



EBG SALUTE
Copertura sanitaria dedicata
ai dipendenti delle Imprese - EBG Salute

INDICE

SEZIONE 1 - DEFINIZIONI	3
SEZIONE 2 - NORME GENERALI CHE REGOLANO LA COPERTURA SANITARIA	8
ART. 5 - DURATA DELLA COPERTURA SANITARIA E TACITO RINNOVO	8
ART. 6 - OBBLIGHI CONTRIBUTIVI ASSOCIATIVI DELL'ISCRITTO	8
ART. 7 - SUSSIDIO A FAVORE DI TERZI	8
ART. 10 - RISOLUZIONE DELLE CONTROVERSIE	9
ART. 11 - MASSIMALI	9
ART. 12 - SOTTOSCRIZIONE DI PIU SUSSIDI	9
ART. 13 - LIMITI TERRITORIALI	9
ART. 14 - RESPONSABILITA DI TERZI	9
SEZIONE 3 - NORME RELATIVE A TUTTE LE GARANZIE (SALVO NON SIA ESPRESSAMENTE DEROGATO)	11
ART. 16 - TERMINI DI ASPETTATIVA (CARENZE)	11
ART. 17 - PREGRESSE	11
ART. 18 – ESCLUSIONI	11
ART. 19 - MODALITA DI EROGAZIONE DEL SERVIZIO	13
ART. 20 - DOCUMENTAZIONE PER LA PRESENTAZIONE DELLE RICHIESTE	13
ART. 21 - TEMPI DI PRESENTAZIONE DELLE RICHIESTE	13
ART. 22 - TEMPI DI RIMBORSO	14
SEZIONE 4	16
PREMESSA - LIMITE ANNUO PER L'ASSISTENZA SANITARIA	16
AREA OSPEDALIERA	16
A. – RICOVERO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO	16
B – INDENNITA' SOSTITUTIVA	17
SEZIONE 5	18
GARANZIE EXTRA-OSPEDALIERE	18
C - ALTA DIAGNOSTICA E TERAPIE	18
D - VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	19
E - TRATTAMENTI FISIOTERAPICI A SEGUITO DI INFORTUNIO	20
F - CURE DENTARIE DA INFORTUNIO	20

G - CURE ODONTOIATRICHE (DIVERSE DA CURE DENTARIE DA INFORTUNIO)	21
H - AREA MATERNITA'	21
I.I - PREVENZIONE IN TELEMEDICINA	23
I.II - MEDICINA PREVENTIVA I	23
K.I. - PRESTAZIONI EROGATE PER L'ASSISTENZA H24	25
K.II. - RISCHI ESCLUSI PER LA GARANZIA ASSISTENZA H24	25
ALLEGATO 1 - ELENCO DEI GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	27
ALLEGATO 2 - ELENCO DELLE PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE	28

Il presente Regolamento è da considerarsi parte integrante dello Statuto e del Regolamento Attuativo di Cassa Mutua MBA

SEZIONE 1 - Definizioni

Aborto: interruzione prematura di una gravidanza, per cause naturali o provocata artificialmente.

Aborto spontaneo: interruzione prematura di una gravidanza avvenuta per cause naturali, non causata da un intervento esterno.

Aborto terapeutico: interruzione di una gravidanza motivata esclusivamente da ragioni di ordine medico, come la presenza di gravi malformazioni del feto.

Anno: periodo di tempo pari a trecentosessantacinque giorni, o a trecentosessanta sei in caso di anno bisestile.

Assistenza Diretta: modalità di erogazione del servizio in base alla quale le prestazioni previste dalla presente Copertura Sanitaria sono effettuate presso strutture sanitarie utilizzando personale Medico (e/o sanitario) ambedue convenzionati con Cassa Mutua MBA e/o con società da quest'ultima autorizzata, per il tramite di Health Assistance S.C.p.A. (di seguito anche Health Assistance o Centrale Salute); in questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente da parte di Cassa Mutua MBA alle strutture ed ai Medici/personale Convenzionati (escluse eventuali quote a carico dell'Iscritto 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 Cassa Mutua MBA.

Assistenza Indiretta: modalità di erogazione del servizio in base alla quale CASSA MUTUA MBA rimborsa le spese all'Iscritto dietro presentazione della documentazione medica e di spesa richiesta nei limiti di quanto previsto dalla presente copertura sanitaria. L'Assistenza Indiretta è prestata anche presso i Centri Convenzionati con il Network Cassa Mutua MBA /Health Assistance (c.d. Assistenza Indiretta in Network). In questo caso non è necessaria la preventiva autorizzazione alla Presa in Carico (PIC) ma, sarà necessario presentare il Modulo di Accesso al Network Indiretto alla Struttura/professionista Convenzionato per il proprio riconoscimento. L'elenco delle Strutture è presente e consultabile nell'Area Riservata di Cassa Mutua MBA.

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

Attività professionale: qualsiasi attività non inerente alla vita privata (es. attività commerciali, artigianali, industriali, professionali) anche se non esercitate come attività principali.

Carenza (termine di aspettativa): periodo temporale che intercorre tra la data di decorrenza della copertura e l'effettiva operatività delle garanzie. Per carenza si intende il periodo durante il quale le garanzie della Copertura Sanitaria non sono efficaci, ovvero il numero di giorni a far data dalla decorrenza del Regolamento durante i quali la garanzia non ha effetto. Qualora l'evento avvenga in tale periodo, Cassa Mutua MBA non corrisponde il Rimborso della prestazione prevista dalla Copertura Sanitaria.

Cartella Clinica: documento ufficiale, coperto da pubblica fede nei casi di legge, redatto durante il Ricovero, diurno o con pernottamento, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi all'ingresso, diagnosi alla dimissione, anamnesi patologica prossima e remota completa di tutti i riferimenti cronologici rispetto alla diagnosi di ingresso, terapie effettuate, Interventi chirurgici eseguiti, atto operatorio, esami e diario clinico.

Ai fini dell'erogazione delle prestazioni ricomprese nel Sussidio Sanitario, la Cartella Clinica, da qualunque tipologia di struttura sanitaria essa provenga, è considerata atto immodificabile e, pertanto, con la richiesta di attivazione del Sussidio Sanitario oggetto del presente Regolamento, l'Associato accetta, espressamente e senza riserva alcuna, che non è ammessa qualsivoglia alterazione o modifica o aggiunta o cancellazione successiva alla formazione dell'atto medesimo, anche se protesa al ripristino della verità dei fatti in esso contenuti.

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

CASSA MUTUA MBA: la Cassa Mutua MBA – Fondo Sanitario Integrativo del Servizio Sanitario Nazionale

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 Iscritti per l'accesso alle prestazioni e ai servizi (www.healthassistance.it).

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

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

Chemioterapia oncologica: ciclo di terapia effettuata con l'ausilio di farmaci volta a curare le patologie di carattere oncologico.

Ciclo di cura: insieme delle prestazioni connesse ad una medesima patologia/Infortunio, contestualmente prescritti dal Medico e presentati alla Mutua Cassa Mutua MBA in un'unica richiesta di Rimborso.

Convalescenza: periodo di tempo successivo ad un Ricovero, prescritto dai Medici ospedalieri nella Cartella Clinica al momento delle dimissioni, necessario per la guarigione clinica, durante il quale l'Iscritto è costretto al riposo assoluto presso il proprio domicilio.

