

Regolamento del Piano di Assistenza Sanitaria Integrativa “SANISP 2026”

Il presente Regolamento è da considerarsi parte integrante dello Statuto e del Regolamento di Funzionamento delle Prestazioni del Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa del Settore Privato in sigla “SANI.S.P.”

Edizione 2026

INDICE

SEZIONE 1: DEFINIZIONI	3
SEZIONE 2: NORME GENERALI	10
SEZIONE 3: NORME RELATIVE A TUTTE LE PRESTAZIONI (SALVO NON ESPRESSAMENTE DEROGATO)	15
SEZIONE 4 – AREA OSPEDALIERA	21
SEZIONE 5 – GARANZIE EXTRA-OSPEDALIERE	27
SEZIONE 6 – AREA PREVENZIONE	35
SEZIONE 7 – AREA SOSTEGNO	38
SEZIONE 8 – SERVIZI E ASSISTENZA	42
ALLEGATO 1 – ELENCO DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI	46
ALLEGATO 2 – ELENCO DEGLI “ESITI PERMANENTI DI INFORTUNIO”	50

SEZIONE 1: DEFINIZIONI

Le parole e i termini definiti nella presente Sezione 1 “Definizioni” si intendono riferiti sia al singolare che al plurale, e viceversa, salvo ove diversamente specificato.

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.

Accertamento diagnostico: Prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo.

Animale domestico: animale di affezione (cane e gatto) di proprietà di uno dei componenti il Nucleo Familiare detenuto conformemente alle vigenti leggi e che non venga utilizzato a scopo di lucro. È richiesto che l'animale di affezione sia regolarmente iscritto all'Anagrafe canina e/o felina precedentemente alla data di adesione al Regolamento.

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

Assistenza Diretta: modalità di erogazione delle Prestazioni del presente Regolamento effettuate presso strutture sanitarie che si avvalgono di personale medico (e/o sanitario), ambedue convenzionati con Mutua MBA o società da quest'ultima autorizzata e con applicazione degli specifici accordi di convenzione vigenti tra Mutua MBA (o società autorizzata da quest'ultima) e le strutture/personale convenzionati; in questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente da SANI.S.P. – anche per il tramite di Mutua MBA o service provider incaricato alla gestione delle Prestazioni – alle strutture ed ai medici/personale convenzionati (escluse eventuali quote a carico dell'Assistito ove previste). L'elenco delle strutture aggiornato è consultabile nell'area riservata dell'Assistito.

Assistenza Indiretta: modalità di erogazione del servizio in base alla quale SANI.S.P. – anche per il tramite di Mutua MBA o service provider incaricato della gestione delle Prestazioni – rimborsa le spese all'Iscritto dietro presentazione della documentazione medica e di spesa richiesta nei limiti di quanto previsto dal presente Regolamento. L'Assistenza Indiretta è prestata anche presso i Centri Convenzionati con il Network SANI.S.P./Mutua MBA/Health Assistance S.C.p.A. (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 dell'Assistito.

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

Assistito: l'Iscritto e ogni altra persona fisica beneficiaria delle Prestazioni ai sensi del presente Regolamento. Sono Assistiti, ove inclusi, anche i familiari dell'Iscritto, secondo quanto previsto dal presente Regolamento.

Assistito Titolare (o "Iscritto"): la persona fisica – sia essa lavoratore dipendente, datore di lavoro persona fisica, lavoratore autonomo, professionista o altra persona fisica ammessa all'iscrizione ai sensi dello Stato e del Regolamento di funzionamento delle Prestazioni del Fondo SANI.S.P – che, a seguito della sottoscrizione della domanda di adesione, risulti regolarmente iscritta al Fondo SANI.S.P., il cui interesse è protetto dalle prestazioni di assistenza sanitaria integrativa disciplinate dal presente Regolamento.

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

Carenza: periodo temporale che intercorre tra la data di decorrenza della copertura e l'effettiva operatività delle Prestazioni. Qualora l'evento avvenga in tale periodo, nessuna garanzia ricompresa nel presente Regolamento sarà efficace ed attivabile e nessuna prestazione ivi ricompresa potrà essere, pertanto, erogata.

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 Regolamento, la Cartella Clinica, da qualunque tipologia di struttura sanitaria essa provenga, è considerata atto imm modificabile e, pertanto, con la richiesta di attivazione delle Prestazioni oggetto del presente Regolamento, l'Iscritto 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. SANI.S.P. - anche per il tramite di Mutua MBA o service provider incaricato della gestione delle Prestazioni - 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.

Centrale Salute: gli uffici dedicati alla gestione delle pratiche di rimborso e delle Prese in Carico in forma diretta, nonché a fornire le informazioni necessarie agli Assistiti per l'accesso alle Prestazioni e ai servizi (<https://www.healthassistance.it>).

Centro Convenzionato: Ospedale, Istituto a Carattere scientifico, Casa di Cura, Centri diagnostici, Centro polispecialistico, Laboratorio di analisi, Centro fisioterapico, Studio medico specialistico,

Studio Odontoiatrico e qualsiasi altra Struttura/Professionista che abbia stipulato un accordo con la Centrale Salute per l'applicazione di tariffe agevolate applicabili alle Prestazioni oggetto del presente Regolamento, 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 oncologia: 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 SANI.S.P. o alla società da quest'ultima individuata (Mutua MBA o Health Assistance S.C.p.A.) 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'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 (ordinari o diurni) o Interventi chirurgici ambulatoriali si intende la data in cui avviene il Ricovero/Intervento; per le altre Prestazioni previste dal presente Regolamento e presentate in un'unica richiesta, farà fede la data della prima prestazione eseguita per patologia/quesito diagnostico.

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 Regolamento 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 Service (DSA): attività specialistica ambulatoriale resa da Medico Specialista presso un Istituto di Cura e svolta per la gestione clinico – diagnostica di prestazioni ambulatoriali complesse (PAC) che non prevedono intervento chirurgico e che, attraverso la programmazione medica di un numero di accessi limitato presso la Struttura, non necessitano di degenza.

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 nel caso di documentazione di data antecedente alla domanda di adesione. La mancata presentazione della documentazione completa e conforme alle richieste del Fondo, entro detto termine comporta la decadenza dal diritto al rimborso e al pagamento delle prestazioni, incluse quelle eseguite in forma diretta

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 Prestazioni del presente Regolamento. Nell'ambito del Ricovero ordinario, in caso di trasferimento da una struttura sanitaria ad un'altra (es. da pubblica a privata e viceversa o da privata a privata), il Ricovero stesso si considererà "evento unico" allorquando avvenuto senza soluzione di continuità. In quanto evento unico non potranno cumularsi Rimborsi relativi a differenti prestazioni.

