



Regolamento del Sussidio Opzione Top “UNIONE NAZIONALE FRA I PENSIONATI DEL BANCO DI NAPOLI”

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



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



SEZIONE 1: Definizioni	3
SEZIONE 2: Norme generali che regolano il sussidio	8
SEZIONE 3: Norme relative a tutte le garanzie	12
SEZIONE 4 - RICOVERI	16
SEZIONE 5 – PRESTAZIONI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE E VISITE SPECIALISTICHE	20
SEZIONE 6 – CONVENZIONE PER LA CONSERVAZIONE DELLE CELLULE STAMINALI	23



Sezione 1: Definizioni

Assistenza Diretta: modalità di erogazione del servizio in base alla quale le prestazioni previste dal presente sussidio sono effettuate presso strutture sanitarie utilizzando personale medico (e/o sanitario) ambedue convenzionati con MBA, per il tramite di CoopSalute, e con applicazione degli specifici accordi di convenzione vigenti tra MBA e le strutture/personale convenzionati; in questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente da parte di MBA alle strutture ed ai medici/personale convenzionati (escluse eventuali quote a carico dell'Associato ove previste). L'Assistenza diretta è sempre subordinata all'Autorizzazione alla Presa in Carico (PIC). L'elenco delle Strutture è presente e consultabile nell'Area Riservata di MBA.

Assistenza Indiretta: modalità di erogazione del servizio in base alla quale la Mutua MBA rimborsa le spese all'Associato dietro presentazione della documentazione medica e di spesa richiesta nei limiti di quanto previsto dal presente sussidio. L'Assistenza Indiretta è prestata anche presso i centri convenzionati con la Centrale Salute (c.d. Assistenza Indiretta in Network). In questo caso non è necessaria la preventiva autorizzazione alla Presa in Carico (Pic) ma, sarà necessario presentare il Modulo di Accesso al Network indiretto alla Struttura/professionista convenzionato per il proprio riconoscimento. L'elenco delle Strutture è presente e consultabile nell'Area Riservata di MBA.

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

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

Cartella Clinica: documento ufficiale ed atto pubblico redatto durante il ricovero, diurno o con pernottamento, contenente le generalità per esteso, diagnosi all'ingresso, diagnosi alla dimissione, anamnesi patologica prossima e remota completa di tutti i riferimenti cronologici rispetto alla diagnosi di ingresso, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, atto operatorio, esami e diario clinico. In quanto atto pubblico non è ammessa alcuna alterazione ovvero alcuna modifica, aggiunta o cancellazione successiva alla formazione dell'atto medesimo - anche se protese al ripristino della verità dei fatti in esso contenuti - se non da parte dello stesso pubblico ufficiale che l'ha formata, specificando le esatte ragioni dell'annotazione postuma.

Centrale Salute: gli uffici dedicati alla gestione delle pratiche di rimborso e delle prese in carico in forma diretta, nonché a fornire le informazioni necessarie agli Associati per l'accesso alle prestazioni e ai servizi (www.coopsalute.org).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Decadenza: termine massimo entro il quale presentare la documentazione ai fini dell'Assistenza Indiretta (rimborso). La mancata o incompleta presentazione della documentazione entro 120 giorni dalla data dell'evento, determina l'impossibilità di procedere all'erogazione del rimborso.

La sospensione dell'istruttoria della pratica di rimborso, a seguito di richiesta di integrazione documentale per incompletezza, non comporta interruzione del termine decadenziale di cui sopra.

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

Evento: il fatto (determinato da patologia o infortunio) per il quale operano le garanzie del presente Sussidio. In caso di ricovero ordinario, e di trasferimento da una Struttura Sanitaria ad un'altra (es. da pubblica a privata e viceversa o da privata a privata), lo stesso si considererà "evento unico" allorquando avvenuto senza soluzione di continuità. In quanto evento unico non potranno cumularsi rimborsi relativi a differenti garanzie.

Garanzia: la prestazione o i servizi o altra forma di tutela previste dal Sussidio e per le quali si prevede un rimborso o una diaria o una indennità o anche solo un servizio secondo i termini indicati dal Sussidio stesso.

Salvo quanto esplicitamente e diversamente previsto, il presupposto dell'operatività delle garanzie è la sussistenza di uno stato patologico (accertato o presunto) conseguente a Malattia o Infortunio.