Cure termali: trattamenti effettuati in Centri/Stabilimenti riconosciuti che possono utilizzare acque termali e loro derivati a fini terapeutici.

Data evento: per i Ricoveri o Interventi chirurgici si intende la data in cui avviene il Ricovero/Intervento; per le altre prestazioni previste dalla presente copertura sanitaria 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 (con sintomatologia interna oppure esterna all'organismo). Per la definizione di patologia pregressa ai sensi del presente Sussidio sarà ritenuta data di prima insorgenza anche quella in cui lo stato patologico è stato diagnosticato e/o è stato sottoposto ad accertamenti e/o è stato sottoposto a cure.

Day Hospital: Ricovero con degenza e assegnazione di posto letto in esclusivo regime diurno documentato da Cartella Clinica e finalizzato all'erogazione di trattamenti diagnostici, terapeutici, riabilitativi.

Day Surgery: Ricovero con degenza e assegnazione di posto letto in esclusivo regime diurno documentato da Cartella Clinica e finalizzato all'erogazione di trattamenti chirurgici.

Decadenza: termine massimo entro il quale presentare la documentazione a corredo della domanda di erogazione delle prestazioni (incluse le richieste di rimborso in forma diretta), anche se di data antecedente alla domanda di adesione. La mancata presentazione della documentazione completa e conforme alle richieste di Cassa Mutua MBA, entro 120 giorni dalla data dell'evento ovvero, in caso di ricovero ordinario o diurno, dalla data delle dimissioni, comporta la decadenza dal diritto al rimborso e al pagamento delle prestazioni, incluse quelle eseguite in forma diretta. L'eventuale sospensione dell'istruttoria della pratica non interrompe il decorrere del termine di 120 giorni sopra indicato. Dunque, nel caso di sospensione, il Socio ha 60 giorni di tempo dalla data di comunicazione della richiesta di ulteriore documentazione per integrare la stessa, purché ciò avvenga sempre entro 120 giorni dall'evento ovvero, in caso di ricovero ordinario o diurno, dalla data delle dimissioni. Decorso 60 giorni, la richiesta verrà respinta e il Socio dovrà presentare nuova e completa domanda comprensiva anche della documentazione integrativa, comunque entro i 120 giorni per non incorrere nella suddetta decadenza.

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

Evento: il fatto (determinato da patologia o Infortunio) per il quale operano le 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" allorché 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 dalla Copertura Sanitaria e per le quali si prevede un Rimborso o una diaria o una Indennità o anche solo un servizio secondo i termini indicati dalla Copertura Sanitaria 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.

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'Iscritto presente sul sito di CASSA MUTUA MBA www.mbacassa.org oppure rinvenibile contattando direttamente il Back Office di CASSA MUTUA MBA o il proprio promotore di riferimento.

Health Point: società convenzionati con la Centrale Salute impegnata nella sanità integrativa e nel welfare aziendale, promuovendo un corretto stile di vita e benessere e prestazioni di diagnosi anche attraverso refertazioni e consulenze mediche on line. Per ulteriori informazioni si consulti il sito: www.healthpointitalia.com.

Inabilità temporanea: la temporanea incapacità fisica, totale o parziale, ad attendere alle proprie attività.

Indennità integrativa: importo giornaliero erogato da CASSA MUTUA MBA per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito di Malattia/Infortunio (del Parto e/o dell'Aborto terapeutico ove previsti). L'Indennità viene riconosciuta qualora non venga richiesto il Rimborso delle spese per le prestazioni effettuate durante il Ricovero o ad esso comunque connesse (ad eccezione delle prestazioni pre e post Ricovero che verranno rimborsate secondo le modalità ed i limiti indicati nel Sussidio).

Indennità sostitutiva: importo giornaliero erogato da CASSA MUTUA 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.

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 dalla presente copertura sanitaria. 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 o di Struttura di Primo Soccorso convenzionata con il SSN (attestante le circostanze dell'evento, le cause e le conseguenze dell'evento).

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

Intervento chirurgico Ambulatoriale: l'Intervento chirurgico (come sopra definito) eseguito in ambulatorio senza Ricovero (e quindi senza degenza ancorché diurna).

Iscritto: persona giuridica iscritta regolarmente Cassa Mutua MBA ed il cui interesse è protetto dalla Copertura Sanitaria. Sono Iscritti i Dipendenti/Associati della persona giuridica e aventi Diritto i familiari dell'Iscritto, ai sensi del presente Regolamento e dell'art. 5 del Regolamento Attuativo dello Statuto di Cassa Mutua MBA.

Invalidità permanente: la definitiva incapacità fisica, parziale o totale, ad attendere alle proprie occupazioni.

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: momento in cui si manifesta la Malattia con sintomi oggettivi, indipendentemente dalla diagnosi/accertamento della stessa.

Massimale/sub-Massimale: la somma complessiva annua, fino alla concorrenza della quale la Cassa Mutua MBA sostiene i costi delle prestazioni previste dalla presente Copertura Sanitaria.

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

Patologia pregressa: qualsiasi patologia che sia pregressa in quanto manifestata, diagnosticata, sottoposta ad accertamenti o curata prima della data di attivazione del presente Sussidio o che risulti correlata ad uno stato patologico antecedente alla decorrenza dello stesso.

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

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

Presa in Carico: documento che la Centrale Salute, a seguito di richiesta dell'Iscritto 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 dalla Copertura Sanitaria. L'Autorizzazione alla Presa in Carico costituisce nulla osta all'attivazione del servizio in forma diretta; in nessun caso l'Autorizzazione alla Presa in Carico dovrà considerarsi quale impegno e garanzia alla successiva liquidazione che avverrà solo a seguito delle ulteriori valutazioni documentali e quindi, solo successivamente alla ricezione della documentazione completa inviata da parte della Struttura Sanitaria; l'Iscritto si intende obbligato in solido per tutte le prestazioni non oggetto di autorizzazione, non rimborsabili/escluse sulla base della Copertura Sanitaria sottoscritto, quote di spesa a suo

carico eventualmente non emerse/indicate in fase di autorizzazione ma comunque previste dalla presente Copertura Sanitaria.

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

Ricovero improprio: il Ricovero durante il quale vengono compiuti Interventi e/o solamente accertamenti e/o terapie fisiche che, per loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in regime ambulatoriale, purché consentito dallo stato di salute dell'Iscritto.

Ricovero ordinario: la degenza comportante pernottamento in Istituto di cura, documentata da Cartella Clinica, finalizzata all'erogazione di trattamenti medici e/o terapeutici e/o chirurgici, purché tale periodo di presenza in ambito ospedaliero comprenda un minimo di ore continuative pari ad almeno 20 (c.d. periodo di osservazione breve) e venga debitamente documentato da apposita certificazione ospedaliera.

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

Statuto e Regolamento Attuativo Cassa Mutua MBA: documentazione che regola il rapporto associativo con Cassa Mutua MBA e costituente parte integrante e sostanziale del presente Sussidio assieme alla Guida Operativa. Sono messe a disposizione dell'Iscritto e sempre consultabili nell'Area Riservata dell'Iscritto presente sul sito di Cassa Mutua MBA www.mbacassa.org oppure rinvenibili contattando direttamente il Back Office di Cassa Mutua MBA.

Visita specialistica: la visita ambulatoriale o domiciliare o consulto eseguita da Medico specialista in possesso del titolo di specializzazione che risulti chiaramente dal documento di spesa, per diagnosi e terapie cui tale specializzazione è destinata.

