroidi e/o ragadi, laserchirurgia per (trattamento completo)	II
Emorroidi, intervento chirurgico radicale	III
Emorroidi, legatura elastica delle (trattamento completo)	II
Enterostomia (come unico intervento)	IV
Fistola anale extrasfinterica	III
Fistola anale intrasfinterica	II
Fistole anali, laserchirurgia per (trattamento completo)	II
Hartmann, intervento di	VI
Ileostomia (come unico intervento)	IV
Incontinenza anale, intervento per	IV
Intestino, resezione dell'	V
Invaginazione, volvolo, ernie interne, intervento per	IV
Megacolon: colostomia	III
Mikulicz, estrinsecazione sec.	III
Pan-colonoscopia operativa	II
Polipectomia per via laparoscopica	III
Polipo rettale, asportazione di	II
Procto-colectomia totale con pouch ileale	VI
Prolasso rettale, intervento transanale per	III
Prolasso rettale, per via addominale, intervento per	IV
Ragade anale, trattamento chirurgico con sfinterotomia	III
Resezione anteriore retto-colica compresa linfoadenectomia ed eventuale colostomia	VI
Retto, amputazione del, per neoplasia dell'ano, con linfoadenectomia inguinale bilaterale	VI
Retto, amputazione per via addomino-perineale, con eventuale linfoadenectomia, del	VI
Rettosigmoidoscopia operativa	I

Sfinterotomia (come unico intervento)	I
Sigma, miotomia del	V
Tumore maligno del retto, intervento per via trans anale, asportazione di	IV
Viscerolisi estesa (enteroplicatio), intervento per	V
CHIRURGIA DEL PANCREAS	
Agobiopsia/agoaspirato pancreas	I
Ascessi pancreatici, drenaggio di	III
Denervazioni pancreatiche, (come unico intervento)	V
Derivazione pancreatico-Wirsung digestive	V
Duodeno cefalo pancreatectomia compresa eventuale linfoadenectomia	VI
Fistola pancreaticica, intervento per	VI
Milza, interventi chirurgici conservativi (splenorrafie, resezioni slieniche)	V
Neoplasie del pancreas endocrino, interventi per	VI
Pancreatectomia sinistra compresa splenectomia ed eventuale linfoadenectomia	VI
Pancreatectomia totale (compresa eventuale linfoadenectomia)	VI
Pancreatite acuta, interventi conservativi	V
Pancreatite acuta, interventi demolitivi	VI
Pseudocisti con digiunostomia o altra derivazione, intervento per	V
Splenectomia	V
Trapianto del pancreas	VII
CHIRURGIA DELLA PARETE ABDOMINALE	
Cisti, ematomi, ascessi, flemmoni parete addominale	I
Diastasi dei retti (come unico intervento), intervento per	III
Ernia crurale semplice o recidiva	II
Ernia crurale strozzata	III
Ernia diaframmatica	V
Ernia epigastrica semplice, strozzata o recidiva	III
Ernia inguinale con ectopia testicolare	III
Ernia inguinale semplice, strozzata o recidiva	III
Ernia ombelicale semplice o recidiva	III
Ernie rare (ischiatica, otturatoria, lombare, perineale)	IV
Laparocele, intervento per	IV
Linfoadenectomia inguinale o crurale bilaterale (come unico intervento)	IV

Linfoadenectomia inguinale o crurale monolaterale (come unico intervento)

III

CHIRURGIA DEL PERITONEO

Ascesso del Douglas, drenaggio

III

Ascesso sub-frenico, drenaggio

IV

Laparoscopia o Laparotomia esplorativa/diagnostica/operativa

II

Laparotomia per contusioni e ferite all'addome senza lesioni di organi interni

IV

Laparotomia per peritonite diffusa

IV

Paracentesi

I

Tumore retroperitoneale, exeresi di

V

CHIRURGIA PICCOLI INTERVENTI

Accesso periferico per posizionamento di catetere venoso

I

Ascesso o flemmone diffuso, sottoaponeurotico, superficiale o circoscritto incisione di

I

Cisti sinoviale, asportazione radicale di

I

Cisti tronco/arti, asportazione di

I

Cuoio capelluto, vasta ferita e scollamento del

I

Ematoma superficiale, profondi extracavitari svuotamento di

I

Espianto di catetere peritoneale

I

Ferita superficiale o profonda, sutura di

I

Fistola artero-venosa periferica, preparazione di

I

Impianto chirurgico di catetere peritoneale

I

Patereccio superficiale, profondo o osseo, intervento per

II

Posizionamento percutaneo di catetere venoso centrale (come unica prestazione)

I

Neoplasie profondo extracavitario, asportazione di

III

Neoplasie superficiale maligno tronco/arti, asportazione di

III

Neoplasie superficiale o sottocutaneo benigno, asportazione di

II

Unglia incarnita, asportazione o cura radicale di

I

CHIRURGIA DELLO STOMACO

Dumping syndrome, interventi di riconversione per

V

Ernia jatale, interventi per (compresa plastica antireflusso)

IV

Fistola gastro-digiuno colica, intervento per

VI

Gastrectomia totale con linfoadenectomia per neoplasia maligna

VI

Gastrectomia totale per patologia benigna

V

Gastro-enterostomia per neoplasie non resecabili

IV

Gastrostomia (PEG)	III
Piloplastica (come unico intervento)	IV
Resezione gastro-duodenale	V
Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica anastomotica	V
Vagotomia selettiva, tronculare con piloplastica	V
Vagotomia superselettiva	V
CHIRURGIA PEDIATRICA	
Asportazione tumore di Wilms	VI
Cefaloematoma, aspirazione di	I
Cisti dell'intestino anteriore (enterogene e broncogene) intervento per	VI
Fistola e cisti dell'ombelico: dal canale onfalomesenterico con resezione intestinale	V
Granuloma ombelicale, cauterizzazione	I
Neuroblastoma addominale, endotoracico o pelvico	VI
Occlusione intestinale del neonato, atresie (necessità di anastomosi)	VI
Occlusione intestinale del neonato, con o senza resezione intestinale	V
Occlusione intestinale del neonato-ileomeconiale: ileostomia semplice	III
Occlusione intestinale del neonato-ileomeconiale: resezione con anastomosi primitiva	VI
Occlusione intestinale del neonato-ileomeconiale: resezione secondo Mickulicz	VI
Plesso brachiale, neurolisi per paralisi ostetrica del	V
Retto, prolacco con cerchiaggio anale del	II
Retto, prolacco con operazione addominale del	V
CHIRURGIA PLASTICA RICOSTRUTTIVA	
Allestimento di lembo peduncolato	II
Angiomi del viso di grandi dimensioni (oltre cm. 4), intervento per	III
Angiomi del viso di piccole dimensioni (meno di cm. 4), intervento per	II
Angiomi di tronco e arti di grandi dimensioni (oltre cm. 7), intervento per	II
Angiomi di tronco e arti di piccole/medie dimensioni (meno di cm. 7), intervento per	I
Cheloidi di grandi dimensioni, asportazione di	II
Cheloidi di piccole dimensioni, asportazione di	I
Cicatrici del viso, del tronco o degli arti, qualsiasi dimensione, correzione di	II
Innesti composti	II
Innesto dermo epidermico o dermo adiposo o cutaneo libero o di mucosa	II
Innesto di fascia lata	II

Innesto di nervo, di tendine, osseo o cartilagineo	III
Intervento di push-back e faringoplastica	IV
Modellamento di lembo in situ	II
Padiglione auricolare, plastica ricostruttiva del	III
Plastica a Z del volto o altra sede	II
Retrazione cicatriziale delle dita con innesto, intervento per	IV
Retrazione cicatriziale delle dita senza innesto, intervento per	III
Toilette di ustioni di grandi dimensioni (prestazione ambulatoriale)	I
Toilette di ustioni di piccole dimensioni (prestazione ambulatoriale)	I
Trasferimento di lembo libero microvascolare	V
Trasferimento di lembo peduncolato	II
Tumori maligni profondi del viso, asportazione di	III
Tumori maligni superficiali del viso, intervento per	II
Tumori superficiali o cisti benigne del viso, intervento per	I
CHIRURGIA TORACO-POLMONARE	
Ascessi, interventi per	IV
Bilobectomie, intervento di	VI
Biopsia laterocervicale	I
Biopsia sopraclaverare	I
Broncoinstillazione endoscopica	II
Cisti (echinococco od altre), asportazione di	V
Decorticazione pleuro-polmonare, intervento di	V
Drenaggi di mediastiniti acute o croniche o di accessi	II
Drenaggio cavità empiematiche	II
Drenaggio pleurico per emo e/o pneumotorace traumatico	II
Drenaggio pleurico per pneumotorace spontaneo	I
Enfisema bolloso, trattamento chirurgico	IV
Ernie diaframmatiche traumatiche	V
Ferita toraco-addominale con lesioni viscerali: riparazione	V
Ferita toraco-addominale senza lesioni viscerali riparazione	III
Ferite con lesioni viscerali del torace riparazione	V
Fistole del moncone bronchiale dopo exeresi o interventi assimilabili, intervento per	VI
Fistole esofago bronchiali, interventi di rimozione della fistola	VI

Fratture costali o sternali, trattamento chirurgico	III
Lavaggio bronco-alveolare endoscopico	I
Lavaggio pleurico	I
Leombo mobile del torace, trattamento chirurgico del (flyin chest)	V
Linfoadenectomia mediastinica (come unico intervento)	IV
Lobectomia polmonare	VI
Mediastinoscopia diagnostica o operativa	II
Mediastinoscopia soprasternale per enfisema mediastinico	II
Neoformazioni costali localizzate	II
Neoformazioni del diaframma	IV
Neoformazioni della trachea	III
Neoplasie maligne coste e/o sterno	IV
Neoplasie maligne della trachea	VI
Pleurotomia e drenaggio (con resezione di una o più coste), intervento di	III
Pneumonectomia, intervento di	VI
Pneumotorace terapeutico	I
Puntato sternale o midollare	I
Puntura esplorativa del polmone	I
Relaxatio diaframmatica	V
Resezione di costa soprannumeraria	V
Resezioni segmentarie tipiche o atipiche	VI
Sindromi stretto toracico superiore	V
Toracentesi	I
Toracoplastica, primo tempo	V
Toracoplastica, secondo tempo	III
Toracoscopia	II
Toracotomia esplorativa (come unico intervento)	IV
Tracheo-broncoscopia esplorativa	II
Tracheo-broncoscopia operativa	III
CHIRURGIA VASCOLARE	
Aneurismi arterie distali degli arti	IV
Angioplastica di arterie viscerali (come unico intervento)	V
By-pass aortico-iliaco o aorto-femorale	V

By-pass aorto-anonima, aorto-carotideo, carotido-succlavia	V
By-pass arterie periferiche:femoro-tibiali, axillo-femorale, femoro-femorale, femoro-popliteo	V
Embolectomia e/o trombectomia arteriosa o vene profonde o cava	V
Fasciotomia decompressiva	IV
Legatura di vene comunicanti (come unico intervento)	I
Legatura e/o sutura di medi vasi: femorale-poplitea-omerale-mammaria interna-brachiale-ascellare-glutea-carotide-vertebrale-succlavia-anonima	IV
Legatura e/o sutura di piccoli vasi: tibiali-linguale-tiroidea-mascellare-temporale-facciale-radiale-cubitali-arcate palmari/pedidie	II
Safenectomia della grande e/o della piccola safena, totale o parziale e varicectomia e trombectomia ed eventuale legatura delle vene comunicanti o correzioni emodinamiche (CHIVA)	III
Trombectomia venosa superficiale (come unico intervento)	III
Varicectomia con o senza legatura di vene comunicanti (come unico intervento)	II
CHIRURGIA DERMATOLOGICA, CRIPTERAPIA, LASER	
Asportazione con LASER di piccoli tumori benigni cutanei o delle mucose esclusi quelli del viso (unica seduta)	I
Asportazione con LASER di piccoli tumori benigni del viso (unica seduta)	II
Diatermocoagulazione o crioterapia per una o più lesioni, alterazioni, neoformazioni (per seduta)	I
GINECOLOGIA	
Lisi aderenze addominali per via laparoscopica o laparotomica	IV
Agobiopsie/agoaspirati parti anatomiche profonde	I
Annessiectomia bilaterale-per qualsiasi via	V
Resezione mono o bilaterale ovaie per qualsiasi via	V
Ascessi delle ghiandole vulvare o cisti ghiandola Bartolini, incisione e drenaggio di	I
Ascessi o diverticoli o cisti parauretrali, trattamento chirurgico di	III
Ascesso pelvico per qualsiasi via	II
Biopsia della portio, vulva, vagina, endometrio	I
Cisti della ghiandola del Bartolini, asportazione di	III
Cisti ovarica intralegamentosa, asportazione di	III
Cisti vaginale, asportazione di	II
Colpoperineorrafia per lacerazioni perineali	I
Colpoperineorrafia per lacerazioni perineali interessanti il retto	III
Colpotomia e svuotamento di raccolte ematiche e purulente	II
Conizzazione e tracheloplastica	III
Denervazione vulvare	II