Fondo: si intende il Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa del Settore Privato in sigla "SANI.S.P." (anche **SANI.S.P.**), che opera in regime di mutualità mediata con la Mutua MBA.

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.

Health Point: È il marchio che identifica la divisione aziendale del partner Health Italia S.p.A., che si occupa dell'area sanitaria e della gestione e creazione di un network di strutture sanitarie convenzionate nel settore dei servizi sanitari ivi inclusa la gestione di una struttura sanitaria convenzionata con la Centrale Salute, la quale offre prestazioni di diagnosi anche attraverso refertazioni e consulenze mediche on line, nonché si occupa di prevenzione e di telemedicina, della promozione di servizi relativi alla salute e al benessere della persona ed è incaricata da SANI.S.P. – anche per il tramite di società da quest'ultima individuata (Mutua MBA e/o Health Assistance S.C.p.A.) – per la gestione amministrativa del network di strutture sanitarie, nonché per la gestione dell'area prevenzione contemplata nei propri piani sanitari e per ulteriori iniziative di prevenzione ad hoc. Per ulteriori informazioni si consulti il sito internet <https://www.healthpointitalia.com>.

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

Indennità integrativa: importo giornaliero erogato da SANI.S.P. – anche per il tramite di società da quest'ultima individuata (Mutua MBA e/o Health Assistance S.C.p.A.) – 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 Regolamento).

Indennità sostitutiva: importo giornaliero erogato da SANI.S.P. – anche per il tramite di società da quest’ultima individuata (Mutua MBA e/o Health Assistance S.C.p.A.) – per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito di Malattia/Infortunio (del parto e/o dell’aborto terapeutico ove previsti nel presente Regolamento). 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 o di Struttura di Primo Soccorso convenzionata con il SSN (attestante le circostanze dell’evento, le cause, le modalità di accadimento e le conseguenze dell’evento) da cui sia chiaramente possibile evincere la data di accadimento dell’infortunio e le conseguenze traumatiche dello stesso, e che abbiano per conseguenza la morte, una fragilità permanente oppure una inabilità temporanea o una delle altre Prestazioni garantite dal presente Regolamento.

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 Regolamento, 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 biotici 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.

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.

Mutua MBA: si intende la “Mutua MBA Società Cooperativa per Azioni” incaricata dal Fondo, in forza di specifico accordo di mutualità mediata, per la gestione delle Prestazioni di cui al presente Regolamento.

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

Piano di Assistenza Sanitaria Integrativa (o “Piano”): l'insieme delle Prestazioni che compongono la presente copertura sanitaria, come disciplinato dal presente Regolamento.

Pratica: l'insieme completo in sé stesso di tutti i documenti relativi all'Evento per il quale si chiede Rimborso o Indennità, secondo quanto previsto dal presente Regolamento.

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

Presa in Carico: documento che la Centrale Salute, a seguito di richiesta dell'Assistito e in ottemperanza a quanto previsto nel presente Regolamento, invia ai Centri convenzionati per il servizio di accesso alle prestazioni in forma diretta, nei limiti di quanto previsto dal presente Regolamento. 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'Assistito si intende obbligato in solido per tutte le prestazioni non oggetto di autorizzazione, non rimborsabili ed escluse in base a quanto previsto presente Regolamento, nonché per le quote di spesa a suo carico previste dal presente Regolamento, ancorché non indicate in fase di autorizzazione.

Prestazione: servizi o altra forma di tutela previste dal presente Regolamento e per i quali si prevede un Rimborso o una diaria o una indennità o anche solo un servizio secondo i termini indicati dal Regolamento stesso. Salvo quanto esplicitamente e diversamente previsto, il presupposto

dell'operatività delle prestazioni è la sussistenza di uno stato patologico (accertato o presunto) conseguente a Malattia o Infortunio.

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

Regolamento delle Prestazioni (o "Regolamento"): il presente documento disciplinante le Prestazioni di assistenza sanitaria integrativa, nonché le condizioni di operatività, decorrenza, durata, rinnovo e cessazione della copertura ivi prevista

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

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/Contributo di assistenza: la somma dovuta da SANI.S.P. all'Assistito in caso di evento e prestazione rimborsabile.

Sostegno/sub-Sostegno: la somma complessiva annua, fino alla concorrenza della quale SANI.S.P. sostiene i costi delle prestazioni previste dal presente Regolamento.

Stato di fragilità permanente: condizione di limitata integrità psico-fisica conseguente ad infortunio o malattia che abbia prodotto lesioni o patologie oggettivamente rilevabili, ovvero uno stato di Fragilità permanente.

Statuto e Regolamento di funzionamento delle Prestazioni del Fondo SANI.S.P.: documentazione che regola il rapporto con SANI.S.P. e costituente parte integrante e sostanziale del presente Regolamento.

Telemetria biomedica: Insieme di metodi di osservazione, applicati a fini diagnostici, effettuati a distanza rispetto al paziente da monitorare in modo da incidere al minimo con le sue attività normali. I costi della prestazione sono da intendersi inclusi nella retta di degenza prevista per il ricovero ordinario. Non sono previsti costi aggiuntivi nel caso in cui la prestazione sia erogata in terapia intensiva o sub-intensiva.

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

Art. 1 – Oggetto

Oggetto del presente Regolamento è l'erogazione delle Prestazioni comprese nel Piano, anche mediante il Rimborsamento delle spese sanitarie sostenute dagli Assistiti in conseguenza di **Infortunio, Malattia e parto certificati**, per eventi verificatisi nel corso di validità del presente Regolamento.

Art. 2 – Persone Assistite

Le Prestazioni previste dal presente Regolamento sono prestate in favore dell'**Assistito Titolare** che abbia sottoscritto la domanda di adesione a SANI.S.P. e per il quale siano stati completati gli adempimenti di iscrizione e contribuzione previsti dal Regolamento di funzionamento delle Prestazioni del Fondo SANI.S.P.

Le Prestazioni, possono essere estese dall'Assistito Titolare anche al relativo Nucleo Familiare, fermo restando il versamento del contributo dovuto dall'Assistito Titolare per l'estensione al Nucleo Familiare.

Indicando i nominativi dei propri familiari, l'Assistito Titolare autocertifica la composizione del suo Nucleo Familiare e la sussistenza dei requisiti richiesti.

L'adesione del Nucleo è effettuata dal 1° al 31 ottobre di ciascuno anno. L'inclusione successiva è ammessa esclusivamente nei casi e nei termini di cui al successivo art. 4.