SEZIONE 2 - Norme generali che regolano la copertura sanitaria

ART. 1 - OGGETTO

Oggetto della presente copertura sanitaria è il Rimborso delle spese sanitarie, ovvero l'erogazione delle prestazioni, sostenute dagli Iscritti in conseguenza di **Infortunio, Malattia o Gravidanza**, per eventi verificatisi nel corso di validità della presente copertura sanitaria.

ART. 2 - PERSONE ASSOCIATE

Le prestazioni garantite dalla presente Copertura Sanitaria sono prestate in favore dell'Associato Titolare della Copertura Sanitaria – **Dipendente dell'Impresa** iscritta al "**Fondo Nazionale di Assistenza Sanitaria Integrativa – EBG SALUTE**".

ART. 3 - LIMITI DI ETÀ

Non sono previsti limiti di età.

ART. 4 - VARIAZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE

La presente copertura sanitaria non si estende al Nucleo Familiare dell'Iscritto.

ART. 5 - DURATA DELLA COPERTURA SANITARIA E TACITO RINNOVO

La presente Copertura Sanitaria ha durata di **1 (uno)** anno decorrente dal giorno di cui all'art. 9.

La revoca dalla Copertura Sanitaria prima del suddetto termine potrà avvenire al verificarsi dei seguenti eventi:

- a) cessazione dal servizio o del rapporto associativo dell'Impresa con EBG SALUTE;
- b) decesso dell'Iscritto.

Per le revoche a seguito degli eventi di cui alle precedenti lett. a) e b), l'evento dovrà essere comunicato di volta in volta da EBG SALUTE secondo quanto previsto nella Convenzione. La copertura sanitaria si intenderà cessata dalla data in cui è avvenuto l'evento.

ART. 6 - OBBLIGHI CONTRIBUTIVI ASSOCIATIVI DELL'ISCRITTO

In caso di mancato versamento dei relativi contributi associativi e fermo quanto previsto all'art. 8, Cassa Mutua MBA si riserva il diritto di adire le vie legali, previo tentativo di conciliazione ai sensi dell'art. 11 del presente Regolamento.

ART. 7 - SUSSIDIO A FAVORE DI TERZI

Se la presente Copertura Sanitaria è stipulata a favore di terzi, gli obblighi che derivano dal Regolamento devono essere adempiuti dal titolare, richiedendo, ove necessario, la cooperazione delle persone garantite.

ART. 8 - PAGAMENTO DEL CONTRIBUTO E DECORRENZA DELLA COPERTURA SANITARIA

La copertura ha effetto dalle ore 24:00 del giorno in cui è avvenuta la delibera di ammissione da parte di Cassa MBA.

ART. 9 - COMUNICAZIONI E MODIFICHE

Le comunicazioni inerenti al rapporto associativo o le variazioni ed integrazioni alla presente Copertura Sanitaria avverranno nelle modalità indicate e accettate sottoscrivendo la domanda di adesione oltre che specificate all'interno del Regolamento Attuativo dello Statuto.

ART. 10 - RISOLUZIONE DELLE CONTROVERSIE

A fronte di ogni eventuale controversia che dovesse insorgere tra l'Iscritto ed Cassa Mutua MBA, anche in dipendenza di una diversa interpretazione della presente Copertura Sanitaria, prima di ricorrere ad un procedimento ordinario, le Parti esperiranno il tentativo di conciliazione. In caso di esito negativo del tentativo di conciliazione, il foro competente per ogni eventuale controversia, è quello di Roma.

ART. 11 - MASSIMALI

Tutti i Massimali menzionati nella presente Copertura Sanitaria, nonché gli eventuali sub-Massimali relativi a specifiche prestazioni o garanzie, sono da intendersi per anno assistenziale, 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 sub-Massimali previsti dalla presente Copertura Sanitaria saranno pertanto da intendersi anno/nucleo.

ART. 12 - SOTTOSCRIZIONE DI PIÙ SUSSIDI

Qualora l'Iscritto sia beneficiario con Cassa Mutua MBA di più di una Copertura Sanitaria, avrà diritto ad ottenere la condizione più favorevole (Rimborso delle spese, erogazione di Indennità o Indennizzo) tra le garanzie riconosciutegli dalle varie Coperture sottoscritte.

ART. 13 - 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. 14 - RESPONSABILITÀ DI TERZI

Nel caso in cui la prestazione riguardi eventi per i quali sia configurabile la responsabilità di terzi, Cassa Mutua MBA, in piena attuazione del proprio scopo mutualistico e solidaristico, si riserva di:

- Liquidare, nei limiti stabiliti dal presente Regolamento, le spese sanitarie sostenute dall'Iscritto in conseguenza dell'evento pregiudizievole, solo qualora l'Iscritto produca a Cassa Mutua MBA documentazione attestante il rifiuto di indennizzo da parte del terzo responsabile ovvero dalla compagnia assicurativa di quest'ultimo;
- Integrare la liquidazione, nei limiti stabiliti dal presente Regolamento, delle spese sanitarie sostenute dall'Iscritto in conseguenza dell'evento pregiudizievole, solo qualora l'Iscritto produca a Cassa Mutua MBA documentazione attestante la corresponsione di una indennità da parte del terzo responsabile o della compagnia assicurativa di quest'ultimo in una misura inferiore a quella derivante dall'applicazione dei massimali previsti per la specifica garanzia invocabile nel caso concreto in base al presente Regolamento.

Resta ferma, in tutti gli altri casi, la generale esclusione di cui all'art. 18 del presente Regolamento.

ART.15 - RINVIO ALLE NORME

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme legislative italiane, lo Statuto di Cassa Mutua MBA, il Regolamento Attuativo dello Statuto in vigore e la Guida Operativa che sono consultabili nell'Area Riservata

dell'Iscritto presente sul sito di Cassa Mutua MBA www.mbacassa.org oppure rinvenibili contattando direttamente il Back Office di Cassa Mutua MBA.

SEZIONE 3 - Norme relative a tutte le garanzie (salvo non sia espressamente derogato)

ART. 16 - TERMINI DI ASPETTATIVA (CARENZE)

Fermo quanto previsto all'art. 8 delle Norme Generali, disciplinante il giorno di decorrenza della Copertura Sanitaria, le prestazioni messe a disposizione sono garantite da Cassa Mutua MBA senza applicazione di periodi di carenza, anche per le ipotesi di estensione volontaria al Nucleo familiare.

ART. 17 - PREGRESSE

Per gli Iscritti (Titolare e Aventi diritto), tutte le garanzie oggetto del presente Sussidio attivate in conseguenza di Infortuni avvenuti anteriormente alla data di stipula dello stesso sono da intendersi incluse.

Altresì, si intenderanno incluse nella copertura assistenziale le prestazioni conseguenti a qualsiasi patologia che sia pregressa in quanto manifestata, diagnosticata, sottoposta ad accertamenti o curata prima della data di attivazione del presente Sussidio o che risulti correlata ad uno stato patologico antecedente alla decorrenza dello stesso.