Diatermocoagulazione della portio uterina o vulva	I
Fistole uterale, vescico-vaginale, retto-vaginale, intervento per	V
Incontinenza uterina, intervento per via vaginale o addominale	V
Isterectomia per qualsiasi via	V
Isteropessi	IV
Isteroscopia operativa	III
Isterosalpingoscopia	II
Laparoscopia diagnostica e/o salpingocromoscopia comprese eventuali biopsie	III
Laparotomia esplorativa (come unico intervento)	II
Laparotomia esplorativa con lisi di aderenze	III
Laparotomia esplorativa con linfadenectomia lombo pelvica selettiva e biotica	V
Laparotomia per ferite e rotture dell'utero	V
Laserterapia vaginale o vulvare o della portio (per seduta)	I
Linfoadenectomia laparoscopica (come unico intervento)	IV
Metroplastica (come unico intervento)	IV
Miomectomie per qualsiasi via e ricostruzione plastica dell'utero	IV
Miomectomie senza ricostruzione utero	III
Neoformazioni della vulva, asportazione	I
Neurectomia semplice	IV
Polipi cervicali, asportazione di	I
Polipi orifizio uretrale esterno	I
Prolasso vaginale colpoplessi	IV
Prolasso mucoso orifizio uretrale esterno, trattamento chirurgico di	II
Raschiamento endouterino diagnostico e terapeutico	II
Salpingectomia bilaterale	IV
Salpingectomia monolaterale	IV
Salpingoplastica	V
Setto vaginale, asportazione chirurgica	II
Tracheloplastica (come unico intervento)	II
Trattamento chirurgico conservativo bilaterale per via laparotomica o laparoscopica localizzazioni endometriosiche addomino-pelviche-annessiali	V
Trattamento chirurgico conservativo laparotomico o laparoscopica per gravidanza extrauterina	V
Trattamento chirurgico demolitivo bilaterale per via laparotomica o laparoscopica localizzazioni endometriosiche addomino-pelviche-annessiali	V

Trattamento chirurgico demolitivo laparotomico per gravidanza extrauterina	IV
Laparo isterectomia totale con annessiectomia totale per patologie benigne	IV
Tumori maligni vaginali con linfoadenectomia, intervento radicale per	V
Tumori maligni vaginali senza linfoadenectomia, intervento radicale per	IV
Vulvectomy parziale	III
Vulvectomy parziale con linfoadenectomia bilaterale diagnostica dei linfonodi inguinali superficiali, intervento di	IV
Vulvectomy semplice (locale o cutanea), intervento di	IV
NEUROCHIRURGIA	
Anastomosi vasi intra-extra cranici	VI
Accesso o ematoma intracranico, intervento per	VI
Carotide endocranica, legatura della	V
Corpo estraneo intracranico, asportazione di	VI
Cranioplastica	VI
Craniotomia a scopo decompressivo/esplorativo	V
Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali o ematoma extradurale	VI
Craniotomia per tumori cerebellari, anche basali	VII
Deviazione liquorale diretta ed indiretta, intervento per	VI
Epilessia focale, intervento per	VI
Ernia del disco dorsale o lombare	IV
Ernia del disco dorsale per via trans-toracica	V
Ernia del disco intervertebrale cervicale, mielopatia, radiculopatia	IV
Ernia del disco per via anteriore con artrodesi intersomatica	V
Fistola liquorale	VI
Fistole artero venose, terapia chirurgica con legatura vaso afferente extra cranico	V
Fistole artero venose, terapia chirurgica con legatura vaso afferente intra cranico	VI
Fistole artero venose, terapia chirurgica per aggressione diretta	VI
Gangliectomia lombare o splanchnicectomia	V
Laminectomia esplorativa, decompressiva e per interventi extradurali	V
Laminectomia per tumori intra-durali extra midollari	VI
Laminectomia per tumori intramidollari	VI
Neoplasie endocraniche o aneurismi, asportazione di	VII
Neoplasie endorachidee, asportazione di	V

Neoplasie, cordotomie, radicotomie ed affezioni meningomidollari, intervento endorachideo

VI

Neurolisi (come unico intervento)

III

Neuroraffia primaria (come unico intervento)

III

Neurotomia semplice (come unico intervento)

III

Plastica volta cranica

VI

Plesso brachiale, intervento sul

V

Puntura sottoccipitale per prelievo liquore o per introduzione di farmaci o mezzo di contrasto

I

Registrazione continua della pressione intracranica

I

Rizotomie e microdecompressioni radici endocraniche

VI

Scheggectomia e craniectomia per frattura volta cranica (compresa eventuale plastica)

VI

Simpatico cervicale: denervazione del seno catotideo, intervento sul

IV

Simpatico cervicale gangliectomia, intervento sul

IV

Simpatico cervicale: stellectomia, intervento sul

IV

Simpatico dorsale: gangliectomia toracica, intervento sul

IV

Simpatico dorsale: intervento associato sul simpatico toracico e sui nervi slancnici

V

Simpatico lombare: gangliectomia lombare, intervento sul

IV

Simpatico lombare: resezione del nervo presacrale, intervento sul

IV

Simpatico lombare: simpaticectomia periaarteriosa, intervento sul

III

Simpatico lombare: simpaticectomia post gangliare, intervento sul

IV

Simpatico lombare: simpatico pelvico, intervento sul

IV

Simpatico lombare: splanchnicectomia, intervento sul

IV

Stenosi vertebrale lombare

V

Stereotassi, intervento di

V

Strappamenti e blocchi di tronchi periferici del trigemino e di altri nervi cranici

III

Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi simili

VII

Termorizotomia del trigemino o di altri nervi cranici

IV

Trapanazione cranica per puntura e drenaggio ventricolare

III

Trapianti, innesti ed altre operazioni plastiche (come unico intervento)

IV

Traumi vertebro-midollari via anteriore o posteriore, intervento per

VI

Tumori orbitali, asportazione per via endocranica

VII

Tumori dei nervi periferici, asportazione di

V

Tumori della base cranica, intervento per via transorale

VII

Tumori orbitali, intervento per

VI

OCULISTICA

BULBO OCULARE

Corpo estraneo endobulbare calamitabile, estrazione di	III
Corpo estraneo endobulbare non calamitabile, estrazione di	V
Enucleazione con innesto protesi mobile	IV
Enucleazione o exenteratio	III
Eviscerazione con impianto intraoculare	IV

CONGIUNTIVA

Corpi estranei, asportazione di	I
Neoplasie congiuntivali, asportazione con innesto	II
Neoplasie congiuntivali, asportazione con plastica per scorrimento	II
Piccole cisti, sutura con innesto placentare	I
Plastica congiuntivale per innesto o scorrimento	II
Pterigio o pinguecola	I
Sutura di ferita congiuntivale	I

CORNEA

Cheratomileusi	III
Cheratoplastica a tutto spessore	IV
Cheratoplastica lamellare	III
Cheratoplastica refrattiva (escluse finalità estetiche)	II
Corpi estranei dalla cornea (estrazione di)	I
Corpi estranei, estrazione in camera anteriore di	III
Epicheratoplastica	IV
Lenticolo biologico, apposizione a scopo terapeutico	I
Paracentesi della camera anteriore	I
Sutura corneale (come unico intervento)	I
Trapianto corneale a tutto spessore	VI
Trapianto corneale lamellare	V

IRIDE

Cisti iridee, asportazione e plastica di	II
Iridectomia	II
Irido-dialisi, intervento per	II
Iridoplastica	II

Iridotomia	II
Prolasso irideo, riduzione	II
Sinechiotomia	II
Sutura dell'iride	II
MUSCOLI	
Muscoli retti esterni o retti interni, avanzamento di	II
Muscoli superiori o inferiori o obliqui, avanzamento di	III
Ptosi palpebrale, intervento per (escluse finalità estetiche)	III
Strabismo paralitico, intervento per	III
ORBITA	
Biopsia orbitaria	II
Cavità orbitaria, plastica per	III
Cisti profonde o neoplasie contorno orbita, asportazione di	III
Corpi estranei endoorbitali, asportazione di	II
Exenteratio orbitale	IV
Iniezione endorbitale	I
Operazione di Kronlein od orbitotomia	VI
Orbita, intervento di decompressione per via inferiore	III
PALPEBRE	
Entropion-ectropion	II
Epicanto-coloboma	II
Ernia palpebrale, correzione con riduzione di sovrabbondanza cutanea: 1 palpebra (escluse finalità estetiche)	I
Ernie palpebrali, correzione di (escluse finalità estetiche)	I
Piccoli tumori o cisti, asportazione di	I
Riapertura di anchiloblefaron	I
Tumori, asportazione con plastica per innesto	III
Tumori, asportazione con plastica per scorrimento	II
RETINA	
Asportazione, cerchiaggio, rimozione materiali usati durante l'intervento di distacco	II
Diatermocoagulazione retinica per distacco	III
Retina, intervento per distacco, comprensivo di tutte le fasi	IV
Vitrectomia anteriore e posteriore	V
CRISTALLINO	

Aspirazione di masse catarattose

I

Cataratta (senile, traumatica, congenita, molle, complicata) asportazione compreso eventuale impianto di cristallino

I

Cristallino artificiale, impianto secondario in camera anteriore o posteriore

I

<Cristallino rimozione delle camere anteriore o posteriore come unico intervento

I

Intervento di Fukala e impianto di cristallino artificiale in camera anteriore o posteriore

I

SCLERA

Sclerectomia (come unico intervento)

IV

Sutura sclerale

II

VIE LACRIMALI

Chiusura del puntino lacrimale (compresa eventuale protesi)

I

Dicriocistorinostomia o intubazione

III

Fistola, asportazione

I

Flemmone, incisione di (come unico intervento)

I

Impianto tubi di silicone nelle stenosi delle vie lacrimali

I

Sacco lacrimale o della ghiandola lacrimale, asportazione del

II

Sacco lacrimale, incisione di (come unico intervento)

I

Stricturotomia (come unico intervento)

I

Vie lacrimali, ricostruzione

III

ORTOPEDIA - INTERVENTI CRUENTI

Acromioplastica anteriore

IV

Agoaspirato osseo

I

Allungamento arti superiori e/o inferiori (per segmento, trattamento completo)

V

Amputazione grandi segmenti (trattamento completo)

IV

Amputazione medi segmenti (trattamento completo)

III

Amputazione piccoli segmenti (trattamento completo)

II

Artrodesi: grandi articolazioni

IV

Artrodesi: medie articolazioni

II

Artrodesi: piccole articolazioni

II

Artrolisi: grandi

III

Artrolisi: medie

II

Artrolisi: piccole

II

Artroplastiche con materiale biologico: grandi

V

Artroplastiche con materiale biologico: medie	III
Artroplastiche con materiale biologico: piccole	II
Arthroprotesi polso	V
Arthroprotesi spalla, parziale	VI
Arthroprotesi spalla, totale	VI
Arthroprotesi: gomito, tibiotarsica	VI
Arroscopia diagnostica (come unico intervento)	II
Ascesso freddo, drenaggio di	I
Biopsia articolare o ossea	I
Biopsia trans-peduncolare somi vertebrali	III
Biopsia vertebrata a cielo aperto	II
Borsectomia	II
Calcaneo stop	III
Chemonucleolisi per ernia discale	IV
Cisti meniscale, asportazione di	III
Condrectomia	I
Corpi estranei e mobili endoarticolari (come unico intervento), asportazione di	III
Costola cervicale e "outlet syndrome", intervento per	V
Costruzione di monconi cinematici	IV
Disarticolazione interscapolo toracica	VI
Disarticolazioni, grandi	VI
Disarticolazioni, medie	V
Disarticolazioni, piccole	III
Elsmie-Trillat, intervento di	III
Emipelvectomia	VI
Emipelvectomie "interne" con salvataggio dell'arto	VI
Epifisiodesi	IV
Esostosi semplice, asportazione di	II
Frattura esposta, pulizia chirurgica di	II
Lateral release	I
Legamenti articolari collo-piede (qualsiasi tecnica), ricostruzione di	IV
Legamenti articolari del ginocchio (anche in artroscopia), ricostruzione di	IV
Legamenti articolari del ginocchio con meniscectomia (anche in artroscopia)	IV