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

Guida Operativa per l'accesso ai servizi e alle prestazioni: è il documento complementare e parte integrante del presente Sussidio che illustra tempi, documentazione necessaria e modalità di accesso ai servizi e ai rimborsi sia in forma di Assistenza Diretta che in forma di Assistenza Indiretta. La Guida Operativa è sempre consultabile nell'Area Riservata dell'Associato presente sul sito di MBA www.mbamutua.org.

Indennità sostitutiva: importo giornaliero erogato dalla MBA per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito di Malattia/Infortunio (del parto e/o dell'aborto terapeutico ove previsti nel presente Sussidio). L'indennità viene riconosciuta in sostituzione sia del rimborso delle spese per

le prestazioni effettuate durante il ricovero che delle spese pre e post ad esso connesse (salvo quanto espressamente indicato agli specifici punti)

Infortunio: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili che siano documentate da specifico referto di Pronto Soccorso di Struttura Sanitaria Pubblica (attestante le circostanze dell'evento, le cause, le modalità di accadimento e le conseguenze dell'evento) e che abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente oppure una invalidità temporanea o una delle altre prestazioni garantite dal presente sussidio.

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

Infortunio odontoiatrico: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che provochi lesioni fisiche oggettivamente constatabili all'apparato dentale inteso come insieme di arcate gengivo-dentarie, che siano documentate da specifico referto di Pronto Soccorso di Struttura Sanitaria Pubblica (attestante le circostanze dell'evento, le cause e le conseguenze dell'evento).

Intervento chirurgico: l'atto medico, con diretta finalità terapeutica realizzato mediante cruentazione dei tessuti, e mediante l'uso di strumenti chirurgici e/o idonee apparecchiature. Si considera intervento chirurgico anche la riduzione incruenta di fratture. Sempre che non sia diversamente regolato all'interno della specifica garanzia sul presente Sussidio, sono considerati interventi chirurgici anche gli accertamenti diagnostici invasivi, intendendosi per tali quelli che comportano il prelievo di tessuti per l'espletamento di indagini istologiche, quelli che comportano l'introduzione di cateteri, strumenti ottici o aghi biopistici ecc. non attraverso le cavità naturali bensì attraverso una cruentazione di tessuti.

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

Istituto di cura: ospedale, clinica, casa di cura, 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 lungo degenza e di soggiorno, le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche, le cliniche aventi finalità di custodia o educative.

Lesioni da sforzo/atto di forza: lesioni causate da eventi ove manchi l'esteriorità della causa come gli sforzi e gli atti di forza ossia l'impiego di energie muscolari concentrate nel tempo che esorbitano (sforzo) o meno (atto di forza) per intensità, dalle ordinarie abitudini di vita dell'iscritto.

Malattia: ogni alterazione dello stato di salute (dell'organismo o di un suo organo dal punto di vista anatomico o funzionale) non dipendente da infortunio.

Malattia Oncologica: neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto (comprese le leucemie e il morbo di Hodgkin).

Malformazione: qualunque alterazione morfologica o funzionale congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico che sia evidente o clinicamente diagnosticabile.

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

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

Medico: persona legalmente abilitata all'esercizio della professione medica – alla diagnosi e cura – che esercita la professione nei limiti della propria specializzazione e che non sia l'Associato, un appartenente al suo nucleo familiare ovvero il genitore, figlio, fratello, sorella dell'Associato o di un appartenente al nucleo familiare del medesimo.

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

Pratica: l'insieme completo in sé stesso di tutti i documenti relativi all'evento per il quale si chiede rimborso o indennizzo nei termini del presente Sussidio.

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

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

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



Ricovero ordinario: la degenza comportante pernottamento in istituto di cura, documentata da cartella clinica, finalizzata all'erogazione di trattamenti medici e/o terapeutici e/o chirurgici.

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

Statuto e Regolamento Applicativo MBA: documentazione che regola il rapporto associativo con MBA e costituente parte integrante e sostanziale del presente Sussidio assieme alla Guida Operativa. Sono messe a disposizione dell'Associato e sempre consultabili nell'Area Riservata dell'Associato presente sul sito di MBA www.mbamutua.org.