ART. 18 – ESCLUSIONI

Sono esclusi dalla presente Copertura Sanitaria sanitario (salvo non sia diversamente previsto nelle specifiche garanzie):

- a) le prestazioni non corredate da copia della prescrizione medica attestante la diagnosi di patologia o quesito diagnostico (se patologia ancora da accertare);
- b) le prestazioni conseguenti agli Infortuni non documentati da referto di Pronto Soccorso Ospedaliero o di Struttura convenzionata con il SSN, o di Unità Medica di Primo Soccorso presente nel luogo dell'Infortunio da cui sia chiaramente possibile evincere la data di accadimento dell'Infortunio e le conseguenze traumatiche dello stesso, ovvero da specifico accertamento diagnostico completo di referti ed immagini (a titolo esemplificativo, TAC, RMN, radiografie) da cui sia chiaramente ed obiettivamente possibile evincere la data di accadimento dell'Infortunio e le conseguenze traumatiche dello stesso. Sono escluse le conseguenze di eventi ove manchi l'esteriorità della causa come gli sforzi e gli atti di forza ossia l'impiego di energie muscolari concentrate nel tempo che esorbitano (sforzo) o meno (atto di forza) per intensità dalle ordinarie abitudini di vita dell'Iscritto.
- c) le prestazioni di routine, controllo, prevenzione, nonché i vaccini (sia l'acquisto del farmaco che l'infusione/somministrazione);
- d) le prestazioni conseguenti a suicidio e tentato suicidio;
- e) le prestazioni derivanti o finalizzate all'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla data di effetto della Copertura Sanitaria, ad eccezione degli Interventi sui bambini che non abbiano superato i 5 anni di età;
- f) le prestazioni relative a Malattie mentali ed i disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche;
- g) le prestazioni sanitarie e le cure aventi finalità estetica e dietologica, salvo gli Interventi di chirurgia plastica o stomatologica limitatamente agli aspetti ricostruttivi di natura oncologica riferiti alla sede della neoformazione maligna se resi necessari da Malattia, e in caso di Infortunio rimborsabile, limitatamente alla sede dell'apparato oggetto del trauma, purché effettuati nei 360 giorni successivi all'Intervento e comunque durante la validità della Copertura Sanitaria;

- h) Infortuni o Malattie derivanti da dolo dell'Isritto;
- i) le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale, quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, quelle omeopatiche, fitoterapiche, nonché quelle effettuate da Medici o paramedici non abilitati all'esercizio dell'attività professionale;
- j) i farmaci non riconosciuti dalla Farmacopea Ufficiale;
- k) la cura delle Malattie professionali e sindromi correlate, così come definite dal D.lgs. n. 38 del 2000 e successive modifiche e/ o integrazioni;
- l) le prestazioni prescritte e/ o erogate da medici o paramedici abilitati che non siano in possesso di specializzazione medica pertinente con la prestazione rilasciata e rispetto alla diagnosi/ quesito diagnostico per il quale la prestazione è prescritta/ erogata;
- m) le prestazioni prescritte e/ o erogate da professionisti non in possesso di regolare iscrizione all'Albo o abilitazione laddove prevista dalla normativa italiana.
- n) le cure e gli Interventi chirurgici finalizzati al trattamento dell'infertilità (ad ovviare allo stato di infertilità) e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale;
- o) l'Aborto volontario non terapeutico;
- p) i Ricoveri durante i quali vengono compiuti Interventi e/o solamente accertamenti e/o terapie fisiche che, per loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in regime ambulatoriale, purché consentito dallo stato di salute dell'Isritto;
- q) le prestazioni relative o finalizzate a cure odontoiatriche, ortodontiche e protesi dentarie, salvo specifiche deroghe previste dalla Copertura Sanitaria;
- r) le prestazioni conseguenti a reati o ad azioni dolose compiute o tentate dall'Isritto. Sono compresi nella garanzia quelle sofferte in conseguenza di imprudenza o negligenza anche gravi dell'Isritto stesso;
- s) gli Infortuni conseguenti ad assunzione di sostanze psicoattive (stupefacenti, farmaci, sostanze psicotrope), a scopo non terapeutico;
- t) gli Infortuni causati dallo stato di ebbrezza o di ubriachezza;
- u) le Malattie correlate all'abuso di alcool o al consumo di stupefacenti e sostanze psicotrope, assunte non a scopo terapeutico;
- v) gli Infortuni conseguenti alla pratica di:
 - sport aerei in genere (volo da diporto o sportivo con deltaplani, ultraleggeri, paracadutismo, parapendio, ecc.);
 - sport estremi (alpinismo con scalata di roccia o ghiaccio di grado superiore al terzo della scala U.I.A.A. o in solitaria, arti marziali miste, bmx, cayoning, deep water Soloing, downhill, freefly, free running, free climbing, freeskiing, freestyle Motocross, funambolismo, hydrospeed, immersione in apnea, immersione in grotta, kitesurfing, land boarding, mountainboard, parkour, pattinaggio aggressive, rafting, rugby subacqueo, sandboarding, sci di velocità, skimboarding, slackline, speleologia, snowkiting, snowboard cross, streetluge, tricking (arte marziale), tuta alare, wakeboard, ecc.);
 - attività ludiche pericolose (pugilato, lotta, arti marziali in genere, atletica pesante, discesa con slittino da gara, rugby, football americano, hockey, bungee jumping, bob, skeleton, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, sci d'alpinismo, sci estremo e/o fuoripista, motonautica, navigazione in mare in solitaria);
 - gare motoristiche e/o motonautiche;
 - sport in genere costituenti per l'Associato attività professionale (gare, prove e allenamenti) anche non prevalente per impegno temporale a qualsiasi altra occupazione;
- w) gli Infortuni subiti in qualità di passeggero durante i viaggi aerei diversi dai regolari voli di linea;
- x) gli Infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizi resi in corpi militari;

- y) gli Infortuni subiti sul lavoro in miniera, in cava (anche a cielo aperto), in lavori subacquei o in mare aperto;
- z) le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati dalle accelerazioni di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.), nonché da campi elettromagnetici;
- aa) le conseguenze di inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche, movimenti tellurici;
- bb) i Ricoveri causati dalla necessità dell'Iscritto 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'Iscritto 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;
- cc) eventi per i quali sia configurabile la responsabilità di terzi; fatto salvo quanto previsto nel precedente art. 14;
- dd) spese per il trasporto del plasma
- ee) le pandemie, se definite come tali dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

ART. 19 - MODALITÀ DI EROGAZIONE DEL SERVIZIO

La richiesta di accesso alle prestazioni deve essere presentata nel rispetto delle tempistiche, delle Modalità operative e corredata da tutta la documentazione indicata nella Copertura Sanitaria e nella Guida Operativa, mediante l'utilizzo dell'apposita modulistica messa a disposizione dell'Iscritto.

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 della presente Copertura Sanitaria ed è consultabile nell'Area Riservata dell'Iscritto presente sul sito di Cassa Mutua MBA www.cassamba.org oppure rinvenibile contattando direttamente il Back Office di Cassa Mutua MBA.

Cassa Mutua MBA si riserva di aggiornare la Guida Operativa fornendone debita e preventiva comunicazione attraverso il sito www.cassamba.org.

Per richieste di ricovero con o senza intervento chirurgico in regime ordinario e diurno e per gli interventi ambulatoriali è necessario trasmettere alla Centrale Salute il preventivo di spesa sia per quelle in forma diretta che per quelle a rimborso.

ART. 20 - DOCUMENTAZIONE PER LA PRESENTAZIONE DELLE RICHIESTE

Cassa Mutua MBA stabilisce nel rispetto dello Statuto la documentazione da produrre in modo completo a supporto di ciascuna domanda di erogazione delle prestazioni.