Lussazioni recidivanti (spalla, ginocchio), plastica per	IV
Meniscectomia (in artroscopia) (trattamento completo)	III
Meniscectomia (in artroscopia) + rimozioni di corpi mobili (trattamento completo)	III
Meniscectomia (in artroscopia) + rimozioni di corpi mobili + condroabrasione (trattamento completo)	III
Meniscectomia (tecnica tradizionale) (trattamento completo)	II
Midollo osseo, espianto di	II
Neurinomi, trattamento chirurgico di	III
Nucleoaspirazione e/o nucleolisi lombare	IV
Osteiti e osteomieliti (trattamento completo), intervento per	IV
Osteosintesi vertebrale	VI
Osteosintesi: grandi segmenti	V
Osteosintesi: medi segmenti	IV
Osteosintesi: piccoli segmenti	III
Osteotomia semplice o complessa (bacino, vertebrale, ect.)	III
Perforazione alla Boeck	I
Prelievo di trapianto osseo con innesto	III
Pseudoartrosi grandi segmenti o congenita di tibia (trattamento completo)	V
Pseudoartrosi medi segmenti (trattamento completo)	IV
Pseudoartrosi piccoli segmenti (trattamento completo)	III
Puntato tibiale o iliaco	I
Radio distale, resezione con trapianto articolare perone, pro-radio	V
Riempianti di arto o suo segmento	VII
Resezione articolare	IV
Resezione del sacro	V
Riallineamento metatarsale	IV
Riduzione cruenta e contenzione di lussazione traumatica di colonna vertebrale	VI
Riduzione cruenta e contenzione di lussazione traumatica di grandi articolazioni	IV
Riduzione cruenta e contenzione di lussazione traumatica di medie e piccole articolazioni	II
Rimozione mezzi di sintesi	III
Rottura cuffia rotatori della spalla, riparazione	IV
Scapulopessi	IV
Scoliosi, intervento per	VI
Sinoviectomia grandi e medie articolazioni (come unico intervento)	VI

Sinoviectomia piccole articolazioni (come unico intervento)	II
Spalla, resezioni complete sec. Tickhor-Limberg	VI
Stenosi vertebrale lombare	V
Svuotamento di focolai metastatici ed armatura con sintesi + cemento	V
Tetto cotiloideo, ricostruzione di	V
Toilette chirurgica e piccole suture	I
Traslazione muscoli cuffia rotatori della spalla	IV
Tumori ossei e forme pseudo tumorali, grandi segmenti o articolazioni, asportazione di	V
Tumori ossei e forme pseudo tumorali, medi segmenti o articolazioni, asportazione di	IV
Tumori ossei e forme pseudo tumorali, piccoli segmenti o articolazioni, asportazione di	II
Tumori ossei e forme pseudo tumorali, vertebrali, asportazione di	VI
Uncoforaminotomia o vertebrotomia (trattamento completo)	VI
Vokmann, intervento per retrazioni ischemiche di	V
ORTOPEDIA - TENDINI, MUSCOLI, FASCE	
Deformità ad asola	IV
Gangli tendinei (cisti) e/o iatrogeni, asportazione di	II
Tenolisi (come unico intervento)	II
Tenoplastica, mioplastica, miorrafia	III
Tenorrafia complessa	III
Tenorrafia semplice	II
Tenotomia, miotomia, aponeurotomia (come unico intervento)	III
Trapianti tendinei e muscolari o nervosi (trattamento completo)	IV
ORL	
FARINGE - CAVO ORALE - OROFARINGE - GHIANDOLE SALIVARI	
Ascesso peritonsillare, retrofaringeo o latero faringeo, incisione di	I
Leucoplachia, asportazione	I
Neoplasie parafaringee	V
Tonsillectomia	III
Tumore benigno faringotonsillare, asportazione di	II
Tumore maligno faringotonsillare, asportazione di	IV
Ugulotomia	I
Velofaringoplastica	IV

ORECCHIO

Antro-atticotomia con labirintectomia	VI
Ascesso cerebrale, apertura per via transmastoidea	VI
Ascesso del condotto, incisione di	I
Ascesso extradurale, apertura per via transmastoidea	VI
Corpi estranei, asportazione per via chirurgica retroauricolare	I
Drenaggio transtimpanico	I
Ematoma del padiglione, incisione di	I
Fistole congenite, asportazione di	II
Mastoidectomia	IV
Mastoidectomia radicale	V
Miringoplastica per via endoaurale	III
Miringoplastica per via retroauricolare	IV
Miringotomia (come unico intervento)	I
Neoplasia del padiglione, exeresi di	II
Neoplasie del condotto, exeresi di	II
Nervo vestibolare, sezione del	VI
Osteomi del condotto, asportazione di	II
Petrosectomia	VI
Petrositi suppurate, trattamento delle	V
Polipi o cisti del padiglione o retroauricolari, asportazione di	I
Revisione di mastoidectomia radicale, intervento di	V
Sacco endolinfatico, chirurgia del	V
Stapedectomia	V
Stapedotomia	V
Timpanoplastica con o senza mastoidectomia	V
Timpanoplastica secondo tempo di	III
Timpanotomia esplorativa	II
Tumori dell'orecchio medio, asportazione di	V

LARINGE E IPOFARINGE

Adduttori, intervento per paralisi degli	V
Ascesso dell'epiglottide, incisione	I
Biopsia in laringoscopia	I

Biopsia in microlaringoscopia	I
Cauterizzazione endolaringea	I
Corde vocali, decorticazione in microlaringoscopia	III
Cordectomia (anche laser)	V
Corpi estranei, asportazione in laringoscopia	I
Diaframma laringeo, escissione con ricostruzione plastica	IV
Laringocèle	IV
Laringofaringectomia totale	VI
Neoformazioni benigne, asportazione in laringoscopia	II
Neoformazioni benigne, asportazione in microlaringoscopia	II
Neoformazioni benigne, stenosi organiche e funzionali in microchirurgia laringea con laser CO2	II
Nervo laringeo superiore, alcoolizzazione del	I
Papilloma laringeo	II
Pericondrite ed ascesso perifaringeo	II
RADIOLOGIA INTERVENTISTICA	
Arteriografia aorta addominale ed iliaca più angioplastica	I
Arteriografia aorta addominale più angioplastica arteria renale	I
Arteriografia aorta addominale più embolizzazione selettiva complessa (angiomi o fistole artero venose o aneurismi)	I
Arteriografia aorta addominale più embolizzazione semplice di tumori	I
Arteriografia con alcoolizzazione di lesioni di qualsiasi organo	I
Arteriografia con embolizzazione di aneurismi arterie periferiche	I
Cavografia con posizionamento filtro cavale endoluminale temporaneo (compresa successiva rimozione) o definitivo	I
Chifoplastica o vertebroplastica	I
Colangiografia percutanea operativa con drenaggio biliare mono o bilaterale per qualsiasi patologia benigna o maligna	I
Colangiografia percutanea operativa con drenaggio biliare mono o bilaterale per qualsiasi patologia benigna o maligna con rimozione calcoli biliari, bilioplastica, posizionamento di endoprotesi multiple	I
Colangiografia percutanea operativa con drenaggio biliare doppio o con endoprotesi	I
Colangiopancreatografia (ERCP) con papilosfinterotomia ed eventuale rimozione di calcoli, compreso eventuale sondino naso-biliare	I
Colangiopancreatografia (ERCP) con papilosfinterotomia e litotripsia e successiva rimozione di calcoli compreso eventuale sondino naso-biliare	I
Colangiopancreatografia (ERCP) con papilosfinterotomia, con protesi (metallo o plastica)	I
Colangiopancreatografia diagnostica (ERCP)	I
Colangiopancreatografia operativa con eventuale posizionamento e/o rimozione di protesi, compreso esame	I
Drenaggi percutanei TAC/ECO guidati di ascessi e/o raccolte fluide toraciche o addominali (compresi esami e prestazione)	I

radiologica/ecografica)

	I
Dilatazione percutanea di stenosi ureterale con o senza posizionamento di stent	I
Drenaggio biliare per via endoscopica	I
Disostruzione tubarica monolaterale o bilaterale	I
Embolizzazione fibromiomi utero	I
Embolizzazione malformazioni e/o aneurismi e/o fistole vascolari cerebrali o tumori endocranici	I
Fibrinolisi occlusione arteriosa	I
Fliebografia spermatica con sclerosi endoluminale della vena spermatica interna monolaterale o bilaterale	I
Pielografia monolaterale o bilaterale percutanea operativa con drenaggio	I
Pseudocistogastrostomia percutanea con puntura stomaco e drenaggio transepatico	I
Posizionamento di stent gastrointestinali (esofagei, duodenali, colici, etc)	I
Posizionamento di stent carotideo con sistema di protezione cerebrale per trattamento stenosi carotidee	I
Posizionamento di stent tracheali	I
Posizionamento PORT-A-CATH arterioso epatico con guida ecografica con arteriografia epatica ed embolizzazione arteria gastroduodenale	I
Pseudocistogastrostomia percutanea per rimozione drenaggio trans gastrico e posizionamento endoprotesi pseudocisto-gastrica	I
Termoablazione con radiofrequenza di metastasi ossee	I
Varicocele, trattamento mediante sclerotizzazione per	I
Trattamento endovascolare di aneurismi dell'arteria iliaca	I
Trattamento endovascolare di aneurismi arteria iliaca comune di embolizzazione arteria ipogastrica	I
TIPS (shunt porto-sovraepatico)	I
Scleroembolizzazione per varicosi pelvica femminile	I
Shunt peritoneo-giugulare	I
Crioablazione percutanea di neoplasia renale TC guidata	I
Termoablazione di neoplasia polmonare	I
UROLOGIA	
ENDOSCOPIA OPERATIVA	
Calcoli ureterali, estrazione con sonde apposite	III
Collo vescicale e/o prostata, resezione endoscopica del	IV
Collo vescicale, resezione per sclerosi, recidiva	II
Corpi estranei vescicali, estrazione cistoscopica di	II
Elettrocoagulazione di piccoli tumori vescicali - per seduta	I
Inkontinenza urinaria, intervento (Teflon)	IV
Litotripsia ureterale con ultrasuoni, laser, ect.	IV

Litotripsia, litolapassi vescicale endoscopica	III
Meatotomia ureterale (come unico intervento)	I
Meatotomia uretrale (come unico intervento)	I
Nefrostomia percutanea bilaterale	III
Nefrostomia percutanea monolaterale	II
Neoformazioni ureterali, resezione endoscopica di	III
Neoplasia vescicale, resezione endoscopica di	IV
Prostata, resezione endoscopica della + vaporizzazione (TURP, TUVP)	IV
Reflusso vescico-ureterale, intervento endoscopico (Teflon)	III
Stenting ureterale bilaterale (come unico intervento)	II
Stenting ureterale monolaterale (come unico intervento)	I
Ureterocele, intervento endoscopico per	III
Uretrotomia endoscopica	II
Valvola uretrale, resezione endoscopica (come unico intervento)	II
Wall Stent per stenosi ureterali compresa nefrostomia	V
Wall Stent per stenosi uretrali per via endoscopica (urolume)	II
PICCOLI INTERVENTI E DIAGNOSTICA UROLOGICA	
Cambio tubo cistostomico	I
Cambio tubo pielostomico	I
RENE	
Agobiopsia renale percutanea	I
Biopsia chirurgica del rene (come unico intervento)	III
Cisti renale per via percutanea, puntura di	I
Cisti renale, puntura evacuativa percutanea con iniezione di sostanze sclerosanti	I
Cisti renale, resezione	III
Eminefrectomia	V
Litotripsia extracorporea per calcolosi renale bilaterale (trattamento completo)	V
Litotripsia extracorporea per calcolosi renale monolaterale (trattamento completo)	IV
Litotripsia extracorporea per calcolosi renale e ureterale bilaterale (trattamento completo)	V
Litotripsia extracorporea per calcolosi renale e ureterale monolaterale (trattamento completo)	IV
Lombotomia per ascessi pararenali	IV
Nefrectomia polare	V
Nefrectomia semplice	V