Ai fini del presente Regolamento per "**Nucleo Familiare**" si intendono, oltre all'Iscritto, il coniuge o il convivente more uxorio, i figli minorenni, i figli fiscalmente a carico fino all'età di anni 26, tutti risultanti dallo stato di famiglia.

È equiparato al convivente more uxorio anche il convivente dello stesso sesso dell'Iscritto a condizione che gli stessi siano uniti da reciproci vincoli affettivi, che non vi sia parentela in linea retta entro il primo grado, affinità in linea retta entro il secondo grado, adozione, tutela, curatela o amministrazione di sostegno e che convivano stabilmente e si prestino assistenza e solidarietà materiale e morale.

Art. 3 – Limiti di età

Non sono previsti limiti di età per l'adesione al presente Regolamento (fermi in ogni caso restando gli specifici limiti previsti per i figli, così come indicati all'art. 2, nel caso di attivazione della formula Nucleo).

Art. 4 – Variazione del Nucleo Familiare

Qualora sia prevista l'inclusione del Nucleo Familiare, l'Iscritto deve comunicare immediatamente ogni variazione del Nucleo Familiare a SANI.S.P. in forma scritta, entro e non oltre 30 giorni dall'avvenuta variazione, ossa:

- nascita/adozione/affidamento prolungato (risultante dallo stato di famiglia) di un figlio;
- matrimonio;

- insorgere di convivenza;

In difetto di comunicazione entro il suddetto termine, l'inclusione dei nuovi Assistiti si intenderà operante solo a decorrere dalla nuova annualità del Regolamento stesso.

Il venir meno di altra copertura sanitaria collettiva non consente l'inclusione del familiare in corso d'anno. L'adesione potrà essere richiesta nella successiva finestra annuale, secondo i termini e le modalità previsti dall'art. 10 del Regolamento di funzionamento delle Prestazioni del Fondo SANI.S.P..

Resta inteso che, per i nuovi Assistiti, ai fini dell'applicazione, ove previsti, dei Termini di aspettativa di cui all'art. 17 e delle Pregresse di cui all'art. 18 verrà considerata come data di prima decorrenza il giorno della relativa inclusione.

Art. 5 – Durata del Piano e tacito rinnovo

Il presente Piano ha durata di **1 (uno) anno** decorrente dal giorno di cui all'art. 9 che segue.

Al termine di ogni anno, in mancanza di disdetta, inviata mediante lettera raccomandata A/R o posta elettronica certificata (PEC) spedita almeno 60 giorni prima della scadenza annuale, il Piano s'intenderà rinnovato tacitamente di anno in anno, con obbligo di pagamento dei contributi dovuti, incluso, ove previsto, il versamento dei contributi dovuti dall'Assistito Titolare per l'eventuale estensione al Nucleo Familiare.

In ogni caso SANI.S.P., entro 90 giorni prima della scadenza annuale, si riserva la facoltà di comunicare a mezzo e-mail all'Assistito Titolare le condizioni di rinnovo per la successiva annualità.

Il Piano cessa anticipatamente in caso di scioglimento, liquidazione o cessazione, per qualsiasi causa, di SANI.S.P..

Nel corso dell'annualità, il diritto dell'Assistito Titolare alle Prestazioni cessa dal primo giorno del mese successivo al verificarsi di uno dei seguenti eventi, in quanto applicabili alla categoria di appartenenza dell'Assistito Titolare:

- a) cessazione del rapporto di lavoro dipendente;
- b) decesso dell'Assistito Titolare;
- c) aspettativa non retribuita né indennizzata;
- d) nomina dell'Assistito Titolare a quadro o dirigente;
- e) cessazione dell'attività del datore di lavoro;
- f) esclusione disposta dal Fondo per omissioni contributive, irregolarità o abusi.

Sono fatte salve le ipotesi di prosecuzione volontaria della contribuzione e di riattivazione delle Prestazioni previste dagli artt. 8 e 9 del Regolamento di funzionamento delle Prestazioni del Fondo SANI.S.P.. La morosità contributiva determina la sospensione delle Prestazioni e non la cessazione della posizione, salvo successiva esclusione disposta dal Fondo.

In caso di estensione al Nucleo Familiare, la cessazione della posizione dell'Assistito Titolare determina la cessazione della relativa copertura familiare. Qualora la causa riguardi un singolo familiare, essa produce effetti esclusivamente nei confronti di quest'ultimo.

Art. 6 – Obblighi contributivi

In caso di mancato versamento dei relativi contributi, fermo quanto previsto all'art. 9, SANI.S.P. si riserva il diritto di adire le vie legali.

Art. 7 – Dichiarazioni e comunicazione dell'Assistito

Le dichiarazioni non veritiere rese dall'Assistito al momento della domanda di adesione o, successivamente, ai fini di ottenere il Rimborso delle spese, comportano la perdita totale o parziale del diritto al pagamento della somma dovuta da SANI.S.P. in caso di Evento rimborsabile in base al presente Regolamento.

Nel caso di simulazione del verificarsi delle condizioni necessarie ad ottenere il Rimborso, SANI.S.P. si riserva di deliberare l'immediata esclusione dell'Iscritto senza restituzione dei contributi nel frattempo versati.

Art. 8 – Prestazioni a favore di terzi

Se il presente Regolamento è stipulato a favore di terzi, gli obblighi che derivano dal Regolamento devono essere adempiuti dall'Iscritto, richiedendo, ove necessario, la cooperazione delle persone assistite.

Art. 9 – Pagamento del contributo e decorrenza delle Prestazioni

Le Prestazioni decorrono dal primo giorno del quarto mese successivo al versamento effettuato ai fini dell'iscrizione ovvero, per i lavoratori autonomi, dal primo giorno del secondo mese successivo all'effettivo pagamento del contributo annuale, subordinatamente alla regolarità dell'iscrizione e della contribuzione, secondo i termini e le modalità previsti dal Regolamento di funzionamento delle Prestazioni del Fondo SANI.S.P..

In caso di estensione al Nucleo Familiare, il diritto alle Prestazioni dei componenti del Nucleo Familiare, decorre dalla data di attivazione del medesimo, previo versamento da parte dell'Assistito Titolare dei contributi dovuti.

In caso di morosità per tre mensilità consecutive, il Fondo sospende le Prestazioni. In caso di estensione al Nucleo Familiare, la sospensione opera anche per il Nucleo qualora la morosità riguardi i contributi dovuti dall'Assistito Titolare per tale estensione. Durante il periodo di sospensione non verrà erogata alcuna Prestazione richiesta, anche se riferibile ad un momento pregresso rispetto al verificarsi dell'insolvenza.

La riattivazione avviene solo a seguito di regolarizzazione integrale.