L'Iscritto si impegna a fornire a Cassa Mutua MBA la documentazione richiesta, anche di data antecedente alla domanda di adesione. L'Iscritto rilascia preventiva e specifica autorizzazione a Cassa Mutua MBA a richiedere tale documentazione a terzi, nel rispetto delle vigenti normative.

Si evidenzia che Cassa Mutua 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.

ART. 21 - TEMPI DI PRESENTAZIONE DELLE RICHIESTE

La documentazione a corredo della domanda di rimborso sia in caso di Indennità che di Assistenza indiretta che di Assistenza Diretta sopra definite, deve essere presentata in modo completo e conforme alle richieste di Cassa Mutua MBA, entro 120 giorni dalla data dell'evento ovvero in caso di Ricovero ordinario o diurno entro 120 giorni dalla data delle dimissioni. Il socio si impegna a tal fine a presentare, o a far sì che le strutture e i professionisti presso i quali è stata eseguita la prestazione presentino entro il suddetto termine, la documentazione completa a

Cassa Mutua MBA o al service provider dalla stessa incaricato. La mancata presentazione della domanda di rimborso e della documentazione completa (anche in caso di prestazione effettuata in forma diretta) entro il predetto termine comporta la decadenza dal diritto al riconoscimento dell'Assistenza (Diretta/Indiretta/Indennitaria).

La sospensione dell'istruttoria della pratica di Rimborso non interrompe la decadenza indicata. Pertanto, nel caso di sospensione, l'Iscritto ha 60 gg di tempo dalla data di comunicazione della richiesta di ulteriore documentazione per integrare la stessa e sempre entro 120 gg dall'evento. Decorsi 60 gg, la richiesta verrà respinta e l'Iscritto dovrà presentare nuova e completa domanda comprensiva anche della documentazione integrativa, comunque entro i 120gg dall'evento oltre i quali il suo diritto decade.

L'Iscritto è inoltre tenuto a fornire ogni informazione e consentire la visita di Medici incaricati da Cassa Mutua 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. 22 - TEMPI DI RIMBORSO

a) Prestazioni effettuate in Assistenza diretta presso strutture/professionisti convenzionati con il Network CASSA MUTUA MBA/Health Assistance S.C.p.A.

Le spese relative alla prestazione erogata in Assistenza Diretta presso Strutture/professionisti Convenzionati con il Network Cassa Mutua MBA/Health Assistance verranno corrisposte da Cassa Mutua MBA direttamente alle Strutture/professionisti a termini della presente Copertura Sanitaria 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

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

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



**AREA
SANITARIA**

SEZIONE 4

PREMESSA - **Limite annuo per l'assistenza sanitaria**

Il **Massimale complessivo** di Rimborso per il complesso degli eventi e delle prestazioni di cui alla presente copertura sanitaria è pari ad **€ 50.000,00** per anno.

Area ospedaliera

A. – **RICOVERO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO**

MBA, in caso di **Ricovero ordinario per Grande Intervento Chirurgico**, secondo l'elenco esaustivo riportato nell'Allegato 1 "*Elenco dei Grandi Interventi Chirurgici*", provvederà a rimborsare le spese inerenti al Ricovero e all'Intervento così come segue:

i) Assistenza prima del Ricovero (nei 90 giorni precedenti al Ricovero – entro il sub-Massimale annuo complessivo di € 1.000,00 (tale Massimale è da intendersi onnicomprensivo delle spese post di cui al punto iii))

- visite specialistiche ed accertamenti diagnostici (inerenti alla patologia causa del Ricovero);

ii) Assistenza durante il Ricovero

- prestazioni del chirurgo, degli assistenti, dell'anestesista, nonché diritti di sala operatoria;
- materiale di Intervento (ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicate durante l'Intervento);
- esami, assistenza medica e infermieristica;
- medicinali, somministrati durante il Ricovero;
- trattamenti fisioterapeutici e rieducativi;
- rette di degenza, escluse le spese voluttuarie:
 - senza limitazione giornaliera presso una struttura convenzionata con il Network Cassa Mutua MBA/Health Assistance;
 - nel limite di € 150,00 al giorno presso una struttura non convenzionata con il Network Cassa Mutua MBA/Health Assistance;

iii) Assistenza dopo il Ricovero (nei 90 giorni successivi al Ricovero - entro il sub-Massimale annuo complessivo di € 1.000,00 (tale Massimale è da intendersi onnicomprensivo delle spese pre di cui al punto i))

- visite specialistiche ed accertamenti diagnostici (inerenti alla patologia causa del Ricovero)

iv) Prestazioni sociali di rilievo sanitario

- trasporto dell'Assistito (ambulanza), in caso di necessità medica documentata, a e da istituto di cura ad un altro in Italia con un massimo di € 500,00 per evento;

Il complesso degli eventi e prestazioni relativi al presente punto A., si intende ricompreso nel limite annuo di cui alla premessa pari a **€ 50.000,00**

A fronte delle prestazioni di cui ai **punti i), ii), iii) e iv)** l'Iscritto, nei limiti temporali e di spesa ivi previsti:

1. non sostiene **alcuna spesa a suo carico**, in caso di prestazioni effettuate presso un Centro Convenzionato con il Network Cassa Mutua MBA/Health Assistance in **Assistenza Diretta**;
2. riceve un rimborso delle spese **senza applicazione di una quota a suo carico** in caso di prestazioni effettuate presso un Centro Convenzionato con il Network Cassa Mutua MBA/Health Assistance in **Assistenza Indiretta in Network**;

3. riceve un rimborso delle spese con una quota **a suo carico** pari al **20%** in caso di prestazioni effettuate presso un Centro non Convenzionato con il Network Cassa Mutua MBA/Health Assistance (***Autorizzazione Indiretta fuori Network***); sono altresì previsti i seguenti sub-limiti:
 - limite di **€ 12.000,00** per il complesso di prestazioni relativi a un **evento**.
4. riceve il rimborso integrale della spesa in caso di prestazioni sostenute a **totale carico del Servizio Sanitario Nazionale** ed erogate sotto forma di **ticket sanitari**.

Per la documentazione da inoltrare si rimanda alla Guida Operativa che costituisce parte integrante della presente Copertura Sanitaria.

B – INDENNITA' SOSTITUTIVA

Nel caso in cui l'Iscritto non richieda alcun Rimborso a seguito di **Ricovero ordinario per Grande Intervento Chirurgico** di cui al precedente **art. A.** effettuato presso Strutture del SSN o con esso accreditate, può richiedere a Cassa Mutua MBA la corresponsione dell'Indennità Sostitutiva giornaliera di cui al presente articolo per far fronte alle necessità legate al recupero della salute a seguito della Malattia o dell'Infortunio.

L'Indennità sarà pari a:

- **€ 100,00** per ogni giornata di Ricovero per Grande Intervento Chirurgico, comprendente il pernottamento.

sino ad un massimo di 40 giorni complessivi per annualità.

Qualora l'Iscritto richieda la presente Indennità sostitutiva si intenderà escluso il Rimborso di qualsiasi altra spesa, anche precedente o successiva al Ricovero, eventualmente sostenuta e riferibile al medesimo Ricovero.

Per la documentazione da inoltrare si rimanda alla Guida Operativa che costituisce parte integrante della presente Copertura Sanitaria.

SEZIONE 5

Garanzie extra-ospedaliere

C - ALTA DIAGNOSTICA E TERAPIE

Cassa Mutua MBA, entro il **Massimale annuo** pari ad **€ 5.000,00** sostiene l'Isritto per le spese relative alle seguenti prestazioni extra-ospedaliere di Alta Diagnostica e Terapie.