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

Sezione 2: Norme Generali che regolano il Sussidio

Art. 1 - Oggetto

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

Art. 2 - Persone Associate

Le prestazioni garantite dal presente Sussidio sono prestate in favore dell'Associato **Titolare** -
- Iscritto all'Unione Nazionale fra i Pensionati Banco di Napoli **che abbia sottoscritto con MBA specifica Convenzione applicativa del presente sussidio** - e del nucleo familiare come di seguito indicato.

Il Sussidio è valido per l'Associato e per i suoi familiari identificati al momento della adesione al Sussidio. Per nucleo familiare si intendono, oltre all'Associato:

- Il nucleo fiscalmente a carico inteso coniuge o convivente more uxorio e figli;
- Oppure coniuge o convivente more uxorio non fiscalmente a carico, figli non fiscalmente a carico (quest'ultimi anche se non conviventi);
- Nipoti, genero e nuora dell'Associato Titolare.

Art. 3- Limiti di età

Non sono previsti limiti di età.

Art. 4 - Validità del Sussidio

Qualora il presente Sussidio ed il relativo contributo operino in regime di Convenzione, la validità di quest'ultima costituisce *conditio sine qua non* della validità del Sussidio stesso. Pertanto la cessazione, per qualsiasi ragione, della Convenzione sottostante, determinerà automaticamente la cessazione del presente Sussidio alla sua prima scadenza annuale.

Art. 5 - Dichiarazioni e comunicazione dell'Associato

Le dichiarazioni non veritiere rese dall'Associato al momento della domanda di ammissione o, successivamente, ai fini di ottenere il rimborso delle spese, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto al pagamento della somma dovuta dalla MBA in caso di evento rimborsabile in base al presente Sussidio.

Nel caso di simulazione del verificarsi delle condizioni necessarie ad ottenere il rimborso, la MBA si riserva di deliberare l'immediata esclusione del socio senza restituzione dei contributi nel frattempo versati.

Art. 6 - Decorrenza del Sussidio

Fatto salvo quanto diversamente previsto dalla Convenzione, il Sussidio ha effetto dalle ore 24:00 del 31/12/2018.

Art. 7 - Obblighi contributivi

In caso di mancato versamento dei relativi contributi e fermo quanto previsto all'art. 6, la MBA si riserva il diritto di adire le vie legali, previo tentativo di conciliazione ai sensi dell'Art. 11 del presente Regolamento.

Art. 8 - Comunicazioni e modifiche

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

Art. 9 – 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.

Tutti i massimali e submassimali previsti dal presente Sussidio saranno pertanto da intendersi anno/nucleo.

Art. 10 – Sottoscrizione di più Sussidi

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

Art. 11 – Risoluzione delle Controversie

A fronte di ogni eventuale controversia che dovesse insorgere tra l'Associato e la MBA, anche in dipendenza di una diversa interpretazione del presente Sussidio, prima di ricorrere ad un procedimento ordinario, le Parti esperiranno il tentativo di conciliazione, come previsto dall'Art. 40 dello Statuto di MBA. In caso di esito negativo del tentativo di conciliazione, il Foro competente per ogni eventuale controversia è quello di Tivoli.

Art. 12 – Limiti territoriali

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

Art. 13 – Responsabilità di terzi

Nel caso in cui la prestazione riguardi eventi per i quali sia configurabile la responsabilità di terzi, ferma la generale esclusione di cui al successivo art.14, eccezionalmente potrà essere riconosciuto il rimborso delle spese e l'erogazione delle prestazioni connesse all'evento subordinatamente alla presentazione da parte dell'associato di comunicazione della compagnia assicurativa del terzo danneggiante che rigetta la richiesta di indennità ovvero riconosce tale indennità in una misura inferiore a quella prevista applicando i massimali di cui al presente Sussidio.

Art.14- Rinvio alle norme

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme legislative italiane, lo Statuto della MBA ed il Regolamento applicativo dello Statuto in vigore e la Guida Operativa che sono consultabili nell'Area Riservata dell'Associato presente sul sito di MBA www.mbamutua.org.