Nefropessi	IV
Nefrostomia o pielostomia (come unico intervento)	IV
Pielocalicilotomia (come unico intervento)	IV
Pielocentesi (come unico intervento)	I
Pielonefrolitotomia complessa (nephrotomia e/o bivalve), intervento di	V
Pieloureteroplastica per stenosi del giunto	V
Surrenectomia (trattamento completo)	VI
URETERE	
Litotripsia extracorporea per calcolosi ureterale bilaterale (trattamento completo)	V
Litotripsia extracorporea per calcolosi ureterale monolaterale (trattamento completo)	IV
Transuretero-uretero-anastomosi	IV
Ureterocistoneostomia bilaterale	V
Ureterocistoneostomia monolaterale	III
Ureterocutaneostomia bilaterale	V
Ureterocutaneostomia monolaterale	IV
Ureteroenteroplastiche con tasche continenti (mono o bilaterale), intervento di	VI
Ureteroileocutaneostomia non continent	V
Ureterolisi più omentoplastica	III
Ureterolitotomia lombo-iliaca	IV
Ureterolitotomia pelvica	V
Ureterosigmoidostomia mono o bilaterale	V
Calcoli o corpi estranei uretrali, rimozione di	I
Caruncola uretrale	I
Cisti o diverticoli o ascessi parauretrali, intervento per	II
Diatermocoagulazione di condilomi uretrali con messa a piatto dell'uretra	III
Fistole uretrali	V
Incontinenza urinaria, applicazione di sfinteri artificiali	IV
Meatotomia e meatoplastica	II
Polipi del meato, coagulazione di	I
Prolasso mucoso utetrale	II
Resezione uretrale e uretrorrafia anteriore peniena	IV
Resezione uretrale e uretrorrafia posteriore membranosa	V
Rottura traumatica dell'uretra	IV

Uretrectomia totale	IV
Uretroplastiche (in un tempo), intervento di	IV
Uretroplastiche (lembi liberi o peduncolati), trattamento completo	V
Uretrostomia perineale	III
PROSTATA	
Biopsie prostatiche multiple per via trans perineale eco guidata	II
Prostatectomia semplice per via laparotomica o laparoscopica per ipertrofia prostatica	VI
Prostatectomia radicale per via laparotomica o laparoscopica con linfoadenectomia pelvica per tumori benigni	VI
VESCICA	
Ascesso dello spazio prevescicale del Retzius	III
Cistectomia parziale con ureterocistoneostomia	V
Cistectomia parziale semplice	IV
Cistolithotomia (come unico intervento)	II
Cistopessi	III
Cistorrafia per rottura traumatica	III
Cistostomia sovrapubica	II
Collo vescicale, plastica Y/V (come unico intervento)	V
Diverticulectomia	IV
Estrofia vescicale (trattamento completo)	VI
Fistola e/o cisti dell'uraco, intervento per	IV
Fistola sovrapubica, intervento per (come unico intervento)	III
Fistola vescico-intestinale con resezione intestinale e/o cistoplastica, intervento per	VI
Fistola vescico-vaginale o vescico-rettale, intervento per	V
Vescica, plastiche di ampliamento (colon/ileo)	V
Vescicoplastica antireflusso	V
APPARATO GENITALE MASCHILE	
Applicazione di protesi testicolare (come unico intervento)	I
Biopsia testicolare mono o bilaterale	I
Cisti del testicolo o dell'epididimo, exeresi	II
Deferenti, legatura dei (per patologie croniche)	II
Deferenti, ricanalizzazione dei	IV
Emasculatio totale ed eventuale linfoadenectomia	V

Epididimectomia	III
Fimosi con frenulo plastica, circoncisione per	II
Fistole scrotali o inguinali	III
Frenulotomia e frenuloplastica	I
Funicolo, detorsione del	III
Idrocele, intervento per	II
Idrocele, puntura di	I
Induratio penis plastica, interventi per	IV
Corpi cavernosi (corporoplastiche, ect.) interventi sui	IV
Orchidopessi mono o bilaterale	III
Orchiectomia allargata con linfoadenectomia addominale	V
Orchiectomia sottocapsulare bilaterale	III
Orchiepididimectomia bilaterale con eventuali protesi	IV
Orchiepididimectomia monolaterale con eventuali protesi	III
Parafimosi, intervento per	II
Pene, amputazione parziale del	III
Pene, amputazione totale con linfoadenectomia	V
Pene, amputazione totale del	IV
Posizionamento di protesi peniena	V
Priapismo (percutanea), intervento per	II
Priapismo (shunt), intervento per	III
Scroto, resezione dello	II
Traumi del testicolo, intervento di riparazione per	II
Tumori del testicolo con eventuale linfoadenectomia, interventi per	V
Varicocele, intervento per (anche con tecnica microchirurgica)	III

In caso di intervento chirurgico non specificatamente indicato nell'elenco di cui sopra, simile agli interventi elencati per tipo di patologia e di tecnica chirurgica, lo stesso sarà attribuito alla classe di intervento più idonea con criterio di analogia. Ove ciò non sia possibile, l'intervento si intenderà non in copertura.

Art. 4.2.5. Grandi Interventi Chirurgici

Per il ricovero dell'Associato e/o membro del nucleo familiare in una struttura sanitaria per un "Grande Intervento Chirurgico" (secondo il solo elenco riportato nel successivo art. 4.2.6.: "Elenco dei Grandi Interventi Chirurgici") reso necessario a seguito di malattia o infortunio, la

MBA rimborsa, nel **limite del massimale annuo pari ad € 150.000,00** e per l'intero nucleo familiare, le spese sostenute dall'Associato e/o membro del nucleo familiare per:

- **1) nei 90 giorni precedenti il ricovero con un sub-massimale annuo di € 3.500,00 per nucleo familiare**
- visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici, compresi onorari medici;
- trasporto con ambulanza o altro mezzo attrezzato al trasporto sanitario, fino al luogo di degenza (nei limiti del sub-massimale annuo complessivo di € 5.000,00 ivi comprese le spese per la medesima garanzia prevista ai punti 2 e 3).

2) durante il ricovero nei limiti del massimale

- 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, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami;
- rette di degenza;
- trasporto in ambulanza o altro mezzo attrezzato al trasporto sanitario ad altro luogo di cura (nei limiti del sub-massimale annuo complessivo di € 5.000,00 ivi comprese le spese per la medesima garanzia prevista ai punti 1 e 3);
- vitto e pernottamento in Istituto di cura dell'accompagnatore (nei limiti del sub-massimale di € 3.500,00 per ogni ricovero).
-

3) nei 90 giorni successivi alla dimissione dal ricovero

- esami di laboratorio ed accertamenti diagnostici, compresi gli onorari dei medici (nei limiti del sub-massimale annuo di € 2.000,00);
- esami, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi (nei limiti del sub-massimale annuo i € 5.000,00) e acquisto di medicinali (nei limiti del sub massimale di € 2.000,00);
- trasporto con ambulanza o altro mezzo attrezzato al trasporto sanitario, per il rientro al proprio domicilio (nei limiti del sub-massimale annuo complessivo di € 5.000,00 ivi comprese le spese per la medesima garanzia prevista ai punti 1 e 2);
- assistenza infermieristica a domicilio (nel limite di € 50,00 al giorno);
- assistenza domiciliare non sanitaria da parte di persone che svolgono tale attività in forma professionale e comunque con emissione di regolare fattura (nei limiti di € 25,00 al giorno);
- cure termali prescritte a seguito di intervento chirurgico (nei limiti del sub-massimale di € 5.000,00, escluse le spese alberghiere);

Per le prestazioni di cui sopra **non si applicherà nessuna quota di spesa a carico dell'Associato e/o membro del nucleo familiare (fermo restando il massimale annuo di cui sopra: € 150.000,00).**

OVER 70: la presente garanzia si intende estesa anche agli Associati e/o membri del nucleo familiare che abbiano compiuto il 71° anno di età. Per quest'ultimi la MBA riconosce il rimborso delle spese sostenute presso strutture sanitarie convenzionate con la Centrale Salute senza applicazione di alcuna quota di spesa a carico dell'Associato, **fermo restando il massimale annuo di cui sopra**. Nei casi, invece, di spese sostenute presso strutture sanitarie non convenzionate, la MBA rimborserà integralmente le spese sostenute **nei limiti del sub-massimale di € 10.000,00 per evento, fermo restando il massimale annuo di cui sopra**.

Qualora, infine, le prestazioni suddette vengano effettuate in una struttura sanitaria convenzionata, ma da medici non convenzionati:

- per le prestazioni e spese relative alla struttura sanitaria convenzionata, si applicheranno le modalità di rimborso su indicate per le prestazioni rese in forma convenzionata – forma diretta e indiretta;
- per le prestazioni e spese relative ai medici non convenzionati, si applicheranno le modalità di rimborso su indicate per le prestazioni rese in forma non convenzionata.

4.2.6. Limiti territoriali

La garanzia per grandi interventi chirurgici è valida su tutto il territorio nazionale.

Si estende anche a tutto il resto del mondo, presentando documentata motivazione, per cui l'Associato e/o membro del nucleo familiare abbia dovuto necessariamente ricorrere alle cure all'estero e che le stesse non possano essere rimborsate dal Servizio Sanitario Nazionale.

In suddetti casi la MBA nel rimborso erogabile applicherà una quota di spesa a carico dell'Associato del 25% con un minimo non rimborsabile di € 10.000,00.

I rimborsi per le suddette spese saranno effettuati dalla MBA in Italia, in euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi.

4.2.7. Elenco dei Grandi Interventi Chirurgici

Cardiochirurgia

- Sostituzione valvolare con bypass aorto coronarico
- Sostituzione valvolare multipla in CEC
- 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, suclavie, renali, iliache
- Tromboendoarteriectomia aorto-iliaca

Neurochirurgia

- 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

Chirurgia Toracica

- Pneumonectomia
- Pleurectomia
- Resezione bronchiale con reimpianto
- Interventi sul mediastino per tumori
- Asportazione totale del timo

Chirurgia Generale

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

Chirurgia Ginecologica

- Eviscerazione pelvica
- Vulvectomy allargata con linfoadenectomia
- Laparosterectomia totale con annexectomy bilaterale e linfoadenectomia 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 maligno
- Nefro-ureterectomia totale
- Cistectomia radicale con uretersigmoidostomia o ricostruzione di neovesica con ansa intestinale
- Uretero-ileo anastomosi mono o bilaterale
- Surrenalectomia

Trapianti d'organo

- Tutti

4.2.8. Indennità sostituiva giornaliera per Grandi Interventi Chirurgici

A partire dal primo anno di validità del sussidio, qualora l'Associato e/o membro del nucleo familiare sia stato ricoverato per un grande intervento chirurgico (vedi elenco ex art. 4.2.7.) in struttura del Servizio Sanitario Nazionale, può chiedere in sostituzione integrale delle spese di cui agli artt. 4.2.5 e 4.2.6. (Grandi Interventi Chirurgici) l'erogazione di una indennità sostitutiva giornaliera pari ad € 200,00 per ogni gg. di ricovero fino ad un massimo di 45 giorni per annualità e per l'intero nucleo familiare.

Il rimborso dovuto nei termini di quanto sopra, spetta a partire dal giorno stesso del ricovero fino al giorno antecedente a quello della dimissione.

OVER 70: la presente garanzia si intende estesa anche agli Associati e/o membri del nucleo familiare che abbiano compiuto il 71° anno di età. Per quest'ultimi, MBA riconosce una indennità sostitutiva giornaliera pari ad € 250,00 (massimo giornaliero) per la durata massima di 60 giorni per annualità e per l'intero nucleo familiare.

4.2.9. Pacchetto Maternità

MBA riconoscerà all'Associato e/o membro del nucleo familiare che sia in uno stato di gravidanza garantito dal presente sussidio il rimborso di tutte le spese sanitarie che ha sostenuto nel periodo di gravidanza per visite di controllo dello specialista ginecologo, ecografie, monitoraggio dello sviluppo del feto, analisi di laboratorio, translucenza nucleare e qualsiasi altro tipo di accertamento relativo allo stato di gravidanza stesso.

Per l'insieme delle suddette spese, MBA riconoscerà il rimborso fino al raggiungimento di un importo pari ad € 500,00 per anno di validità del sussidio.