Alta Diagnostica

- Angiografia
- Broncoscopia
- Cistografia o Cistoscopia
- Coronarografia
- Ecocolordoppler cardiaco
- Ecocolordoppler vascolare
- Elettroencefalogramma
- Esofagogastroduodenoscopia
- Isterosalpingografia
- Mammografia
- Mammotome (agobiopsia mammaria stereotassica)
- Mielografia
- Pancolonscopia
- Risonanza magnetica Nucleare (RMN)
- Scintigrafia di qualsiasi apparato o organo
- Tomografia assiale computerizzata (TAC)
- Tomografia ad emissione di Positroni (PET)
- Urografia

Alta Diagnostica

- Dialisi
- Laserterapia
- Terapie Oncologiche (Chemioterapia, Radioterapia)

L'elenco delle prestazioni di cui sopra è da considerarsi esaustivo.

Sono escluse:

- le prestazioni non espressamente indicate nell'elenco;
- i controlli di routine e le prestazioni elencate ma finalizzate alla diagnosi o all'erogazione di prestazioni odontoiatriche.

L'Isritto:

1. non sostiene **alcuna spesa a suo carico** per il **primo** accertamento/singola terapia effettuato sia presso un Centro Convenzionato che non Convenzionato con il Network Cassa Mutua MBA/Health Assistance (**in Network/fuori Network**);

2. sostiene una spesa a suo carico /riceve un rimborso pari al **50%** per accertamenti/singole terapie **successivi al primo**, sia se effettuati presso un Centro Convenzionato che non Convenzionato con il Network Cassa Mutua MBA/Health Assistance (***In Network/ fuori Network***);
3. riceve un rimborso senza l'applicazione di **alcuna spesa a suo carico**, in caso di prestazioni sostenute a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale ed erogate sotto forma di ticket sanitari.

Per primo accertamento/terapia si intende la prima prestazione/seduta di terapia cronologicamente effettuata dall'Iscritto nell'anno. Non saranno prese in considerazione rimborsi per prestazioni antecedenti alla data in cui è stata effettuata la prestazione presentata quale prima.

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

Per la documentazione da inoltrare si rimanda alla Guida Operativa che costituisce parte integrante della presente Copertura Sanitaria.

D - VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Cassa Mutua MBA, entro il **Massimale annuo** pari ad **€ 500,00** sostiene l'Iscritto per le spese per Visite Mediche Specialistiche e Accertamenti Diagnostici (ad esclusione di quelli previsti all'art. C "ALTA DIAGNOSTICA E TERAPIE").

L'Iscritto:

1. non sostiene **alcuna spesa a suo carico** per la **prima** prestazione effettuata sia presso un Centro Convenzionato che non Convenzionato con il Network Cassa Mutua MBA/Health Assistance (***in Network/fuori Network***);
2. sostiene una spesa a suo carico /riceve un rimborso pari al **50%** per prestazioni **successive alla prima** sia se effettuate presso un Centro Convenzionato che non Convenzionato con il Network Cassa Mutua MBA/Health Assistance (***in Network/fuori Network***);
3. riceve un rimborso senza l'applicazione di **alcuna spesa a suo carico**, in caso di prestazioni sostenute a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale ed erogate sotto forma di ticket sanitari.

Per prima prestazione si intende la prima visita o il primo accertamento cronologicamente effettuata dall'Iscritto nell'anno. Non saranno prese in considerazione rimborsi per prestazioni antecedenti alla data in cui è stata effettuata la prestazione presentata quale prima.

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

Per la documentazione da inoltrare si rimanda alla Guida Operativa che costituisce parte integrante della presente Copertura Sanitaria.

E - TRATTAMENTI FISIOTERAPICI A SEGUITO DI INFORTUNIO

Cassa Mutua MBA, entro il **Massimale annuo** pari ad **€ 300,00**, sostiene l'Isritto per le spese per Trattamenti Fisioterapici post Infortunio (a condizione che l'Infortunio sia avvenuto durante la validità del Sussidio e sia documentato da referto di Pronto Soccorso di Struttura Sanitaria Pubblica).

L'Isritto:

1. riceve un rimborso nel limite di/sostiene una spesa a suo carico pari all'eccedenza rispetto a **€ 50,00** per ciclo di terapia effettuata sia presso un Centro Convenzionato che non Convenzionato con il Network Cassa Mutua MBA/Health Assistance (**in Network/fuori Network**);
2. riceve un rimborso senza l'applicazione di **alcuna spesa a suo carico**, in caso di prestazioni sostenute a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale ed erogate sotto forma di ticket sanitari.

I trattamenti di cui sopra devono essere effettuati esclusivamente a fini riabilitativi (si intenderà, quindi, escluso il mantenimento) e devono essere prescritti da Medico di base o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e dovranno essere effettuati da personale medico o professionista sanitario abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

Non rientrano in copertura prestazioni effettuate presso palestre, club-ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, centri benessere anche se con annesso centro medico.

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

Per la documentazione da inoltrare si rimanda alla Guida Operativa che costituisce parte integrante della presente Copertura Sanitaria.

F - CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

Cassa Mutua MBA, entro il **Massimale annuo** pari ad **€ 1.500,00**, sostiene l'Isritto per le spese per **Cure Dentarie a seguito di Infortunio**, a condizione che l'Infortunio sia avvenuto durante la validità del Sussidio e sia documentato da referto di Pronto Soccorso di Struttura Sanitaria Pubblica.

L'Isritto:

1. sostiene una spesa a suo carico/ricorre un rimborso con una quota di spesa a suo carico pari al **30%** in caso di prestazioni effettuate sia presso un Centro Convenzionato che non Convenzionato con il Network Cassa Mutua MBA/Health Assistance (**in Network/fuori Network**);
2. riceve un rimborso senza l'applicazione di **alcuna spesa a suo carico**, in caso di prestazioni sostenute a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale ed erogate sotto forma di ticket sanitari.

Unitamente alla richiesta di Rimborso e al referto di Pronto Soccorso di Struttura Sanitaria Pubblica, l'Associato dovrà presentare il piano di cure predisposto dall'odontoiatra, dal quale risultino i denti curati/da curare e le motivazioni cliniche del trattamento, con indicazione del dente trattato per arcata e numero, nonché i referti degli accertamenti diagnostici strumentali (RX, OPT, TAC, RMN) dai quali sia possibile evincere con chiarezza la sede da curare. Altresì dovrà indicarsi, qualora previsto, il periodo massimo di trattamento per la conclusione della cura-

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

Mutua provvederà al rimborso delle spese previa applicazione delle quote di spesa a carico dell'Associato previste in caso di Assistenza Indiretta fuori Network, ove diverse.

Per la documentazione da inoltrare si rimanda alla Guida Operativa che costituisce parte integrante della presente Copertura Sanitaria.

G - CURE ODONTOIATRICHE (diverse da Cure Dentarie da Infortunio)

Cassa Mutua MBA, entro il **Massimale annuo** pari ad **€ 600,00** sostiene l'Iscritto per le spese per **Cure Odontoiatriche** diverse da cure dentarie da Infortunio.

L'Iscritto non sostiene **alcuna spesa a suo carico**/riceve un rimborso senza l'applicazione di **alcuna spesa a suo carico** per prestazioni effettuate sia presso un Centro Convenzionato che non Convenzionato con il Network Cassa Mutua MBA/Health Assistance (**in Network/fuori Network**) nei limiti del **tariffario** di cui all'Allegato 2 "Elenco delle Prestazioni Odontoiatriche".