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

Art. 15 - Termini di Aspettativa (Carenze)

Fermo quanto previsto all'Art. 6 delle Norme Generali, disciplinante il giorno di effetto del Sussidio, le prestazioni messe a disposizione sono garantite dalla MBA **senza applicazione dei periodi di carenza** fatta eccezione per:

- il socio non coperto dalla precedente polizza (nuovi ingressi in assistenza), la garanzia decorre dalle ore 24:00 del 120° giorno successivo a quello di effetto del sussidio;
- i familiari fiscalmente a carico non in copertura con la precedente assistenza
 - ✓ dalle ore 24:00 del 120° giorno successivo a quello di effetto del sussidio
 - ✓ dalle ore 24:00 del 180° giorno successivo a quello di effetto del sussidio per il parto e le malattie da puerperio.
- i familiari NON fiscalmente a carico non in copertura con la precedente copertura
 - ✓ dalle ore 24:00 del 120° giorno successivo a quello di effetto del sussidio
 - ✓ dalle ore 24:00 del 180° giorno successivo a quello di effetto del sussidio per il parto e le malattie da puerperio.

Art. 16- Pregresse

Per l'Associato ed il relativo nucleo familiare già assistito al 31/12/2018, sono da intendersi incluse le prestazioni conseguenti a stati patologici manifestati, diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati prima della data di decorrenza del presente Sussidio nonché le prestazioni conseguenti ad infortuni anch'essi occorsi anteriormente alla data di adesione.

Per il nuovo Associato ed il relativo nucleo familiare, saranno da intendersi incluse, decorsi tre anni di assistenza ininterrotta, le prestazioni conseguenti a stati patologici manifestati, diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati prima della data di decorrenza del presente Sussidio nonché le prestazioni conseguenti a infortuni anch'essi occorsi anteriormente alla data di adesione.

Art. 17 – Esclusioni

L'assistenza non è operante per:

1. le cure e/o gli interventi relativi a particolari limitazioni di garanzia in essere al 31/12/2018;
2. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del Sussidio. In caso di intervento di correzione dei vizi di rifrazione, la garanzia opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore a 4 diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 diottrie;
3. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
4. le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
5. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o interventi avvenuti durante l'operatività del Sussidio);
6. ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che per la loro natura tecnica possono essere effettuati anche in ambulatorio;
7. il parto naturale;
8. le prestazioni per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
9. i ricoveri causati dalla necessità dell'**Associato** di avere assistenza da parte di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lungo degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'**Associato** che rendono necessaria la permanenza in istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
10. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo salvo i casi in cui la sostituzione viene richiesta per l'insorgere di una nuova patologia e/o nuovo infortunio;
11. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
12. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio; gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
13. i sinistri causati da azioni dolose compiute dall'**Associato**;
14. le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose in genere commesse dall'**Associato** con dolo o colpa grave;
15. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;

16. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche, eventi atmosferici;
17. le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale.

Art. 18 – Modalità di erogazione del servizio e tempi di presentazione delle richieste.

La mancata o incompleta presentazione della documentazione entro 120 giorni dalla data dell'evento, determina l'impossibilità di procedere all'erogazione del rimborso. La sospensione dell'istruttoria della pratica di rimborso non interrompe la decadenza indicata. Pertanto, nel caso di sospensione, l'Associato ha 60gg di tempo dalla data di comunicazione della richiesta di ulteriore documentazione per integrare la stessa e sempre entro 120 gg dalla data dell'evento. Decorso 60 gg, la richiesta verrà respinta e l'Associato dovrà presentare nuova e completa richiesta comprensiva anche della documentazione integrativa, comunque entro i 120gg dalla data dell'evento oltre i quali il suo diritto decade.

Per tutte le informazioni necessarie ad accedere correttamente alle prestazioni sanitarie erogate in forma Diretta e Indiretta, nonché per la gestione dei relativi rimborsi si rimanda alla Guida Operativa che forma parte integrante del presente Sussidio ed è consultabile nell'Area Riservata dell'Associato presente sul sito di MBA www.mbamutua.org.

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

L'associato è inoltre tenuto a fornire ogni informazione e consentire la visita di medici incaricati da MBA per qualsiasi indagine e/o accertamento che questa ritenga necessario, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Art. 19 – Tempi di rimborso

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

Le spese relative alla prestazione erogata in assistenza diretta presso strutture/professionisti convenzionati con la Centrale Salute verranno corrisposte dalla MBA direttamente alle strutture/professionisti a termini del presente Sussidio e solo subordinatamente all'esito positivo di rimborsabilità conseguente all'analisi della documentazione medica e di spesa completa inoltrata dalla struttura/professionista alla Centrale Salute (in ciò il rilascio dell'Autorizzazione alla presa in carico costituendo mero strumento di attivazione del servizio).

b. Prestazioni effettuate in Assistenza indiretta

MBA provvederà alla lavorazione delle richieste e al rimborso di quanto dovuto ai termini del presente Sussidio di norma entro 40 giorni lavorativi dalla data di presentazione della richiesta completa di tutta la documentazione necessaria. La sospensione per documentazione mancante da parte della Centrale Salute interrompe tali tempi che decorreranno nuovamente e per intero dalla data di presentazione della documentazione in modo completo da parte dell'Associato.