Per ulteriori dettagli si rimanda allo Statuto e al Regolamento di funzionamento delle Prestazioni del Fondo SANI.S.P..

Art. 10 – Comunicazioni e modifiche

Le comunicazioni inerenti al rapporto di iscrizione al Fondo o le variazioni ed integrazioni al presente Regolamento avverranno nelle modalità indicate e accettate, sottoscrivendo la domanda di adesione al Fondo oltre che specificate all'interno del Regolamento di funzionamento delle Prestazioni del Fondo SANI.S.P..

Art. 11 – Risoluzione delle Controversie

A fronte di ogni eventuale controversia che dovesse insorgere tra l'Assistito e SANI.S.P., anche in dipendenza di una diversa interpretazione del presente Regolamento, 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 è quello di Roma.

Art. 12 – Sostegni

Tutti i Sostegni menzionati nel presente Regolamento, nonché gli eventuali sub-Sostegni relativi a specifiche Prestazioni, sono da intendersi per Anno di validità del Regolamento, salvo casi specifici dove viene espresso diversamente nelle singole Prestazioni.

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

Tutti i Sostegni e sub Sostegni previsti dal presente Regolamento saranno pertanto da intendersi anno/nucleo.

Art. 13 – Sottoscrizione di più Piani

Qualora l'Assistito abbia sottoscritto con SANI.S.P. più di un Piano, avrà diritto ad ottenere la condizione più favorevole (Rimborso delle spese ovvero corresponsione di Indennità, ove prevista) tra quelle riconosciutegli dai vari Piani sottoscritti, restando escluso il cumulo delle Prestazioni.

Art. 14 – Limiti territoriali

Le tutele previste dal presente Regolamento, nei limiti stabiliti dal presente Regolamento, operano in tutto il mondo, salvo espresse deroghe indicate per le singole Prestazioni. 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. Tale principio trova, inoltre, applicazione nell'ambito dello stesso Regolamento che preveda più rimborsi e/o prestazioni per lo stesso evento.

Art. 15 – Responsabilità di terzi

Nel caso in cui la Prestazione riguardi eventi per i quali sia configurabile la responsabilità di terzi, SANI.S.P., in piena attuazione del proprio scopo mutualistico e solidaristico, si riserva di:

- liquidare, nei limiti stabiliti dal presente Regolamento, le spese sanitarie sostenute dall'Assistito in conseguenza dell'evento pregiudizievole, solo qualora l'Assistito produca a SANI.S.P. – anche per il tramite di società da quest'ultima individuata (Mutua MBA e/o Health Assistance S.C.p.A.) – documentazione attestante il rifiuto di Rimborso 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'Assistito in conseguenza dell'evento pregiudizievole, solo qualora l'Assistito produca a SANI.S.P. – anche per il tramite di società da quest'ultima individuata (Mutua MBA e/o Health Assistance S.C.p.A.) – 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 limiti previsti per la specifica prestazione invocabile nel caso concreto in base al presente Regolamento.

Resta ferma, in tutti gli altri casi, la generale esclusione di cui all'art. 19 del presente Regolamento.

Art.16 – Rinvio alle norme

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme legislative italiane, lo Statuto e il Regolamento di funzionamento delle Prestazioni del Fondo SANI.S.P. in vigore, nonché il manuale operativo, nella versione di volta in volta vigente, 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 (per il prosieguo anche solo “**Manuale Operativo**”) consultabili nell'area riservata dell'Assistito presente sul sito internet www.sanisp.it oppure rinvenibili contattando direttamente il Back Office di SANI.S.P..

SEZIONE 3: NORME RELATIVE A TUTTE LE PRESTAZIONI (SALVO NON ESPRESSAMENTE DEROGATO)

Art. 17 – Termini di Aspettativa (Carenze)

Fermo quanto previsto all'Art. 9 delle Norme Generali, disciplinante il giorno di decorrenza, le Prestazioni messe a disposizione sono garantite da SANI.S.P. senza applicazione di periodi di carenza, anche nel caso di estensione volontaria al Nucleo Familiare.

Art. 18 – Pregresse

Per l'Iscritto tutte le Prestazioni oggetto del presente Regolamento attivate in conseguenza di Infortuni avvenuti anteriormente alla data di stipula dello stesso sono da intendersi incluse. Altresì, si intenderanno incluse 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 Regolamento o che risulti correlata ad uno stato patologico antecedente alla decorrenza dello stesso.

In caso di estensione del Regolamento a titolo volontario da parte dell'Iscritto al proprio Nucleo Familiare, per detti familiari sono da intendersi escluse dal presente Regolamento tutte le garanzie attivate in conseguenza di Infortuni avvenuti anteriormente alla data di stipula dello stesso, nonché tutte 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 Regolamento o che risulti correlata ad uno stato patologico antecedente alla decorrenza dello stesso.

Si intendono, inoltre, escluse dalla copertura del presente Regolamento tutte le spese relative allo stato di gravidanza e al parto qualora la gestazione abbia avuto inizio precedentemente alla data di adesione al presente Regolamento.

Art. 19 – Esclusioni

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

- a) le prestazioni non corredate da prescrizione medica attestante la diagnosi di patologia o quesito diagnostico (se patologia ancora da accertare);
- b) le prestazioni conseguenti agli Infortuni non documentati da referto di Pronto Soccorso Ospedaliero 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'Assistito.

- c) le prestazioni relative o finalizzate a cure odontoiatriche, ortodontiche e protesi dentarie salvo specifiche deroghe previste dal presente Regolamento;
- d) le prestazioni di routine, controllo, prevenzione nonché i vaccini (sia l'acquisto del farmaco che l'infusione/somministrazione);
- e) le prestazioni conseguenti a suicidio e tentato suicidio;
- f) le prestazioni derivanti o finalizzate all'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla data di effetto del presente Regolamento, ad eccezione degli Interventi sui bambini che non abbiano compiuto i 5 anni di età;
- g) le prestazioni relative a malattie mentali ed i disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche;
- h) le prestazioni sanitarie e le cure aventi finalità estetica e dietologica, salvo gli Interventi di chirurgia plastica o stomatologia limitatamente agli aspetti ricostruttivi di natura oncologica riferiti alla sede della neoformazione maligna se resi necessari da Malattia, ed in caso di Infortunio rimborsabile, limitatamente alla sede dell'apparato oggetto del trauma, purché effettuati nei 360 giorni successivi alla data dell'Intervento e comunque durante la validità del presente Regolamento;
- i) Infortuni o Malattie derivanti da dolo dell'Assistito;
- j) 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;
- k) i farmaci non riconosciuti dalla Farmacopea Ufficiale;
- l) la cura delle malattie professionali, così come definite dal D.lgs. n. 38 del 2000 e successive modifiche e/o integrazioni;
- m) le prestazioni erogate da medici o paramedici abilitati che non siano in possesso di specializzazione medica pertinente con la prestazione erogata e rispetto alla diagnosi/quesito diagnostico per il quale la prestazione è erogata;
- n) le prestazioni erogate da professionisti non in possesso di regolare iscrizione all'Albo o abilitazione laddove prevista dalla normativa italiana.
- o) le cure e gli interventi chirurgici finalizzati al trattamento dell'infertilità (ad ovviare allo stato di infertilità) e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale;
- p) l'aborto volontario non terapeutico;
- q) 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'Assistito;