OVER 70: la presente garanzia si intende espressamente esclusa per gli Associati e/o membri del nucleo familiare che abbiano compiuto il 71° anno di età.

4.2.10. Invalidità permanente da infortunio

La garanzia si attiva nei casi di invalidità permanente derivante da infortunio che l'Associato e/o membro del nucleo familiare abbia subito nell'esercizio della propria attività professionale e/o in ogni altra attività che non abbia carattere di professionalità, fatta eccezione per quelle ricomprese all'art. 16, Sez. 3. (Esclusioni).

In caso di infortuni occorsi in occasione dello svolgimento di una delle attività di seguito elencate, le somme rimborsabili dalla MBA si intendono sin da ora ridotte del 25%:

- in cantieri, anche edili;
- su impalcature, tetti e ponteggi;
- in stalle, officine, porti, boschi e parchi.

OVER 70: la presente garanzia non si intende valida per gli Associati e/o membri del nucleo familiare che abbiano compiuto il 71° anno di età.

4.2.11. Grado di invalidità permanente e relativa indennità

Qualora l'infortunio abbia come conseguenza una invalidità permanente dell'Associato, totale o parziale, entro due anni dal giorno dell'infortunio (anche se nel frattempo la copertura è

scaduta), la Mutua, secondo la tabella di seguito riportata, eroga un contributo economico pari al valore in euro corrispondente al grado di percentuale accertata **fino ad un importo massimo di € 100.000,00 con una quota a carico dell'Assistito per i primi 5 punti percentuali**

Grado % IP	Valore Contributo Economico €	Grado % IP	Valore Contributo Economico €	Grado % IP	Valore Contributo Economico €
1 - 5	Nessuna	35 - 39	16.000,00	70 - 74	56.000,00
6 - 9	1.200,00	40 - 44	18.000,00	75 - 79	64.000,00
0 - 14	2.000,00	45 - 50	20.000,00	80 - 84	77.000,00
15 - 19	4.000,00	51 - 54	24.000,00	85 - 89	80.000,00
20 - 24	8.000,00	55 - 59	32.000,00	90 - 94	88.000,00
25 - 29	10.000,00	60 - 64	40.000,00	95 - 99	100.000,00
30 - 34	14.000,00	65 - 69	48.000,00	100	100.000,00

Il grado di invalidità permanente viene accertato facendo riferimento ai valori, da intendersi quali massimi, delle seguenti menomazioni:

Perdita totale, anatomica o funzionale di:	Valori Destro	Valori Sinistro
un arto superiore	70%	60%
una mano o un avambraccio	60%	50%
un pollice	18%	16%
un indice	14%	12%
un medio	8%	6%
un anulare	8%	6%
un mignolo	12%	10%
una falange del pollice	9%	8%
una falange dell'altro dito della mano	1/3 del valore del dito	

Anchilosi:	Valori Destro	Valori Sinistro
Dalla scapola omerale con arto in posizione favorevole, con immobilità scapola	25%	20%
Del gomito in angolazione tra fra 120° e 70° con prono-supinazione libera	20%	15%
Del polso in estensione rettilinea con prono-supinazione libera	10%	8%

Paralisi completa:	Valori Destro	Valori Sinistro
del nervo radiale	35%	30%
del nervo ulnare	20%	17%

Perdita anatomica o funzionale di un arto inferiore:	Valori
al di sopra della metà coscia	70%
al di sotto della metà coscia ma al di sopra del ginocchio	60%
al di sotto del ginocchio ma al di sopra del terzo medio di gamba	50%

Perdita anatomica o funzionale di:	Valori
Un piede	40%
Ambedue i piedi	100%
Un alluce	5%
Un dito del piede diverso dall'alluce	1%
Falange ungueale dell'alluce	2,5%

Anchilosi:	Valori
Dell'anca in posizione favorevole	35%
Del ginocchio in estensione	25%
Della tibio-tarsica con anchilosi ad angolo retto con anchilosi della sottoastralgica	15%

Sordità completa:	Valori
Un orecchio	10%
Ambedue le orecchie	40%

Stenosi nasale assoluta:	Valori
Monolaterale	4%
Bilaterale	10%

Perdita anatomica di:	Valori
Un rene	15%
Della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%

Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:	Valori
Una vertebra cervicale	12%
Una vertebra dorsale	5%
12° dorsale	10%
Una vertebra lombare	10%

Varie:	Valori
Esiti di frattura di un metamero sacrale	3%
Esiti di frattura di un metamero coccigeo con callo deforme	5%
Perdita totale, anatomica o funzionale di un occhio	25%
Perdita totale, anatomica o funzionale di ambedue gli occhi	100%
Esiti di frattura scomposta di una costa	1%
Paralisi completa del nervo sciatico popliteo esterno	15%

perdita totale della voce	30%
Ernia addome da sforzo ed ernie traumatiche solo in caso che non siano operabili	Max 10%

Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancino, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro.

Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente parziale, non determinabile sulla base dei valori sopra previsti, si farà riferimento ai criteri qui di seguito indicati:

- nel caso di minorazioni, anziché di perdite di un arto o di un organo e nel caso di menomazioni diverse da quelle sopra elencate, le percentuali sono calcolate entro il limite di quelle sopra indicate ed in proporzione alla funzionalità perduta;
- nel caso di menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con somma matematica fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
- nel caso in cui l'invalidità permanente non sia determinabile sulla base dei valori sopra elencati e ai criteri sopra riportati, la stessa viene comunque determinata in riferimento ai valori e ai criteri sopra indicati tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'associato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti, comporta l'applicazione della percentuale di invalidità calcolata sulla base dei valori sopra indicati e dei criteri sopra richiamati, pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

Il massimale della presente garanzia è da intendersi come il massimo importo erogabile per l'intera durata del Sussidio a seguito di invalidità permanente; pertanto la somma di più contributi erogati relativi a invalidità permanente da infortuni e da malattia (così come intesa nel successivo art. 4.2.12. e seguenti) non potrà eccedere **il valore economico di € 100.000,00**.

4.2.12. Invalidità permanente da malattia

La presente garanzia si attiva in tutti i casi di invalidità permanente derivante da malattia, purché non espressamente escluse ai sensi dell'art. 16, Sez. 3, e che si manifesti a carico dell'Associato e/o membro del nucleo familiare nel corso di validità del presente Sussidio.

La MBA in caso di invalidità permanente da malattia manifestatasi successivamente alla sottoscrizione del Sussidio, riconosce un contributo economico calcolato secondo i criteri ivi contenuti nell'art. 4.2.14. fino a un importo massimo di **€ 100.000,00**.

Art. 4.2.13. - Grado di Invalidità Permanente e relativo contributo economico

Il contributo economico in caso di invalidità permanente da malattia viene erogato in base ai seguenti criteri e secondo le seguenti modalità:

- nessun contributo economico sarà erogato quando l'invalidità permanente accertata sia di grado inferiore al 65% della totale;
- qualora l'invalidità permanente accertata sia di grado uguale o superiore al 65% del totale, la MBA erogherà un contributo economico calcolato in base alle seguenti percentuali:

Grado di Inv. Perm. accertata	0-64%	65%- 70%	71%-80%	81%-90%	90%-100%
% sul Valore del contributo economico	0	40%	50%	75%	100%

Art. 4.2.14. Criteri per l'erogazione del contributo economico

La MBA eroga un contributo economico per le conseguenze dirette causate dalla singola malattia denunciata.

Nel corso di validità del Sussidio le invalidità permanenti da malattie già accertate non possono essere oggetto di ulteriore valutazione sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di concorrenza con nuove malattie. Pertanto nel caso in cui la malattia colpisca l'Associato e/o membro del nucleo familiare a cui invalidità permanente da malattia sia stata precedentemente accertata, la valutazione dell'ulteriore invalidità verrà effettuata in modo disgiunta dalla precedente, senza quindi tener conto del maggior pregiudizio arrecato alla preesistente condizione invalidante.

Le percentuali di invalidità verranno accertata dalla MBA in un periodo di tempo compreso tra 9 e 24 mesi dalla data di denuncia della malattia e il grado di invalidità permanente verrà valutato tenendo conto delle diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dall'attività lavorativa dell'Associato e/o membro del nucleo familiare.

Il valore di contributo economico della presente garanzia è da intendersi come il massimo importo erogabile nell'intera durata del Sussidio per l'invalidità permanente; pertanto la somma di più contributi economici erogati relativi a invalidità permanente da malattia e da infortuni (così come previsto al precedente art. 4.2.10. e seguenti) non potrà eccedere l'importo massimo di € **100.000,00**.

OVER 70: la presente garanzia non è operante per gli Associati e/o membri del nucleo familiare che abbiano compiuto il 71°anno di età.

Art. 4.2.15. Long Term Care

La garanzia relativa alle cure denominate "Long Term Care" si attiva in relazione all'insorgenza di eventi imprevisti ed invalidanti dell'Associato e/o membro del nucleo familiare, derivanti sia da infortunio che da malattia, tali da comportare uno *stato di non autosufficienza* per il quale l'Associato e/o membro del nucleo familiare non può svolgere autonomamente le attività elementari della vita quotidiana.

Lo *stato di non autosufficienza* verrà valutato secondo il criterio del punteggio (Art. B9.1), ossia ad ognuna delle attività elementari della vita quotidiana verrà assegnato un punteggio da 0 a 10.

Un comitato medico incaricato dalla MBA valuterà lo stato dell'Associato e/o membro del nucleo familiare in base alla richiesta dello stesso, corredata di tutta la documentazione necessaria:

- **modulo di richiesta di rimborso**

(scaricabile dalla sezione personale del sito della MBA o richiedibile alla Centrale Salute)

- *diagnosi e/o patologia*

certificato del medico curante attestante l'insorgere della non autosufficienza corredata dalla tabella dei punteggi (*scaricabile dalla sezione personale del sito della MBA o richiedibile alla Centrale Salute*) compilata dal medico curante

- *relazione medica sulle cause della perdita di autosufficienza*

- *documentazione sanitaria* (cartelle cliniche, relazioni mediche, accertamenti diagnostici) utile alla valutazione del quadro clinico

- ogni altro documento che fosse necessario per attestare l'insorgenza dello stato di non autosufficienza.

L'Associato e/o membro del nucleo familiare deve fornire tutte le informazioni relative al proprio stato di salute e si assume la responsabilità della veridicità delle dichiarazioni rese.

Il comitato medico, eventualmente avvalendosi della consulenza tecnico-specialistica ritenuta necessaria, esaminerà e valuterà tempestivamente la documentazione ricevuta, comunque nel termine massimo di tre mesi dalla data di ricevimento della documentazione completa richiesta.

L'accertamento con esito positivo dello stato di non autosufficienza dà diritto, a decorrere dalla data della richiesta derivante dallo stato di non autosufficienza, al rimborso di tutte le spese sanitarie e assistenziali sostenute e da sostenere (nel caso del pagamento diretto – si veda la sezione dedicata del Sussidio), strettamente collegate allo stato di non autosufficienza, entro un massimale annuo per nucleo familiare di € 15.000,00, e nel limite di € 1.250,00 di spese sanitarie ed assistenziali sostenute in ogni mese di riferimento.

In ogni caso, il rimborso massimo delle spese erogabile, per ogni singolo avente diritto è da intendersi pari ad € 12.000,00 annui, nel limite di € 1.000,00 di spese sanitarie ed assistenziali sostenute nel mese di riferimento.

Le prestazioni di cui sopra saranno garantite dalla MBA, permanendo lo stato di non autosufficienza, per un periodo pari alla durata del presente sussidio (durata minima tre anni dalla sottoscrizione del presente sussidio) fermo restando il regolare versamento dei contributi dovuti (a titolo esemplificativo e non esaustivo: qualora l'Associato aderisca al presente Sussidio per un periodo complessivo di quattro anni la MBA riconoscerà le prestazioni per i successivi quattro anni, fermo restando il regolare versamento dei contributi dovuti ed il perdurare dello stato di non autosufficienza).

Il venir meno dello stato di non autosufficienza o il decesso dell'Associato e/o membro del nucleo familiare dovrà essere immediatamente comunicato ad MBA (dall'Assistito o, nel secondo caso, dai familiari conviventi dell'Associato). Tutti gli importi eventualmente percepiti dopo il decesso o a seguito del venir meno dello stato di non autosufficienza dovranno essere rimborsati alla MBA.