Unitamente alla richiesta di Rimborso, l'Associato dovrà presentare il piano di cure predisposto dall'odontoiatra, dal quale risultino i denti curati/da curare e le motivazioni cliniche del trattamento, con indicazione del dente trattato per arcata e numero, nonché i referti degli accertamenti diagnostici strumentali (RX, OPT, TAC, RMN) dai quali sia possibile evincere con chiarezza la sede da curare. Altresì dovrà indicarsi, qualora previsto, il periodo massimo di trattamento per la conclusione della cura.

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

Per la documentazione da inoltrare si rimanda alla Guida Operativa che costituisce parte integrante della presente Copertura Sanitaria.

H – AREA MATERNITA'

Cassa Mutua MBA, entro il **Massimale annuo** pari ad **€ 500,00**, garantisce all'Associata Titolare in stato di gravidanza il Rimborso delle spese sanitarie sostenute per le seguenti prestazioni:

- ecografie;
- monitoraggio dello sviluppo del feto;
- translucenza nucale;
- qualsiasi tipo di accertamento relativo allo stato di gravidanza e di salute della mamma.

L'Iscritta riceve un rimborso, senza l'applicazione di **alcuna spesa a suo carico**, in caso di prestazioni sostenute a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale ed erogate sotto forma di ticket sanitari.

Non sono previsti rimborsi per prestazioni non effettuate presso Servizio Sanitario Nazionale (ticket SSN).

Per la documentazione da inoltrare si rimanda alla Guida Operativa che costituisce parte integrante della presente Copertura Sanitaria.



**AREA
PREVENZIONE**

I.I - PREVENZIONE IN TELEMEDICINA

Cassa Mutua MBA, tramite Health Point S.p.A., rivoluziona il modo di pensare al benessere con le televisite, una soluzione pratica, veloce e sicura per confrontarsi con specialisti sanitari di alto livello per la prevenzione, la diagnosi e la cura. Particolarmente adatte per tutte quelle visite che non necessitano di un contatto fisico tra medico e paziente, le televisite sono la soluzione ideale per avere sempre sotto controllo la propria salute eliminando gli spostamenti e i tempi di attesa.

Attraverso MyDigitalHealth, la piattaforma di proprietà di Health Point appositamente progettata per i servizi di Telemedicina, basterà avere un computer o un qualsiasi dispositivo mobile per interagire a distanza e in tempo reale con uno specialista sanitario nel pieno rispetto della privacy.

Cassa Mutua MBA garantisce all'Iscritto, durante la validità della presente Copertura Sanitaria, di effettuare - senza applicazione di alcuna Quota di spesa a suo carico e per il tramite dell'Health Point, esclusivamente in forma diretta, - **1 (uno) Tele-visita preventiva** all'anno.

La prestazione potrà essere effettuata tramite l'Health Point a scelta tra: Medicina Generale, Chirurgia Generale, Neurologia, Oftalmologia, Psicoterapia, Psicologia E Psicologia Pediatrica, Nutrizione, Dermatologia, Pneumologia, Cardiologia, Odontoiatria, Ortopedia, Fisioterapia, Gastroenterologia.

Per la documentazione da inoltrare si rimanda alla Guida Operativa che costituisce parte integrante della presente Copertura Sanitaria.

Per tutte le ulteriori informazioni si rinvia al sito <http://www.healthpointitalia.com>.

I.II - MEDICINA PREVENTIVA I

Cassa Mutua MBA offre all'Iscritto la possibilità di effettuare gratuitamente, una volta l'anno, il seguente **Pacchetto di Prevenzione Cardiologica** – previa autorizzazione della Centrale Salute - in strutture sanitarie Convenzionate.

CHECK UP CARDIOLOGICO – cod. 17

Esami di Laboratorio

- Emocromocitometrico e morfologico (HB, GR, GB, piastrine, indici eritrocitari der. F.L.)
- Velocità di sedimentazione delle emazie
- Glicemia
- Azotemia
- Creatininemia
- Colesterolo HDL e LDL
- Colesterolo totale e colesterolemia
- Transaminasi glutammico ossalacetica GOT e glutammico piruvica (GPT)
- Urine, esame chimico e microscopico completo

Le prestazioni potranno essere eseguite in un'unica soluzione, solo presso strutture sanitarie convenzionate con il Network Cassa Mutua MBA/Health Assistance ed in forma diretta, senza applicazione di alcuna quota di spesa a carico dell'Iscritto.



**AREA
ASSISTENZA H24**

K.I. - PRESTAZIONI EROGATE PER L'ASSISTENZA H24

Cassa Mutua MBA, durante la copertura, intende garantire anche un servizio di assistenza H24 e 365 giorni l'anno a fianco dell'Iscritto. Ciascuna delle successive prestazioni di Assistenza è fornita per non più di **una volta** per annualità e non in condizioni di urgenza.

• CONSULENZA MEDICA TELEFONICA

La Centrale Operativa mette a disposizione, 24 ore su 24, il proprio servizio di attivazione consulto medico con medici di medicina generale per qualsiasi informazione o suggerimento di carattere medico sanitario di carattere generale. I Medici non possono in alcun caso fornire diagnosi o prescrizioni. Il medico può a sua discrezione:

- richiedere all'Assistito l'invio di immagini e fotografie che possano aiutare e/o velocizzare la risoluzione del problema;
- avviare un follow-up dopo qualche giorno qualora necessario per la risoluzione del problema.

• INVIO DI UN MEDICO AL DOMICILIO

Qualora l'Iscritto necessiti di un Medico presso la propria abitazione, durante le ore notturne (dalle ore 20:00 alle ore 8:00) o nei giorni festivi (tutto il giorno), e non riesca a reperire il suo Medico curante, la Centrale Operativa provvede, dopo l'accertamento tramite un primo contatto telefonico del suo Medico di guardia del proprio Network convenzionato, ad inviare il servizio di invio di un medico a domicilio tramite il proprio Network convenzionato.

In caso di irreperibilità immediata del Medico e qualora le circostanze lo rendano necessario, la Centrale Operativa organizza il trasferimento dell'Iscritto con ambulanza ad un pronto soccorso. Validità territoriale: Italia

• INVIO AMBULANZA (VALIDITA' TERRITORIALE ITALIA)

Qualora l'Iscritto, in seguito ad Infortunio o Malattia necessiti di:

- essere trasportato da un ospedale in cui è ricoverato presso un altro centro ospedaliero;
- rientrare, successivamente al Ricovero di primo soccorso, al proprio domicilio a seguito di dimissione da un centro ospedaliero e, qualora a giudizio del Medico curante, l'Iscritto non possa utilizzare un mezzo diverso dall'autoambulanza,

la Centrale Operativa attiva l'invio dell'autoambulanza in forma diretta sino ad un massimo di 100 km di percorso complessivo (andata e ritorno).

Si intendono esclusi i trasporti per terapie continuative.

Al fine di attivare le necessarie procedure di presa in carico della richiesta, l'Iscritto o chi per lui, si impegna a prendere contatto appena possibile con la Centrale Operativa dedicata ai Servizi H24, per comunicare il tipo di assistenza richiesto.