- r) le prestazioni conseguenti a reati o ad azioni dolose compiute o tentate dall' Assistito. Sono compresi nella garanzia quelle sofferte in conseguenza di imprudenza o negligenza anche gravi dell'Assistito 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, freestyle, free running, free climbing, freeskiing, freestyle Motocross, funambolismo, hydrospeed, immersione in apnea, immersione in grotta, kitesurfing, land boarding, mountainboard, parkour, pattinaggio aggressivo, 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 idroscì, 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'Assistito 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 di guerre e terrorismo nucleare, biologico o chimico;
- aa) 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;
- bb) le conseguenze di inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche, movimenti tellurici;
- cc) i ricoveri causati dalla necessità dell'Assistito 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'Assistito 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;

dd) eventi per i quali sia configurabile la responsabilità di terzi; fatto salvo quanto previsto nel precedente art.15;

ee) spese per il trasporto del plasma.

ff) Pandemia, se definita come tale dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

Art. 20 – 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 nel presente Regolamento e nel Manuale Operativo, aggiornato, e di volta in volta applicabile, mediante l'utilizzo dell'apposita modulistica messa a disposizione dell'Isritto.

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 al Manuale Operativo aggiornato, e di volta in volta applicabile, che forma parte integrante del presente Regolamento ed è consultabile nell'area riservata dell'Assistito presente sul sito internet www.sanisp.it oppure rinvenibile contattando direttamente il Back Office di SANI.S.P..

SANI.S.P. si riserva di aggiornare il Manuale Operativo fornendone debita e preventiva comunicazione attraverso il sito internet www.sanisp.it.

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.

In caso di prestazione erogata da professionisti operanti in regime di libera professione intramoenia anche allargata (ALPI), il Rimborso della prestazione è subordinato alla presentazione, nei termini previsti dal Manuale Operativo, aggiornato, e di volta in volta applicabile, del preventivo fornito dall'Azienda Ospedaliera all'Assistito e da questi preventivamente e formalmente accettato. Rimarrà a carico dell'Assistito la parte eccedente la tariffa prevista e pubblicizzata dall'azienda ospedaliera e, solo nel caso di mancata pubblicazione della medesima così come previsto dalle norme di legge e nei termini di cui al Manuale Operativo, aggiornato, e di volta in volta applicabile, allora la prestazione non verrà riconosciuta. Per le prestazioni intramoenia anche allargata non è in ogni caso prevista la modalità di Assistenza Diretta e verranno applicate le condizioni di rimborso previste per quella prestazione, in Assistenza Indiretta in o out network, a seconda del caso specifico.

Art. 21 – Documentazione per la presentazione delle richieste

SANI.S.P. stabilisce nel rispetto dello Statuto la documentazione da produrre in modo completo a supporto di ciascuna domanda di erogazione delle Prestazioni.

L'Isritto si impegna a fornire a SANI.S.P. – o a società da quest'ultima individuata (Mutua MBA e/o Health Assistance S.C.p.A.) – la documentazione richiesta, anche di data antecedente alla domanda

di adesione. L'Iscritto rilascia preventiva e specifica autorizzazione a SANI.S.P. a richiedere – anche per il tramite società da quest'ultima individuata (Mutua MBA e/o Health Assistance S.C.p.A.) – tale documentazione a terzi, nel rispetto delle vigenti normative.

Si evidenzia che SANI.S.P. – o società da quest'ultima individuata (Mutua MBA e/o Health Assistance S.C.p.A.) – 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. 22 –Tempi di presentazione delle richieste

La documentazione a corredo della richiesta 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 SANI.S.P., entro 270 giorni dalla data dell'evento ovvero in caso di Ricovero ordinario o diurno entro 270 giorni dalla data delle dimissioni. L'Iscritto 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 SANI.S.P. o a società da quest'ultima individuata (Mutua MBA e/o Health Assistance S.C.p.A.). La mancata presentazione della richiesta 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'Assistito ha 60 gg di tempo dalla data di comunicazione della richiesta di ulteriore documentazione per integrare la stessa e sempre entro 270 gg dall'Evento. Decorsi 60 gg, la richiesta verrà respinta e l'Assistito dovrà presentare nuova e completa domanda comprensiva anche della documentazione integrativa, comunque entro i 270gg dall'Evento oltre i quali il suo diritto decade.

L'Assistito è inoltre tenuto a fornire ogni informazione e consentire la visita di Medici incaricati da SANI.S.P. – e/o da società da quest'ultima individuata (Mutua MBA e/o Health Assistance S.C.p.A.) – 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. 23 – 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 direttamente da SANI.S.P. – anche per il tramite di Mutua MBA o service provider incaricato della gestione delle Prestazioni – alle strutture/professionisti secondo quanto previsto dal presente Regolamento 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

SANI.S.P. – anche per il tramite di Mutua MBA o service provider incaricato della gestione delle Prestazioni – provvederà alla lavorazione delle richieste e al rimborso di quanto dovuto a termini del presente Regolamento 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'Assistito.

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

SEZIONE 4 – AREA OSPEDALIERA

LIMITE ANNUO GARANZIE OSPEDALIERE

Il **Sostegno annuo** erogabile per il complesso degli eventi e prestazioni indicati dai successivi **punti A., B. C.** è pari ad **€ 100.000,00**.