In ogni caso, lo stato di non autosufficienza è soggetto a verifica e revisione ogni 12 mesi o a intervalli più frequenti qualora il comitato medico lo reputi opportuno.

Pertanto, la MBA avrà diritto di richiedere accertamenti medici che attestino la permanenza dello stato di non autosufficienza e qualora l'accertamento evidensi il recupero della autosufficienza, comunicherà all'assistito la sospensione ovvero la revoca definitiva delle prestazioni, con diritto al rimborso delle eventuali somme percepite dopo la data del recupero dell'autosufficienza.

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

In caso di rifiuto da parte del beneficiario di sottoporsi ad un controllo o di inviare i documenti richiesti, l'erogazione delle prestazioni è revocata dalla data della richiesta della MBA.

La MBA ha facoltà di richiedere certificazione di esistenza in vita del beneficiario con cadenza annuale.

In caso di mancata attivazione della garanzia Long Term Care, nei primi dieci anni di validità del sussidio, a decorrere dall'undicesimo anno di validità, il massimale annuo garantito di cui sopra si intenderà raddoppiato, per un valore complessivo annuo pari ad € 30.000,00; parimenti, il limite mensile di spese rimborsabili, si intenderà elevato ad € 2.500,00.

In tal caso resta inteso che il rimborso massimo delle spese erogabile per ogni singolo avente diritto dall'undicesimo anno di validità, sarà da intendersi pari ad € 24.000,00 (nel limite di € 2.000,00 di spese sanitarie ed assistenziali sostenute nel mese di riferimento).

OVER 70: La garanzia è valida, nelle medesima modalità, per la versione OVER 70, ovvero in tutti i casi in cui l'Associato e/o membro del nucleo familiare, abbia compiuto, o aveva già al momento dell'adesione, il 71° anno di età.

Art. 4.2.16. Definizione dello Stato di non Autosufficienza

E' definita persona non autosufficiente la persona che risulti incapace, tendenzialmente in modo permanente e comunque per un periodo superiore a 90 giorni, di svolgere in tutto o in parte alcune attività elementari della vita quotidiana:

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

Per ognuna di queste attività la MBA, sulla base di una valutazione del Comitato Medico, accerta il grado di autonomia della persona e assegna un punteggio secondo una tabella di valutazione, riconosciuta idonea a tale valutazione dalla MBA e frequentemente utilizzata in Italia per tale valutazione.

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

Art. 4.2.17. Tabella Punteggi

(Tabella per l'accertamento dello stato di non autosufficienza)

Lavarsi

1° grado

l'Assistito è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo:
punteggio 0

2° grado

l'Assistito necessita di assistenza per entrare e/o uscire dalla vasca da bagno:
punteggio 5

3° grado

l'Assistito necessita di assistenza per entrare e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno:
punteggio 10

Vestirsi e svestirsi

1° grado

l'Assistito è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo:
punteggio 0

2° grado

l'Assistito necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi o per la parte superiore o per la parte inferiore del corpo:
punteggio 5

3° grado

l'Assistito necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi sia per la parte superiore che per la parte inferiore del corpo:
punteggio 10

Igiene personale

1° grado

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

(1) andare al bagno

(2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi

(3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno:

punteggio 0

2° grado

l'Assistito necessita di assistenza per almeno 1 o al massimo 2 dei suindicati gruppi di attività:
punteggio 5

3° grado

l'Assicurato necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività:
punteggio 10

Mobilità

1° grado

l'Assistito è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza assistenza di terzi:
punteggio 0

2° grado

l'Assistito necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici, come ad esempio la sedia a rotelle o le stampelle. È però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto:
punteggio 5

3° grado

l'Assistito necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi:
punteggio 10

Continenza

1° grado

l'Assistito è completamente continent:
punteggio 0

2° grado

l'Assistito presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno:
punteggio 5

3° grado

l'Assistito è completamente incontinent e vengono utilizzati aiuti tecnici come pannolini, catetere o colostomia:
punteggio 10

Alimentazione

1° grado

l'Assistito è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti:
punteggio 0

2° grado

l'Assistito necessita di assistenza per 1 o più delle seguenti attività:
- sminuzzare/tagliare i cibi
- sbucciare la frutta
- aprire contenitore/una scatola

- versare bevande nel bicchiere:
punteggio 5

3° grado

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

punteggio 10

SEZIONE 4.3.: ASSISTENZA

4.3.1. Cure termali

Per tutta la durata del presente sussidio, la MBA mette a disposizione dell'Associato e dei membri del nucleo familiare il servizio di assistenza, consulenza ed accesso a tariffe agevolate presso Strutture termali.

Grazie alla convenzione con A.M.A.T. (Associazione Mondiale Attività Termali), sarà possibile per l'Associato godere dei servizi offerti da quest'ultima.

In particolare, l' A.M.A.T. offre un servizio di informazione e consulenza sulle strutture termali e centri benessere nonché il servizio di prenotazione secondo le personali esigenze.

In tal senso sarà sufficiente che l'Associato prenda contatti con l' A.M.A.T. ai seguenti numeri telefonici:

- **Telefono: 06.86761050**
- **Email: amat@assoterme.com**

Oltre al servizio di informazione e assistenza di cui sopra, la MBA, attraverso la convenzione con A.M.A.T., permette all'Associato di accedere ad una scontistica del **10% su tutte le prestazioni alberghiere e Centri benessere per vacanza o per tutta la durata della terapia termale come previsto da apposita prescrizione medica.**

L'agevolazione di cui sopra verrà garantita solamente qualora la prestazione avvenga a seguito di contatto diretto dell'Associato con la Centrale Salute.

A tal proposito l'Associato, al fine di usufruire dell'agevolazione, in loco presso la struttura prescelta dovrà presentare apposito tesserino di riconoscimento dal quale si evinca la sua provenienza da MBA.

4.3.2. CONVENZIONE CONSERVAZIONE CELLULE STAMINALI

Per tutto il corso di validità del presente Sussidio, l'Associato e/o membro del nucleo familiare 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 Roma in via Flaminia 338.

Grazie alla convenzione siglata sarà possibile per l'Associato e/o membro del nucleo familiare 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.

a) Crio - conservazione delle cellule staminali del cordone ombelicale.

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

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

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

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

b) 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) 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.

OVER 70: la presente garanzia si intende valida anche per gli Associati e/o membri del nucleo familiare che abbiano compiuto il 71°anno di età i quali - in sostituzione - potranno far beneficiare delle presenti convenzioni i propri figli o nipoti.

4.3.3. Pacchetto Assistenza Base

La MBA mette a disposizione dell'Associato e dei suoi familiari un "pacchetto di assistenza base" comprensivo dei seguenti servizi che non potranno essere utilizzati **per più di tre volte l'anno per nucleo familiare**.

Di seguito in dettaglio le specifiche relative ai singoli servizi del pacchetto di assistenza:

a) Consulenza medica telefonica

La Centrale Operativa mette a disposizione, 24 ore su 24, il proprio servizio di guardia medica per qualsiasi informazione o suggerimento di carattere medico sanitario di carattere generale. I medici di guardia non possono in alcun caso fornire diagnosi o prescrizioni.

b) Invio di un medico a domicilio

Qualora l'Associato necessiti di un medico presso la propria abitazione, durante le ore notturne o nei giorni festivi, e non riesca a reperire il suo medico curante, la Centrale Operativa provvede, dopo che il proprio medico di guardia ne ha accertata la necessità tramite un primo contatto telefonico, ad inviare gratuitamente uno dei propri medici convenzionati.

In caso di irreperibilità immediata del medico e qualora le circostanze lo rendano necessario, la Centrale Operativa organizza, tenendo a proprio carico i relativi costi, il trasferimento dell'Associato con ambulanza ad un pronto soccorso. Validità territoriale: Italia.

c) Invio ambulanza (validità territoriale Italia)

Qualora l'Associato, in seguito a infortunio o malattia, necessiti, successivamente al ricovero di primo soccorso, di:

- essere trasportato dal luogo dell'infortunio o della malattia al più vicino e idoneo centro ospedaliero;
- essere trasportato dal proprio domicilio o da un ospedale in cui è ricoverato presso un altro centro ospedaliero;
- rientrare al proprio domicilio a seguito di dimissione da un centro ospedaliero e, a giudizio del medico curante, non possa utilizzare un mezzo diverso dall'autoambulanza, la Centrale Operativa invia direttamente l'autoambulanza tenendo a proprio carico il costo sino a un massimo di 100 km di percorso complessivo (andata e ritorno).

Non danno luogo alla prestazione i trasporti per terapie continuative.

Al fine di attivare le necessarie procedure di presa in carico della richiesta, l'Associato o chi per esso, si impegna a prendere contatto appena possibile con la Centrale Operativa dedicata ai Servizi del "Pacchetto di Assistenza", per comunicare il tipo di assistenza richiesto.

OVER 70: la presente garanzia si intende valida per gli Associati e/o membri del nucleo familiare che abbiano compiuto il 71°anno di età per i quali sono previste – in aggiunta - le seguenti ulteriori garanzie:

Invio di un operatore socio sanitario a domicilio

La Mutua MBA, a seguito di un Grande Intervento Chirurgico e/o Grave patologia di cui al precedente art. 4.1.6. e 4.1.7., mette a sua disposizione il Servizio di Assistenza di Infermiere e/o Operatore Socio Sanitario a domicilio.

Al fine di poter usufruire della presente garanzia è necessario che il grande intervento chirurgico abbia avuto luogo durante l'anno di decorrenza della copertura sanitaria.

La presente garanzia è prevista per massimo di DUE interventi l'anno per Associato e/o intero nucleo familiare, di durata minima di due (2) ore e per un massimo di quattro (4) ore l'anno.

Consegna Farmaci e/o referti

L'Associato e/o membro del nucleo familiare qualora versi in una condizione di temporanea inabilità a seguito di un Intervento chirurgico a cui sia stato sottoposto durante la decorrenza della presente copertura, comprovata da referto medico che attesti la sua impossibilità ad uscire, potrà chiedere alla Centrale Salute di effettuare la consegna di medicinali (riportati in apposita prescrizione medica) e/o referti presso il proprio domicilio (quello dichiarato nella domanda di adesione).

La presente prestazioni è valida sino ad un massimo di DUE interventi l'anno per l'intero nucleo familiare.

Ai fini dell'attivazione della presente garanzia è necessario che l'intervento chirurgico a cui l'Associato e/o membro del nucleo familiare sia stato sottoposto abbia comportato una degenza minima di almeno tre (3) notti.

La Centrale Salute provvederà a disporre la Consegna dei farmaci, rispettando le norme che regolano l'acquisto ed il trasporto dei medicinali, e ad inviare un suo incaricato che possa ritirare presso il domicilio dell'Associato e/o membro del nucleo familiare la prescrizione medica necessaria all'acquisto per poi provvedere alla consegna dei medicinali richiesti sempre presso il medesimo luogo. Resta inteso che il costo dei medicinali resta a carico dell'Associato e/o membro del nucleo familiare.

4.3.4. Centrale Operativa

IL NUMERO DA CONTATTARE PER ATTIVARE I SERVIZI DI CUI ALL'ART. 4.3.4. E 4.3.5., lett. a), b) e c) IN CASO DI NECESSITA' E' **800.598.635, ATTIVO 24 ore su 24, 365 gg all'anno, in lingua italiana.**

Rischi esclusi per la garanzia assistenza

Per tutte le garanzie esposte nel precedente Art. 4.3.3 è escluso ogni rimborso, prestazione, conseguenza e/o evento derivante direttamente od indirettamente da:

- a) Cause ed eventi non adeguatamente documentati.
- b) Comportamenti illeciti o dolosi, sia compiuti che tentati dall'Associato; suicidio o tentato suicidio.
- c) Malattie mentali, stati d'ansia, stress e depressione, disturbi psichici in genere e nevrosi, nonché sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS); reazione psicologica derivante dalla paura (ad es. di un atto di guerra, insurrezione popolare, atto di terrorismo, incidente aereo).
- d) Intossicazioni, malattie ed infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcolici e di psicofarmaci, nonché dall'uso non terapeutico di allucinogeni e stupefacenti.