Il numero da contattare per attivare i servizi dell'assistenza h24 in caso di necessità è il **NUMERO VERDE: 800.598.635, attivo 24 ore su 24, 365 gg all'anno, in lingua italiana.**

K.II. - RISCHI ESCLUSI PER LA GARANZIA ASSISTENZA H24

Per tutte le garanzie esposte nel precedente art. K.I. (Assistenza H24) e successivi sotto-articoli, è escluso ogni Rimborso, prestazione, conseguenza e/o evento derivante direttamente od indirettamente da:

- a) Cause ed eventi non adeguatamente documentati, fatta eccezione per il servizio di consulto medico.
- b) Comportamenti illeciti o dolosi, sia compiuti che tentati dall'Iscritto; 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'Iscritto.

- 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).

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 della presente Copertura sanitaria consultabile nell'Area Riservata del portale di Cassa Mutua MBA.

ALLEGATO 1 - ELENCO DEI GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Cardiochirurgia

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

Chirurgia Vascolare

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

Neurochirurgia

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

Chirurgia Toracica

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

Chirurgia Generale

- Intervento per asportazione neoplasie maligne della mammella con eventuale applicazione di protesi
- Tiroidectomia per tumori maligni con svuotamento funzionale del collo
- Anastomosi porta-cava o spleno-renale o mesenterica-cava
- Pancreaticoduodenectomia radicale
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari
- Colectomia totale con linfadenectomia
- Esofagectomia totale
- Gastrectomia totale con linfadenectomia
- Esofago-gastrectomia per via toraco-laparotomica
- Amputazione del retto per via addomino-perineale o addomino-sacrale

Chirurgia Oculistica

- Interventi per neoplasie del globo oculare
- Intervento di enucleazione del globo nucleare

Chirurgia Ginecologica

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

Chirurgia Ortopedica

- Artroprotesi totale di anca
- Artroprotesi totale di ginocchio
- Artrodesi vertebrali per via anteriore
- Interventi per rimozione e reimpianto di protesi d'anca o di ginocchio

Chirurgia Otorinolaringoiatrica e Maxillo-Facciale

- Interventi demolitivi del massiccio facciale per tumori maligni
- Interventi demolitivi del cavo oro-faringeo per tumori maligni
- Laringectomia totale, laringofaringectomia
- Intervento per neurinoma dell'ottavo paio
- Asportazione di tumori maligni del cavo orale e del seno etmoidale, frontale, sferoidale e mascellare

Chirurgia Urologica

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

Trapianti d'organo

- Tutti

ALLEGATO 2 - ELENCO DELLE PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

VISITA		
PRESTAZIONE	LIMITI TEMPORALI	RIMBORSO MASSIMO PER PRESTAZIONE
ablazione del tartaro sopra gengivale per ambo le arcate	una volta	€ 30,00
CHIRURGIA ORALE		
PRESTAZIONE	LIMITI TEMPORALI	RIMBORSO MASSIMO PER PRESTAZIONE
estrazione chirurgica del dente o radice semplice o complessa (per qualsiasi numero di radici, incluse di elementi pluriradicolari scoronati)	una volta, mai ripetibile sullo stesso elemento	€ 50,00
estrazione complessa di dente incluso o semi incluso o rimozione semplice o complessa di abutment in titanio, per elemento, per abutment (qualsiasi numero di denti o di elementi pluriradicolari scoronati)	una volta, mai ripetibile sullo stesso elemento	€ 50,00
estrazione dente residuo	una volta a dente, mai ripetibile sullo stesso elemento	€ 50,00
interventi di piccola chirurgia orale, asportazione di cisti mucosa o piccole neoplasie, per emiarcata e medicazioni successive	una volta per lo stesso elemento	€ 90,00
scappucciamento dente incluso a scopo ortodontico	una volta o per lo stesso elemento	€ 50,00
apicectomia con otturazione retrograda (per qualsiasi numero di radici)	una volta sulla stessa emiarcata	€ 70,00
rizotomia complessa estrazione di singola/e radici di dente pluriradicolato, per elemento (qualsiasi numero di radici, compreso lembo)	una volta, mai ripetibile per lo stesso elemento	€ 70,00
asportazione di neoformazione per escissione completa di calcoli salivari, epulide, cisti mucosa intraorale o granuloma periferico o cellule giganti, compresa eventuale resezione dell'osso alveolare	una sola volta, mai ripetibile.	€ 90,00
intervento per prelievo biptico dei tessuti molli o duri, qualsiasi regione della cavità orale, compresa la lingua (qualsiasi numero di prelievi per unico tempo chirurgico)	una sola volta per regione zona anatomica, salvo autorizzazione medica.	€ 60,00
frenulectomia / frenulectomia per due arcate	una sola volta, mai ripetibile sulla stessa arcata	€ 70,00
osteoplastica	una sola volta, mai ripetibile sullo stesso elemento	€ 60,00
separazione di radici di dente pluriradicolato, per elemento (qualsiasi numero di radici, compreso lembo)	una sola volta, mai ripetibile sullo stesso elemento	€ 50,00
intervento di chirurgia ortodontica per esposizione di elemento incluso, comprensivo dell'eventuale posizionamento di viti transmucose (qualsiasi tipo) per trazione elementi intraocclusione o parziale erotti, compresa la prestazione dell'ortodontista per l'ancoraggio (per elemento)	una sola volta, mai ripetibile sullo stesso elemento	€ 80,00
intervento per regolarizzazione cresta alveolare parzialmente edentula o edentula, o exeresi torus palatino o torus mandibolare per fini protesici, per emiarcata	non ripetibile sulla stessa arcata	€ 60,00
TERAPIA CONSERVATIVA		
PRESTAZIONE	LIMITI TEMPORALI	RIMBORSO MASSIMO PER PRESTAZIONE
otturazione ad 1 superficie (restauro definitivo di cavità con qualsiasi materiale da otturazione), per elemento	una volta per lo stesso elemento	€ 50,00
otturazione a 2 superfici (restauro definitivo di cavità che coinvolge due superfici contigue del dente, con qualsiasi materiale da otturazione), per elemento	una volta per lo stesso elemento	€ 70,00
otturazione a 3 superfici (restauro definitivo di cavità che coinvolge tre superfici contigue del dente, con qualsiasi materiale da otturazione), per elemento	una volta per lo stesso elemento	€ 70,00
ricostruzione del dente con perni endocanalari, per elemento (con qualsiasi tipo di metodica)	una volta per lo stesso elemento	€ 100,00

IMPLANTOLOGIA E RIGENERAZIONE OSSEA		
PRESTAZIONE	LIMITI TEMPORALI	RIMBORSO MASSIMO PER PRESTAZIONE
impianto osteointegrato per posizionamento di abutment, (qualsiasi tipo di abutment), come unica prestazione e per abutment, compreso abutment	una sola volta a dente per lo stesso elemento	€ 250, 00
abutment estetico in ceramica individualizzato	una sola volta mai ripetibile per la stessa emiarcata	€ 130,00
piccolo rialzo del seno mascellare	una sola volta mai ripetibile per la stessa emiarcata	€ 140,00
grande rialzo del seno mascellare	una sola volta mai ripetibile per la stessa emiarcata	€ 200,00
aumento di cresta	una sola volta mai ripetibile per la stessa emiarcata	€ 200,00
rimozione vecchio impianto	una sola volta mai ripetibile sullo stesso elemento	€ 70,00



Cassa Mutua MBA

Via di Santa Cornelia, 5 · 00060 Formello (RM)
Tel. +39 06 40418219 · info@mbacassa.org

www.mbacassa.org