A. RICOVERO ORDINARIO CON INTERVENTO CHIRURGICO

In caso di **Ricovero ordinario con Intervento Chirurgico** (secondo l'Elenco esaustivo riportato nell'Allegato 1 al presente Piano “*Elenco degli Interventi Chirurgici*”), reso necessario da Malattia o Infortunio che risultino compresi nei termini del presente Regolamento, SANI.S.P., anche per il tramite di Mutua MBA o service provider incaricato alla gestione delle Prestazioni provvederà a rimborsare le spese inerenti al Ricovero ed all'Intervento così come segue:

i) Prima del Ricovero (nei 120 giorni precedenti al Ricovero)

- visite specialistiche ed accertamenti diagnostici (inerenti alla patologia causa del Ricovero) effettuati anche al di fuori dell'Istituto di cura;

ii) Durante il Ricovero

- retta di degenza:
 - senza applicazione di alcuna **parte a carico dell'Assistito** in caso di prestazioni effettuate presso un Centro Convenzionato con il Network SANI.S.P./MBA/Health Assistance (**Assistenza Diretta e Indiretta in Network**)
 - entro il sub-sostegno di **€ 300,00 al giorno** in caso di prestazioni effettuate presso un Centro non Convenzionato con il Network SANI.S.P./MBA/Health Assistance (**Assistenza Indiretta fuori Network**);
- onorari del chirurgo, dell'aiuto operatore chirurgo, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'Intervento, diritti di sala operatoria e materiale di Intervento
- L'applicazione durante l'intervento di apparecchi protesici e/o endoprotesi o terapeutici ed applicati con un sub sostegno di **€ 1.000 per anno**
- medicinali, esami ed accertamenti diagnostici;
- prestazioni mediche ed infermieristiche;
- consulenze medico-specialistiche;
- trattamenti fisioterapici e riabilitativi;
- vitto e pernottamento in Istituto di cura dell'accompagnatore – **entro il sub-sostegno di € 50,00 al giorno per massimo 30 giorni annui.**

iii) Dopo il Ricovero (nei 120 giorni successivi al Ricovero)

- Esami clinici ed accertamenti diagnostici (inerenti alla patologia causa del Ricovero);
- prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi previa prescrizione di Medico specialista in materia;
- acquisto di medicinali (previa prescrizione medica completa di motivazione clinica correlata al Ricovero prescritta dal Medico curante all'atto delle dimissioni);

- cure termali correlate alla patologia causa del Ricovero (escluse le spese alberghiere e previa prescrizione di medico specialista in materia)

iv) Prestazioni Sanitarie aggiuntive

- Assistenza infermieristica privata individuale entro un sub sostegno di **€ 50 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero**

SANI.S.P., anche per il tramite di Mutua MBA o service provider incaricato alla gestione delle Prestazioni, provvederà al Rimborso delle spese sostenute dall'Assistito a fronte delle prestazioni di cui ai **punti i), ii) e iii)**, nei limiti dei sub-Sostegni ivi previsti, come di seguito riportato:

- ❖ senza applicazione di alcuna **quota a carico** dell'Assistito in caso di prestazioni effettuate presso un Centro Convenzionato con il Network SANI.S.P./MBA/Health Assistance (**Assistenza Diretta e Indiretta in Network**);
- ❖ Riceve un rimborso delle spese in caso di Intervento Chirurgico effettuato presso una struttura sanitaria non convenzionata con il Network SANI.S.P./MBA/Health Assistance (**Assistenza indiretta fuori network**) e in caso della forma mista (Struttura convenzionata ed equipe medica non convenzionata) con una quota a carico dell'Assistito pari al **20%** applicando un minimo non rimborsabile di **€ 1.500,00**. Il sub-sostegno previsto è pari a **€ 8.000,00** per evento, nei limiti del sostegno annuo indicato al presente punto A.
- ❖ in caso di prestazioni sostenute a **totale carico del Servizio Sanitario Nazionale** ed erogate sotto forma di **ticket sanitari**, SANI.S.P., anche per il tramite di Mutua MBA o service provider incaricato alla gestione delle Prestazioni rimborserà integralmente le spese sostenute dall'Assistito.

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'Assistito, quest'ultimo avrà diritto a richiedere a SANI.S.P. o alla società da quest'ultima individuata (MBA o Health Assistance) il rimborso delle spese sostenute entro il limite delle Tariffe concordate fra Mutua MBA o da società quest'ultimo autorizzata e la Struttura Sanitaria. Le maggiori spese sostenute in ragione della mancata applicazione del Tariffario – determinata dalla mancata attivazione della convenzione da parte dell'Assistito - saranno quindi da intendersi a carico dell'Assistito stesso. Inoltre, SANI.S.P., anche per il tramite di Mutua MBA o service provider incaricato alla gestione delle Prestazioni provvederà al rimborso delle spese previa applicazione delle quote di spesa a carico dell'Assistito previste in caso di Assistenza Indiretta fuori Network.

Per la documentazione da inoltrare si rimanda al Manuale Operativo che costituisce parte integrante del presente Piano.

**B. INDENNITA' SOSTITUTIVA PER RICOVERO ORDINARIO CON INTERVENTO CHIRURGICO -
(alternativa all'Indennità integrativa di cui al successivo art. C)**

Nel caso in cui l'Assistito non richieda alcun Rimborso a seguito di **Ricovero ordinario con Intervento Chirurgico** di cui al precedente **art. A.**, SANI.S.P., anche per il tramite di Mutua MBA o service provider incaricato alla gestione delle Prestazioni corrisponderà un'Indennità sostitutiva per far fronte alle necessità legate al recupero della salute a seguito dell'Intervento.

L'Indennità sarà pari ad **€ 100,00 al giorno per ogni giornata di Ricovero comprendente il pernottamento** per i primi **30 giorni annui** e ad **€ 120,00 al giorno** dal **31° al 100° giorno** di Ricovero sino ad un massimo di **100 giorni** complessivi per annualità.

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

Qualora l'Assistito richieda la presente Indennità sostitutiva si intenderà escluso il Rimborso di qualsiasi altra spesa, anche precedente o successiva al Ricovero (di cui ai punti i) e iii) del precedente art. A), eventualmente sostenuta e riferibile al medesimo Ricovero.

Per la documentazione da inoltrare si rimanda al Manuale Operativo che costituisce parte integrante del presente Piano.

**C. INDENNITA' INTEGRATIVA PER RICOVERO ORDINARIO CON INTERVENTO CHIRURGICO -
(alternativa all'Indennità sostitutiva di cui al precedente art. B.)**

Nel caso in cui l'Assistito a seguito di **Ricovero ordinario con Intervento Chirurgico** di cui al precedente **art. A.**, rimborsabile ai sensi del presente Piano, non richieda alcun Rimborso di cui ai precedenti **artt. A. e B.**, SANI.S.P., anche per il tramite di Mutua MBA o service provider incaricato alla gestione delle Prestazioni corrisponderà un'Indennità integrativa per far fronte alle necessità legate al recupero e seguito della Malattia o dell'Infortunio.