- e) Malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche croniche e preesistenti alla data di inizio della copertura e note all'Associato.
- f) Malattie dipendenti dalla gravidanza, oltre la 26ma settimana di gestazione.
- g) Infortuni derivanti da atti di temerarietà o attività sportive pericolose (a titolo esemplificativo e non esaustivo: alpinismo, trekking oltre i 2500 metri, salti dal trampolino con sci o idro-sci, guida e uso di guidoslitte e bob, deltaplano, parapendio, immersione con autorespiratore, speleologia, pugilato, canoa e rafting, concorsi di equitazione, caccia e tiro, hockey su ghiaccio, sci fuoripista, rugby, football americano, bungee-jumping, atletica pesante e lotta nelle sue varie forme).
- h) Infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale o dilettantistico o inerenti a partecipazioni a gare.
- i) Missioni di lavoro che prevedano lo svolgimento di attività prevalentemente di natura manuale e/o manifatturiera e/o con l'ausilio di strumenti e macchinari meccanici o industriali.
- j) Pratica venatoria; possesso di armi e munizioni, ancorché provvisti di apposite licenze e autorizzazioni.
- k) Viaggi intrapresi allo scopo di sottoporsi a trattamenti medico-chirurgici, estetici o riabilitativi.
- l) Viaggi intrapresi in zone dove vi sia lo sconsiglio a viaggiare del Ministero degli Esteri; viaggi estremi in zone remote raggiungibili solo con mezzi speciali o dove persistano situazioni di conflitto armato, ostilità, guerra, guerra civile, ribellione, rivoluzione, insurrezione e sommosse, legge marziale, usurpazione del potere.
- m) Atti di sabotaggio, vandalismo o terrorismo in genere, compreso l'utilizzo di ogni tipo di ordigno nucleare o chimico.
- n) Eventi derivanti da fenomeni di trasmutazione dell'atomo, radiazioni ionizzanti o contaminazione radioattiva o da contaminazione chimico- biologica o batteriologica, inquinamento dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da qualsiasi danno ambientale.
- o) Catastrofi naturali ed altri sconvolgimenti della natura.
- p) Pandemia, se definita come tale dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

4.3.5. Rientro o rimpatrio sanitario

La MBA mette a disposizione dell'Associato la possibilità di richiedere il rimborso delle spese sostenute per il rientro o rimpatrio sanitario nei limiti del massimale annuo di € 1.500,00 per nucleo familiare.

Il rimborso potrà essere richiesto, una volta che le prestazioni siano state erogate ed ultimate qualora l'Associato, a seguito di malattia ed infortunio occorso in viaggio ed accertate dalla Centrale Salute (prontamente contattata), in accordo con il medico curante sul posto, per le cure del caso richieda il trasporto in un centro ospedaliero attrezzato in Italia o al domicilio stesso.

Ai fini dell'attivazione della garanzia è necessario che il rientro/rimpatrio sanitario per motivi sanitari non sia possibile con ordinari mezzi di rientro già previsti al momento della partenza per il viaggio stesso.

In tutti i casi in cui le spese siano rimborsabili, la Mutua provvederà al rimborso delle spese relative al trasporto dell'Associato con il mezzo ritenuto più opportuno dalla Centrale salute in accordo con il medico curante sul posto tra i seguenti di seguito elencati:

- aereo sanitario;
- aereo di linea in classe turistica;
- ambulanza;
- treno;

o altro mezzo ritenuto idoneo in accordo con la Centrale Salute.

OVER 70: La garanzia è valida, nelle medesima modalità, per la versione OVER 70, ovvero in tutti i casi in cui l'Associato e/o membro del nucleo familiare, abbia compiuto, o aveva già al momento dell'adesione, il 71° anno di età.

4.3.6. Convenzione conservazione cellule staminali

A decorrere dal venticinquesimo mese di validità del sussidio, la MBA mette a disposizione dell'Associato e/o membro del nucleo familiare la possibilità di richiedere il rimborso delle spese per i servizi di conservazione delle cellule staminali di cui ai precedenti artt. 4.3.2. e seguenti, sino al **limite massimo di € 1.500,00**.

Le spese potranno essere rimborsate sia in forma indiretta, ovvero richiedendo il rimborso delle spese effettivamente sostenute per l'erogazione del servizio, sia in forma diretta, richiedendo alla Centrale Salute il pagamento diretto dei servizi fino al raggiungimento del predetto limite.

Per il rimborso sarà necessario che si riferiscano ai servizi erogati dalla Società così come identificati agli artt. 4.3.2. e seguenti.

OVER 70: la presente garanzia non si intende valida per gli Associati e/o membri del nucleo familiare che abbiano compiuto il 71° anno di età.

SEZIONE 4.4.: SOSTEGNO

4.4.1. Sussidio lavoro dipendente

In caso di perdita del lavoro dal parte dell'Associato, titolare del presente sussidio, per cause a lui non imputabili, la MBA rimborsa le spese successivamente elencate a condizione che l'Associato abbia un contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato (limite minimo: 16 ore settimanali) da almeno dodici mesi (conclusi) al momento della sottoscrizione del modulo di adesione alla Mutua e al presente Sussidio.

1. procedura concorsuale di cui al R.D. del 16.03.1942 s.m.i. dell'Azienda/società/ente – datore di lavoro dell'Associato;
2. licenziamento per giustificato motivo oggettivo legato all'attività produttiva, il regolare funzionamento e/o l'organizzazione del lavoro dell'azienda/società/ente – datore di lavoro dell'Associato, in conformità alla Legge n. 604/1966 s.m.i.;

3. licenziamento conseguente a procedure di riduzione del personale (ivi compresa la procedura di riduzione di mobilità) in conformità alle norme vigenti in materia di licenziamenti collettivi.

In tutti i casi sopra elencati e a seguito di richiesta inoltrata dall'Associato, la MBA, potrà provvedere al rimborso delle seguenti spese debitamente quietanzate, anche qualora queste siano intestate a familiari ricompresi nel nucleo familiare e relativi a contratti già in essere al momento del licenziamento (per le cause sopra elencate):

- a) fatture per le utenze domestiche quali luce, acqua e gas successive (come periodo di consumo) al licenziamento stesso;
- b) retta mensile e/o spese per mensa dell'asilo nido, scuola materna e/o scuola primaria (istituti pubblici) del figlio/i dell'Associato;
- c) tassa sui rifiuti solidi urbani relativi all'abitazione di residenza dell'Associato;
- d) oneri condominiali relativi all'abitazione di residenza dell'Associato;
- e) canone di locazione dell'abitazione di residenza dell'Associato;
- f) rata del mutuo relativo all'abitazione di residenza dell'Associato.

Condizione necessaria affinché la Mutua provveda al rimborso delle voci sopra elencate è che l'Associato abbia perso il lavoro subordinato per un periodo non inferiore a 30 giorni consecutivi e che quest'ultimo inoltri la richiesta di rimborso entro il termine massimo di 60 giorni dal verificarsi del licenziamento.

Ad ogni modo la MBA rimborserà le spese sostenute a decorrere dal giorno del licenziamento stesso.

Il rimborso avverrà per spese che siano state sostenute in Italia e nei limiti del **massimale annuo di € 2.000,00**.

Qualora nello stesso anno di validità del Sussidio l'Associato decida di richiedere l'attivazione della presente garanzia unitamente alla garanzia di cui al successivo art. 4.4.4. il massimale annuo di rimborsi erogabili sarà complessivamente pari ad € 2.000,00.

OVER 70: la presente garanzia non si intende valida per gli Associati e/o membri del nucleo familiare che abbiano compiuto il 71°anno di età.

4.4.2. Esclusioni

La Mutua non rimborserà alcuna spesa in tutti i casi in cui la perdita da lavoro non possa essere ascrivibile ai casi di licenziamento così come definiti all'art. 4.4.1., num. 1, 2 e 3.

In particolare, saranno escluse dal rimborso le spese sostenute in caso di:

- aspettativa;
- sospensione temporanea dal lavoro;
- forme di congedo temporaneo;

- assegnazione a Cassa Integrazione (tutte le forme);
- ricorso a contratti di solidarietà;
- cessazione del rapporto di lavoro durante o alla fine del periodo di prova contrattuale;
- dimissioni del lavoratore a qualsiasi titolo, anche concordate attraverso l'utilizzo di ammortizzatori sociali;
- raggiungimento dell'età pensionabile dell'Associato;
- scioglimento del rapporto contrattuale di lavoro per limiti di età dell'Associato;
- decesso dell'Associato;
- dimissioni per motivi di salute dell'Associato;
- i casi di licenziamento da azienda/società/ente che avesse avviato le procedure di cui al precedente Art. 4.4.1., n. 1) almeno 90 giorni prima la sottoscrizione del Sussidio da parte dell'Associato;
- qualora il licenziamento sia stato concordato precedentemente la sottoscrizione del Sussidio, ma abbia i suoi effetti in corso di validità dello stesso.

In ogni caso non si potranno considerare rimborsabili le spese sostenute dall'Associato che abbia rinunciato alla reintegrazione al lavoro a seguito di decisione giudiziaria o arbitrale occorsa a seguito di ricorso contro il recesso esercitato dal datore di lavoro.

Art. 4.4.3. Carenze

La Mutua in nessun caso rimborserà le spese relative alla garanzia di cui all'Art. 4.4.1. e seguenti sotto-articoli, qualora l'evento licenziamento sia avvenuto entro 90 (novanta) giorni dalla decorrenza del Sussidio.

La presente garanzia non avrà efficacia qualora:

- il contratto di lavoro dell'Associato sia stipulato con società di intermediazione, somministrazione e fornitura di lavoro ad azienda/società/ente che effettui i licenziamenti di cui all'Art 4.4.1. nei confronti dell'Associato;
- per contratti di lavoro domestico;
- per contratti di lavoro a progetto;
- per contratti di lavoro autonomo anche se configurati da collaborazione coordinata e continuativa;
- per contratti di formazione, tirocinio, stage, apprendistato e inserimento al lavoro
- per contratti stipulati con aziende/società/enti che compiano a qualsiasi titolo attività non lecite.

Art. 4.4.4. Sussidio lavoro autonomo

In caso di perdita del lavoro dal parte dell'Associato, titolare del presente sussidio, per cause a lui non imputabili, la MBA rimborserà le spese successivamente elencate a condizione che l'Associato sia un lavoratore autonomo al momento del verificarsi dell'evento rimborsabile.

Per lavoratore autonomo si intende la persona fisica che si obbliga a compiere verso corrispettivo un'opera o un servizio, con lavoro prevalentemente proprio e senza vincolo di subordinazione nei confronti del committente.

Per perdita di lavoro autonomo, ai fini dell'attivazione della presente garanzia, la MBA intenderà solo ed esclusivamente la perdita del lavoro derivante da Inabilità temporanea totale da infortunio o malattia, ossia la perdita temporanea, in misura totale, della capacità dell'Associato a svolgere l'attività professionale esercitata.

In ogni caso la MBA non riterrà perdita di lavoro autonomo tutti quei casi che non siano riconducibili ad una malattia già preesistente al momento della sottoscrizione del sussidio, sia come conseguenza diretta di essa che come aggravamento della condizione preesistente.

A seguire il dettaglio delle spese rimborsabili dalla MBA (debitamente quietanzate anche qualora intestate a famigliare riconducibile al nucleo famigliare) e qualora sussistano le condizioni sopra esposte:

- fatture per le utenze domestiche quali luce, acqua e gas successive per periodo di consumo, al licenziamento oggetto della presente garanzia;
- retta mensile e/o spese per mensa dell'asilo nido, scuola materna e/o scuola primaria (istituti pubblici) del figlio/i dell'Associato;
- tassa sui rifiuti solidi urbani relativi all'abitazione di residenza dell'Associato;
- oneri condominiali relativi all'abitazione di residenza dell'Associato;
- canone di locazione dell'abitazione di residenza dell'Associato;
- rata del mutuo relativo all'abitazione di residenza dell'Associato.

Condizione necessaria affinché la Mutua provveda al rimborso delle voci sopra elencate è che l'Associato abbia perso il lavoro subordinato per un periodo non inferiore a 30 giorni consecutivi e che quest'ultimo inoltri la richiesta di rimborso entro il termine massimo di 60 giorni dal verificarsi dell'evento del licenziamento.

Ad ogni modo la MBA rimborserà le spese sostenute a decorrere dal giorno del licenziamento stesso.

Il rimborso avverrà per spese che siano state sostenute in Italia e nei limiti del **massimale annuo di € 2.000,00**.

Qualora nello stesso anno di validità del Sussidio l'Associato decida di richiedere l'attivazione della presente garanzia unitamente alla garanzia di cui al precedente art.4.4.1. e seguenti, il massimale annuo di rimborsi erogabili sarà complessivamente pari a € 2.000,00.