A tal proposito si rammenta che la Centrale Salute non sarà tenuta alla verifica che la documentazione mancante si trovi in altre richieste precedentemente inviate dall'Associato. Ogni richiesta dovrà essere presentata in modo completo in sé stesso.



Sezione 4: RICOVERO

4.1. RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA A SEGUITO DI MALATTIA E/O INFORTUNIO

La MBA in caso di ricovero reso necessario da malattia o infortunio, provvede a rimborsare le seguenti prestazioni:

A) Pre-ricovero

- Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 100 giorni precedenti l'inizio del ricovero. La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

B) Intervento chirurgico

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio);
- diritti di sala operatoria e materiale di intervento (comprese protesi ed endoprotesi necessarie al recupero dell'autonomia dell'Assistito infermo).

C) Assistenza medica, medicinali, cure

- prestazioni mediche ed infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero.

D) Rette di degenza

- non sono comprese in assistenza le spese voluttuarie;
- nel caso di ricovero in istituto di cura non convenzionato con la MBA, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di € 250,00 al giorno.

E) Accompagnatore

- Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'istituto di cura o in struttura alberghiera. Nel caso di ricovero in istituto di cura non convenzionato con la MBA, la garanzia è prestata nel limite di € 70,00 al giorno per un limite di 50 giorni per il ricovero.

F) Assistenza infermieristica privata individuale

- Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero sia in strutture convenzionate che non convenzionate.

G) Post ricovero

- esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici e rieducativi e cure termali (escluse le spese alberghiere) effettuati nei 100 giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in

assistenza i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

4.2. TRASPORTO SANITARIO

La **MBA** rimborsa le spese di trasporto dell'Associato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'istituto di cura, di trasferimento da un istituto ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il limite di € 1.500,00 per ricovero.

4.3. DAY HOSPITAL/DAY SURGERY A SEGUITO DI MALATTIA E/O INFORTUNIO

Nel caso di Day Hospital o Day Surgery, la **MBA** provvede al pagamento delle spese per prestazioni previste ai punti 4.1. **RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA A SEGUITO DI MALATTIA E/O INFORTUNIO** e 4.2. **TRASPORTO SANITARIO** con i relativi limiti in essi indicati.

La garanzia non è operante per le visite specialistiche, le analisi cliniche e gli esami strumentali effettuati ai soli fini diagnostici.

4.4. INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE A SEGUITO DI MALATTIA E/O INFORTUNIO

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, la **MBA** provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 4.1. **RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA A SEGUITO DI MALATTIA E/O INFORTUNIO** :

- lettera A) Pre-ricovero
- lettera B) Intervento chirurgico
- lettera C) Assistenza medica, medicinali, cure
- lettera G) Post ricovero

e al 4.2. **TRASPORTO SANITARIO** con i relativi limiti in essi indicati.

4.5. TRAPIANTI A SEGUITO DI MALATTIA E/O INFORTUNIO

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, la **MBA** rimborsa le spese previste ai punti 4.1. **RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA A SEGUITO DI MALATTIA E/O INFORTUNIO** e 4.2. **TRASPORTO SANITARIO** con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo.

Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto.

Nel caso di donazione da vivente, la garanzia assicura le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica; intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza.

4.6. PARTO CESAREO E ABORTO TERAPEUTICO O SPONTANEO

In caso di parto cesareo, aborto terapeutico o spontaneo, effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la **MBA**, questa provvede al

pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti 4.1. RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA A SEGUITO DI MALATTIA E/O INFORTUNIO:

- lettera B) Intervento chirurgico
- lettera C) Assistenza medica, medicinali, cure
- lettera D) Retta di degenza
- lettera E) Accompagnatore
- lettera G) Post ricovero

e al 4.2. TRASPORTO SANITARIO con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata entro il massimale dell'area di ricovero e si intende operante presso le strutture convenzionate con la **MBA**, presso le strutture non convenzionate ed anche in caso in cui l'Associato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale.