L'Indennità sarà pari ad **€ 50,00 al giorno per ogni giornata di Ricovero comprendente il pernottamento** per i primi **30 giorni annui** e ad **€ 60,00 al giorno** dal **31° al 100° giorno** di Ricovero sino ad un massimo di **100 giorni** complessivi per annualità.

Qualora l'Assistito richieda la presente Indennità integrativa, potrà richiedere il Rimborso anche delle spese eventualmente sostenute di cui ai punti i) e iii) del precedente art. A. e riferibili al medesimo Ricovero, fermi gli eventuali sub-Sostegni indicati nel medesimo articolo.

Per la documentazione da inoltrare si rimanda al Manuale Operativo che costituisce parte integrante del presente Piano.

SPESE PRE E POST INDENNITA' INTEGRATIVA

SANI.S.P., anche per il tramite di Mutua MBA o service provider incaricato alla gestione delle Prestazioni, Il Rimborso delle citate prestazioni di cui ai punti i) e iii) (spese pre e post) di cui al precedente punto A., avverrà, nei limiti temporali (120 giorni prima e 120 giorni dopo il Ricovero) e nei limiti dei sub-Sostegni di cui al medesimo art. A., dietro applicazione delle seguenti quote di spesa a carico dell'Assistito:

- ❖ senza applicazione di **alcuna quota a carico dell'Assistito** in caso di prestazioni effettuate presso un Centro Convenzionato con il Network SANI.S.P./MBA/Health Assistance (**Assistenza Diretta e Indiretta in Network**) – *entro il sub-sostegno complessivo annuo di € 2.000,00;*
- ❖ con applicazione di una parte **a carico dell'Assistito del 20% e di un minimo non rimborsabile** pari ad **€ 1.500,00** per evento, in caso di prestazioni effettuate presso un Centro non Convenzionato con il SANI.S.P./Network MBA/Health Assistance (**Assistenza Indiretta fuori Network**) o in forma Mista (Struttura Convenzionata ed equipe medica non Convenzionata) – *entro il sub-sostegno complessivo annuo di € 2.000,00.*
- ❖ nel caso di prestazioni sostenute a **totale carico del Servizio Sanitario Nazionale** ed erogate sotto forma di **ticket sanitari**, SANI.S.P. anche per il tramite di Mutua MBA o service provider incaricato alla gestione delle Prestazioni rimborserà integralmente le spese sostenute dall'Assistito.

Per la documentazione da inoltrare si rimanda al Manuale Operativo che costituisce parte integrante del presente Piano.

D. INTERVENTI CHIRURGICI NEONATALI PER MALFORMAZIONI CONGENITE

Fermo restando quanto previsto all'Art. A, sono incluse le prestazioni di ricovero relative a interventi chirurgici per la correzione di malformazioni congenite del neonato nel primo anno di vita, quando resi necessari da malattia o infortunio. Tali prestazioni seguono integralmente quanto previsto al punto A e sono riconosciute nel rispetto delle condizioni di rimborso ivi disciplinate, nei limiti dei sub-sostegni omnicomprensivi, sia se effettuate presso Strutture Sanitarie Convenzionate o non Convenzionate con la Centrale Salute, sia se erogate dal Servizio Sanitario Nazionale, salvo diversa indicazione. SANI.S.P., anche per il tramite di Mutua MBA o service provider incaricato alla gestione delle Prestazioni, provvederà al rimborso delle spese relative al ricovero e all'intervento chirurgico fino a un sub-sostegno annuo pari a **€ 10.000,00 per neonato**.

E. DAY SURGERY e INTERVENTO AMBULATORIALE

SANI.S.P., anche per il tramite di Mutua MBA o service provider incaricato alla gestione delle Prestazioni, entro i rispetti sostegni annui di **€ 1.000,00 per il Day Surgery e € 500,00 per l'Intervento Ambulatoriale**, provvederà al rimborso delle spese sostenute dall'Assistito per Day Surgery e Intervento Ambulatoriale, resi necessari da Malattia o Infortunio compresi nei termini del presente Regolamento,, così come segue

i) Prima del Ricovero (nei 60 giorni precedenti al Ricovero)

- visite specialistiche ed accertamenti diagnostici (inerenti alla patologia causa del Ricovero) effettuati anche al di fuori dell'Istituto di cura;

ii) Durante il Ricovero

- retta di degenza:
 - senza applicazione di alcuna **parte a carico dell'Assistito** in caso di prestazioni effettuate presso un Centro Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance (**Assistenza Diretta e Indiretta in Network**)
 - entro il sub-sostegno di **€ 300,00 al giorno** in caso di prestazioni effettuate presso un Centro non Convenzionato con il Network MBA/Health Assistance (**Assistenza Indiretta fuori Network**);
- onorari del chirurgo, dell'aiuto operatore chirurgo, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'Intervento, diritti di sala operatoria e materiale di Intervento
- medicinali, esami ed accertamenti diagnostici;
- prestazioni mediche ed infermieristiche e consulenze medico-specialistiche **nel limite di € 50,00 al giorno**
- apparecchi protesici e/o endoprotesici o terapeutici ed applicati durante l'intervento
- trattamenti fisioterapici e riabilitativi;
- vitto e pernottamento in Istituto di cura dell'accompagnatore – *entro il sub-sostegno di € 50,00 al giorno per massimo 30 giorni annui.*

iii) Dopo il Ricovero (nei 60 giorni successivi al Ricovero)

- Esami clinici ed accertamenti diagnostici (inerenti alla patologia causa del Ricovero);
- prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi previa prescrizione di Medico specialista in materia;
- acquisto di medicinali (previa prescrizione medica completa di motivazione clinica correlata al Ricovero prescritta dal Medico curante all'atto delle dimissioni);
- cure termali correlate alla patologia causa del Ricovero (escluse le spese alberghiere e previa prescrizione di medico specialista in materia)

iv) Prestazioni Sanitarie aggiuntive

- Assistenza infermieristica privata individuale entro un sub sostegno di **€ 50 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero**

SANI.S.P., anche per il tramite di Mutua MBA o service provider incaricato alla gestione delle Prestazioni, provvederà al Rimborso delle spese sostenute dall'Assistito a fronte delle prestazioni di cui ai **punti i), ii) e iii)**, nei limiti dei sub-Sostegni ivi previsti, come di seguito riportato:

- ❖ senza applicazione di **alcuna quota a carico dell'Assistito** in caso di prestazioni effettuate presso un Centro Convenzionato con il Network SANI.S.P./MBA/Health Assistance (**Assistenza Diretta e Indiretta in Network**)
- ❖ in caso di prestazioni sostenute a **totale carico del Servizio Sanitario Nazionale** ed erogate sotto forma di **ticket sanitari**, MBA rimborserà integralmente le spese sostenute dall'Assistito.