La Mutua non rimborserà alcuna spesa nei casi in cui si potrà considerare la perdita del lavoro una conseguenza di una malattia o un infortunio non rimborsabile ai sensi del presente Regolamento così come previsto all'art. 16 Sez. 3.

OVER 70: la garanzia è valida, nelle medesima modalità, per la versione OVER 70, ovvero in tutti i casi in cui l'Associato e/o membro del nucleo famigliare, abbia compiuto, o aveva già al momento dell'adesione, il 71° anno di età.

Art. 4.4.5. Carenze

In deroga all' Art. 16 Sez. 3, la Mutua in nessun caso rimborserà le spese relative alla garanzia di cui all'4.4.4., qualora l'evento inabilità sia avvenuto nei 90 (novanta) giorni dalla decorrenza del Sussidio.

Sarà altresì considerata Inabilità Temporanea Totale la perdita della capacità al lavoro per almeno 30 giorni dal verificarsi dell'inabilità dovuta a infortunio e da almeno 60 giorni l'inabilità dovuta a malattia; in entrambe i casi si considererà rimborsabili solo l'inabilità verificatasi per conseguenze dirette e/o indirette intervenute successivamente alla sottoscrizione del Sussidio.

Art. 4.4.6. SOSTEGNO A SCADENZA

In corso di validità del Sussidio e qualora l'Associato sia in regola con il pagamento dei Contributi aggiuntivi e delle quote associative, quest'ultimo potrà richiedere l'erogazione di un contributo economico rispetto ai contributi aggiuntivi versati, secondo i criteri indicati di seguito qualora versi in uno stato di necessità dovuto a disagio economico per perdita di fonti reddituali personali e/o familiari e in assenza di provvidenze pubbliche. L'Associato potrà altresì richiedere l'erogazione dei contributi economici qualora sussista uno stato di necessità per sé e/o per la propria famiglia strettamente correlato al proprio stato di salute e/o a quello di un componente del suo nucleo familiare. In ogni caso l'Associato dovrà fornire tutta la documentazione necessaria per permettere alla Mutua di valutare lo stato di necessità.

I contributi economici totali che l'Associato potrà richiedere saranno pari al totale dei contributi annuali da lui versati alla MBA, alla quale dovrà essere in ogni caso decurtata la somma per eventuali rimborsi/contributi economici già erogati da MBA nel corso di validità del Sussidio per garanzie di cui alla sezione 4.2. "Salute" e fino al raggiungimento massimo del 50% del valore totale dei contributi versati.

Qualora invece l'Associato abbia già richiesto l'erogazione di contributi economici di cui ai successivi articoli 4.4.7.e 4.4.9, i contributi economici che MBA potrà erogare saranno pari al 50% del totale dei contributi versati decurtati delle somme erogate in virtù delle garanzie 4.4.7. e 4.4.9.

Qualora l'Associato faccia richiesta di un contributo parziale a titolo di Sostegno, la restante somma rimarrà a disposizione delle garanzie della sezione 4.4. del presente sussidio e si sommerà ai successivi contributi annuali versati ad MBA.

a) - Scadenze ove è possibile richiedere il Sostegno

Il Sostegno a scadenza potrà essere richiesto nei seguenti anni di validità del sussidio:

- All'undicesimo anno (dal centoventesimo mese di validità del sussidio);
- Ogni 5 anni successivi l'undicesimo anno di validità del sussidio (sedicesimo, ventunesimo, ventiseiesimo e seguenti).

b) Decadenza e scadenze successive

Qualora l'Associato non effettui la richiesta di erogazione entro il termine previsto, decadrà dal diritto di richiesta del sostegno e potrà effettuarne una nuova, secondo i medesimi criteri e

secondo le stesse condizioni del presente Art. 4.4.6., alle successive scadenze sopra elencate sempre che l'Associato continui a mantenere valido il sussidio stesso, ovvero non dia disdetta ovvero continui nel pagamento dei contributi annuali.

Art. 4.4.7. Borsa di studio

Dal settantatreesimo mese di validità del presente sussidio, l'Associato potrà richiedere alla Mutua che la somma dei contributi versati sino ad allora così come normato all'Art. 4.4.6 a), possa essere utilizzata - fino a un **massimo di euro 4.500,00** - per il rimborso delle tasse universitarie che si dovessero sostenere dal settantatreesimo mese di validità del Sussidio in poi per i propri figli facenti parte del Nucleo Familiare.

Per il rimborso delle suddette spese, l'Associato dovrà presentare:

- note di spesa debitamente quietanzate relative alle sole tasse universitarie dovute;
- regolamento universitario per l'identificazione delle tasse stesse;
- attestato di frequenza all'università.

OVER 70: La garanzia è valida, nelle medesima modalità, per la versione OVER 70, ovvero in tutti i casi in cui l'Associato e/o membro del nucleo familiare, abbia compiuto, o aveva già al momento dell'adesione, il 71° anno di età.

In ogni caso la presente garanzia sarà usufruibile per le tasse universitarie riconducibili anche al nipote dell'Associato e/o membro del nucleo familiare.

Art. 4.4.8. Sussidio famiglia

Dal tredicesimo mese di validità del sussidio e alle scadenze annuali, l'Associato potrà trasferire la titolarità del Sussidio al proprio figlio, facente parte del proprio nucleo familiare. Il trasferimento permetterà al titolare subentrante di mantenere valide tutte le garanzie in essere del sussidio prescelto e di mantenere attivo il calcolo dei Contributi versati erogabili per le garanzie di cui alla presente Sezione al netto di eventuali sostegni richiesti nel corso di validità del sussidio da lui e/o dal titolare cedente.

Nel caso in cui avvenga il trasferimento del sussidio, in capo al nuovo Titolare saranno operative tutte le carenze e le esclusioni del sussidio.

Il trasferimento sarà possibile una sola volta nel corso di validità del sussidio e potrà essere trasferito solo ed esclusivamente ai figli del titolare che abbiano raggiunto la maggiore età di diciotto anni e che non abbiano superato i 26 anni di età.

OVER 70: la garanzia è valida, nelle medesima modalità, per la versione OVER 70, ovvero in tutti i casi in cui l'Associato e/o membro del nucleo familiare, abbia compiuto, o aveva già al momento dell'adesione, il 71° anno di età. Il trasferimento di cui sopra potrà essere esteso anche ai nipoti dell'Associato titolare, che abbiano raggiunto la maggiore età e che non abbiano superato i 26 anni di età.

4.4.9. Sostegno salute

Dal tredicesimo mese di validità del Sussidio, e qualora non sia attivata una richiesta per erogazioni di sussidi per Long Term Care di cui al precedente art. 4.2.15., l'Associato potrà richiedere alla Mutua che la somma totale o parziale dei contributi versati, secondo le condizioni e le modalità di cui al precedente Art. 4.4.6., sia trasformata in aggiunta di massimale una tantum per la garanzia Long Term Care di cui al precedente art. 4.2.15.

Per poter effettuare tale richiesta, è necessario che l'Associato non abbia richiesto l'attivazione di altre garanzie della presente Sezione o qualora lo abbia fatto, che ne comunichi la volontà a modificare la richiesta.

Una volta che la Mutua abbia effettuato l'aggiunta del massimale, l'Associato non potrà, successivamente, modificare la destinazione dello stesso.

Anche in questo caso se la richiesta di trasformazione dei Contributi in valore economico per la Long Term Care risultasse parziale, il residuo della somma erogabile rimarrà a disposizione delle garanzie della sezione 4.4. del presente Sussidio (e ove previsto) per le scadenze successive e si sommerà ai successivi versamenti di Contributi.

OVER 70: La garanzia è valida, nelle medesima modalità, per la versione OVER 70, ovvero in tutti i casi in cui l'Associato e/o membro del nucleo familiare, abbia compiuto, o aveva già al momento dell'adesione, il 71° anno di età.

Art. 4.4.10. Sussidio al sussidio

Alle relative scadenze indicate al precedente Art. 4.4.6. a), l'Associato potrà richiedere che la somma dei contributi versati ed erogabili secondo i criteri dello stesso articolo, venga destinata totalmente o parzialmente al pagamento dei contributi del presente Sussidio per i successivi anni di validità dello stesso.

Anche in questo caso se la richiesta di trasformazione dei Contributi risultasse parziale, il residuo della somma erogabile rimarrà a disposizione delle garanzie della sezione 4.4. del presente Sussidio (e ove previsto), per la scadenza di riferimento e/o per le scadenze successive e si sommerà ai successivi versamenti di Contributi.

In ogni momento e alle scadenze annuali del Sussidio, l'Associato potrà decidere di riattivare il pagamento del Sussidio, interrotto in virtù della trasformazione in base al presente Articolo.

OVER 70: La garanzia è valida, nelle medesima modalità, per la versione OVER 70, ovvero in tutti i casi in cui l'Associato e/o membro del nucleo familiare, abbia compiuto, o aveva già al momento dell'adesione, il 71° anno di età.

Art. 4.4.11. Sussidio famiglia a scadenza

Alle scadenze di cui al precedente Art. 4.4.6. a), l'Associato potrà trasferire la titolarità del Sussidio ad altro componente del proprio nucleo familiare, anche se uscito dal nucleo stesso.

Il trasferimento permetterà al titolare subentrante di mantenere valide tutte le garanzie in essere del Sussidio prescelto e di mantenere attivo il calcolo dei Contributi versati erogabili per le garanzie di cui alla presente Sezione al netto di eventuali Sostegni richiesti nel corso di validità del Sussidio da lui e/o dal Titolare cedente.

Nel caso in cui avvenga il trasferimento del Sussidio, in capo al nuovo Titolare del Sussidio saranno operative tutte le carenze e le esclusioni del Sussidio.

Nell'anno di trasferimento, non sarà possibile per il Titolare subentrante richiedere il Sostegno a Scadenza di cui al precedente Art. 4.4.6. a), se non alla successiva scadenza prefissata e secondo i criteri indicati nello stesso articolo.

In ogni caso, qualora nell'anno di scadenza prefissata all'Art. 4.4.6. a), il Titolare del Sussidio fosse deceduto prima di aver richiesto l'erogazione di contributi economici di cui all'Art. 4.4.6., ma comunque nel diritto di richiedere il trasferimento secondo il presente articolo o nel diritto di richiedere la restituzione dei contributi secondo i criteri dell'Art. 4.4.6. e qualora uno dei familiari ne faccia richiesta, la titolarità del Sussidio passerà al componente del nucleo familiare prescelto, così come indicato al momento della sottoscrizione del Sussidio stesso o successivamente comunicato alla Mutua per i casi di sopravvenienza. In questo caso sarà possibile, entro i nove mesi successivi il trasferimento, richiedere il Sostegno a Scadenza di cui all'Art. 4.4.6. a).

Art. 4.4.12. Spese funerarie

In corso di validità del Sussidio, in caso di decesso dell'Associato MBA erogherà ai familiari dell'Associato (titolare del Sussidio) un contributo per rimborso delle spese funerarie previa richiesta di un suo familiare alla Mutua e nei limiti del **massimale annuo di euro 1.500,00**.

a) Spese Rimborsabili

La presente garanzia permetterà di richiedere il rimborso delle seguenti spese sostenute da un familiare del titolare del Sussidio deceduto:

- Trasferimenti dal luogo della veglia funebre al cimitero;
- Decorazione dei locali rivelazione per le composizioni floreali;
- Celebrazione del servizio religioso da un ministro di culto;
- Preparazione del corpo;
- Costi della bara.

b) Periodo di Carenza e condizioni di rimborso

La garanzia sarà attiva per casi di decesso dell'Associato avvenuti dopo un periodo di carenza iniziale di 90 giorni dalla decorrenza del Sussidio.

Tutte le spese di cui si richiede il rimborso dovranno essere direttamente riconducibili al decesso del titolare del Sussidio o e dovranno essere debitamente quietanzate.

OVER 70: in caso di Associato (titolare del Sussidio) che abbia compiuto, o aveva già al momento dell'adesione, il 71° anno di età, la presente garanzia – a differenza di quanto sopra - prevede che la MBA riconosca il versamento di un contributo economico in favore del figlio convivente (vedi definizione del Nucleo familiare art. 2. Sez. 2) con una invalidità permanente superiore al 66%, il versamento di un contributo economico mensile pari ad € 500,00 e sino ad un massimo di due anni.