4.7. RIMPATRIO DELLA SALMA

In caso di decesso all'estero durante un ricovero, la **MBA** rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel limite di € 2.000,00 per anno assistenziale e per nucleo familiare.

4.8. MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

a) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la MBA ed effettuate da medici convenzionati.

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono rimborsate direttamente dalla MBA alle strutture sanitarie convenzionate con l'applicazione di una quota di spesa a carico dell'Associato di € 1.000,00, ridotta ad € 600,00 nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, ad eccezione delle seguenti:

- punto 4.1. RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA A SEGUITO DI MALATTIA E/O INFORTUNIO
 - lettera a) Pre ricovero;
 - lettera f) Assistenza infermieristica privata individuale
- punto 4.2. TRASPORTO SANITARIO;
- punto 4.7. RIMPATRIO DELLA SALMA

che vengono rimborsate **all'Associato** nei limiti previsti ai punti indicati e delle seguenti.

b) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la MBA.

- nel caso di ricovero con intervento chirurgico le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'**Associato** con una quota di spesa a carico del 25% con il minimo non rimborsabile di € 1.000,00 ed un massimo non rimborsabile di € 8.000,00;
- nel caso di ricovero senza intervento chirurgico, le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'**Associato** con una quota di spesa a carico del 15% con un minimo non rimborsabile di € 1.100,00 ed un massimo non rimborsabile di € 4000,00;
- nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'**Associato** con una quota di spesa a carico del 25% con il minimo non rimborsabile di € 600,00 ed un massimo non rimborsabile di € 1.000,00 ed entro il sub limite di € 8.000,00.

Fanno eccezione le spese sostenute per le seguenti prestazioni:

- punto **4.1. RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA A SEGUITO DI MALATTIA E/O INFORTUNIO**
 - lettera d) Retta di degenza;
 - lettera e) Accompagnatore;
 - lettera f) Assistenza infermieristica privata individuale;
- punto **4.2. TRASPORTO SANITARIO;**
- punto **4.7. RIMPATRIO DELLA SALMA**

che vengono rimborsate **all'Associato** nei limiti previsti ai punti indicati e delle seguenti.

c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso di ricovero in struttura del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditato in forma di assistenza diretta e quindi con costo a completo carico del Servizio Sanitario Nazionale verrà attivata la garanzia prevista al successivo punto **4.9. INDENNITA' SOSTITUTIVA.**

Qualora l'**Associato** sostenga durante il ricovero delle spese per il trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la MBA rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Associato nei limiti previsti nei diversi punti; in questo caso non verrà corrisposta l'indennità sostitutiva.

Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'**Associato**, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alla lettera A) **Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la MBA ed effettuate da medici convenzionati** o alla lettera B) **Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la MBA.**

4.9. INDENNITA' SOSTITUTIVA

L'**Associato**, qualora non richieda alcun rimborso alla **MBA**, né per il ricovero né per altre prestazioni ad esso connesse, fermo restando la possibilità da parte della **MBA** di provvedere al pagamento delle spese "Pre" e "Post" ricovero con le modalità di cui al punto **4.1. RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA A SEGUITO DI MALATTIA E/O INFORTUNIO**

- lettera A) Pre ricovero
- lettera G) Post ricovero

avrà diritto ad una indennità di € 100,00 per ogni giorno di ricovero (intendendo come tale il periodo del giorno che comprende anche il pernottamento) per un periodo non superiore a 100 giorni per ogni ricovero.

In caso di ricovero senza intervento chirurgico, l'indennità sostitutiva sarà corrisposta a partire dal 6° giorno di degenza.

Nel caso di day hospital/day Surgery, l'importo giornaliero della diaria si intende di € 50,00 per ogni giorno a partire dal 1° day hospital/day surgery.

4.10 Massimale

Il massimale annuo erogabile dal Sussidio per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde alla somma complessiva di € 180.000,00 per nucleo familiare.

Sezione 5: PRESTAZIONI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE E VISITE SPECIALISTICHE

Il massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate ai successivi punti **5.1. ALTA SPECIALIZZAZIONE, 5.2. ALTA SPECIALIZZAZIONE BIS, 5.3. VISITE SPECIALISTICHE ANCHE OMEOPATICHE** corrisponde ad € 8.000,00 per nucleo familiare.

5.1. ALTA SPECIALIZZAZIONE

La **MBA** provvede al pagamento delle spese sostenute per le seguenti prestazioni extraospedaliere:

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP)
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colecistografia
- Dacriocistografia/Dacriocistotac
- Defecografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Mielografia
- Retinografia
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Scialografia
- Splenoportografia
- Urografia
- Vescicoldeferentografia
- Videoangiografia

- Wirsunggrafia

Accertamenti

- Accertamenti endoscopici (compresi ad esempio: broncoscopia, cistoscopia, colonscopia, duodenoscopia, gastroscopia, rettoscopia, pancolonscopia, esofagoscopia, con o senza biopsia con o senza esame istologico)
- Diagnostica radiologica
- Doppler
- Ecocardiografia
- Ecografia
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Mammografia o Mammografia digitale
- PET
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) anche virtuale

Terapie

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Dialisi
- Radioterapia
- Laserterapia a scopo fisioterapico

Altro

- MOC
- Agopuntura, purchè effettuata da medico
- Stratigrafia
- Accertamenti radiologici (tutte le rx)
- Telecuore
- Uroflussometria
- Radionefrogramma
- Holter sia pressorio che cardiaco
- Amniocentesi
- Terapia radiante

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato, le spese per le prestazioni erogate all'**Associato** vengono rimborsate direttamente dalla **MBA** alle strutture medesime con l'applicazione di una franchigia quota di spesa a suo carico di € 80,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

Nel caso in cui l'**Associato** si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la **MBA**, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di una quota di spesa a suo carico del 15% con il minimo non indennizzabile di € 100,00 per accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

Nel caso in cui l'**Associato** si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la **MBA** rimborsa i ticket sanitari a carico dell'**Associato** con l'applicazione di una quota di spesa a carico di € 50,00 per ogni ticket.

5.2. ALTA SPECIALIZZAZIONE BIS

La **MBA** provvede al pagamento delle spese sostenute per applicazione e rimozione di apparecchi gessati/immobilizzanti. Il rimborso delle spese sostenute per applicazione e rimozione di apparecchi gessati/immobilizzanti sarà effettuabile, previo l'inoltro, oltre che al certificato di Pronto Soccorso o di un poliambulatorio specialistico, del referto del medico specialista indicante la data di applicazione e la data di rimozione di gessi/apparecchi/immobilizzanti.

Nel caso in cui l'**Associato** si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la **MBA**, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di una quota di spesa a suo carico del 15% con il minimo non rimborsabile di € 100,00 per ogni fattura/persona.

Nel caso in cui l'**Associato** si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la **MBA** rimborsa i ticket sanitari a carico dell'**Associato** con l'applicazione di una quota di spesa a suo carico di € 50,00 per ogni ticket.

5.3. VISITE SPECIALISTICHE ANCHE OMEOPATICHE

La **MBA** provvede al pagamento delle spese per le visite specialistiche e visite omeopatiche conseguenti a malattia o ad infortunio con l'esclusione delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici. Rientra in assistenza, esclusivamente, una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di una eventuale patologia.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

I documenti di spesa (fattura e ricevuta) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico, la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la **MBA**, le spese per le prestazioni erogate all'**Associato** sostenute vengono rimborsate direttamente dalla **MBA** alle

strutture medesime con l'applicazione di una quota di spesa a suo carico di € 60,00 per ogni visita specialistica.

Nel caso in cui l'**Associato** si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la **MBA**, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di una quota di spesa a suo carico del 20% con il minimo non rimborsabile di € 80,00 per ogni visita specialistica.

Nel caso in cui l'**Associato** si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la **MBA** rimborsa i ticket sanitari a carico dell'**Associato** con l'applicazione di una quota di spesa a suo carico di € 50,00 per ogni ticket.

Il massimale per le visite specialistiche anche omeopatiche corrisponde ad € 800,00 annuo e per nucleo familiare e deve essere inteso come sub massimale di quello indicato alla **sezione 5. PRESTAZIONI DI ALTA SPECILIZZAZIONE E VISITE SPECIALISTICHE.**

SEZIONE 6: CONVENZIONE PER CONSERVAZIONE CELLULE STAMINALI

Per tutto il corso di validità del presente Sussidio, l'Associato Titolare 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 Titolare 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 sotto elencati 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 catastrofici.

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

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

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.

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