Non sarà garantito alcun rimborso in caso di prestazioni effettuate presso un Centro non Convenzionato con il Network SANI.S.P./Mutua MBA/Health Assistance (**Assistenza Indiretta fuori Network**).

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'Assistito, quest'ultimo avrà diritto a richiedere a SANI.S.P.o alla società da quest'ultima individuata (Mutua MBA o Health Assistance S.C.p.A.) il rimborso delle spese sostenute entro il limite delle Tariffe concordate fra Mutua MBA o società da quest'ultima autorizzata e la Struttura Sanitaria. Le maggiori spese sostenute in ragione della mancata applicazione del Tariffario – determinata dalla mancata attivazione della convenzione da parte dell'Assistito - saranno quindi da intendersi a carico dell'Assistito stesso.

Per la documentazione da inoltrare si rimanda al Manuale Operativo che costituisce parte integrante del presente Piano.

F. TRASPORTO SANITARIO

SANI.S.P., anche per il tramite di Mutua MBA o service provider incaricato alla gestione delle Prestazioni, in caso di necessità medica debitamente documentata, rimborsa le spese sostenute dall'Assistito per il trasporto sanitario con l'ambulanza o altro mezzo attrezzato al trasporto sanitario, per il rientro al proprio domicilio sino ad un **massimo sostegno annuale di € 2.000,00**.

Le prestazioni della presente garanzia non saranno garantite qualora si verificano le dimissioni volontarie dell'Assistito, contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale sia stato ricoverato.

G. DIARIA GIORNALIERA PER RICOVERO ORDINARIO SENZA INTERVENTO CHIRURGICO E DAY HOSPITAL

SANI.S.P., anche per il tramite di Mutua MBA o service provider incaricato alla gestione delle Prestazioni, in caso di **Ricovero ordinario senza Intervento Chirurgico e Day Hospital**, reso necessario da Malattia o Infortunio rimborsabili ai sensi del presente Piano, corrisponderà all'Assistito – anche per il tramite di Mutua MBA o del service provider incaricato – quale Rimborso delle spese sostenute durante il Ricovero, una Diaria giornaliera per far fronte alle necessità legate al recupero della salute a seguito della Malattia o dell'Infortunio.

La Diaria per il Ricovero ordinario senza Intervento Chirurgico sarà corrisposta a partire dal 4° (quarto) giorno di Ricovero e sarà pari ad **€50,00 al giorno per ogni giornata di Ricovero comprendente il pernottamento** e sino ad un **massimo di 20 giorni per annualità**.

La Diaria giornaliera è pari a **€ 40,00 al giorno per un massimo di € 10 giorni annui** in caso di Day Hospital.

Per la documentazione da inoltrare si rinvia al Manuale Operativo che costituisce parte integrante del presente Piano.

SEZIONE 5 – GARANZIE EXTRA-OSPEDALIERE

H.ALTA DIAGNOSTICA

SANI.S.P., anche per il tramite di Mutua MBA o service provider incaricato alla gestione delle Prestazioni, entro il **Sostegno annuo di € 4.500,00**, provvederà al Rimborso delle spese per le seguenti prestazioni extra-ospedaliere di Alta Diagnostica Strumentale:

Alta Diagnostica Strumentale

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

Terapie

- Dialisi
- Chemioterapia
- Radioterapia
- Laserterapia

L'elenco delle prestazioni di cui sopra è da considerarsi esaustivo con ciò intendendosi escluse le prestazioni non espressamente indicate.

L'Autorizzazione/Rimborso avverrà dietro applicazione delle seguenti quote di spesa a carico dell'Assistito:

- ❖ **€ 35,00 per prestazione** di Alta Diagnostica, ovvero **€ 50,00 per ciclo di terapia** in caso di Terapie o ciclo di Terapie, se effettuate presso un Centro Convenzionato con il Network SANI.S.P./MBA/Health Assistance (**Assistenza Diretta e Indiretta in Network**);

- ❖ con l'applicazione di **una quota a carico** dell'Assistito **pari al 50%** e **un minimo non rimborsabile di € 60,00** per prestazione o per ciclo di terapie, in caso di prestazioni effettuate presso un Centro non Convenzionato con il Network SANI.S.P./MBA/Health Assistance (**Assistenza indiretta fuori Network**)
- ❖ **senza alcuna quota di spesa** per le prestazioni sostenute a totale carico del **Servizio Sanitario Nazionale** sotto forma di ticket sanitari.

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

Per la documentazione da inoltrare si rimanda al Manuale Operativo che costituisce parte integrante del presente Piano.

I. VISITE SPECIALISTICHE

SANI.S.P., anche per il tramite di Mutua MBA o service provider incaricato alla gestione delle Prestazioni, in caso di Malattia o Infortunio rimborsabili ai sensi del presente Piano, anche in assenza di Ricovero o Intervento chirurgico, nel limite del **Sostegno annuo di € 700,00**, rimborserà le spese sostenute per visite specialistiche corredate di prescrizione medica indicante la motivazione clinica. L'Autorizzazione/Rimborso avverrà dietro applicazione delle seguenti quote di spesa a carico dell'Assistito:

- ❖ **€ 30,00 per prestazione**, se effettuate presso un Centro Convenzionato con il Network SANI.S.P./MBA/Health Assistance (**Assistenza Diretta e Indiretta in Network**);
- ❖ **senza alcuna quota di spesa** in caso di Visita in Telemedicina effettuate tramite la piattaforma di telemedicina di **Health Point**;
- ❖ con l'applicazione di **una quota a carico** dell'Assistito **pari al 50%** e **un minimo non rimborsabile di € 60,00 per prestazione**, In caso di prestazioni effettuate presso un Centro non Convenzionato con il Network SANI.S.P./MBA/Health Assistance (**Assistenza indiretta fuori Network**)

- ❖ **senza alcuna quota di spesa** per le prestazioni sostenute a totale carico del **Servizio Sanitario Nazionale** sotto forma di ticket sanitari.

Sono escluse dalla presente garanzia le visite con finalità dietologiche, nonché le visite odontoiatriche ed ortodontiche.

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'Assistito, quest'ultimo avrà diritto a richiedere a SANI.S.P.o alla società da quest'ultima individuata(Mutua MBA o Health Assistance) il rimborso delle spese sostenute entro il limite delle Tariffe concordate fra Mutua MBA o da società quest'ultimo autorizzata e la Struttura Sanitaria. Le maggiori spese sostenute in ragione della mancata applicazione del Tariffario – determinata dalla mancata attivazione della convenzione da parte dell'Assistito - saranno quindi da intendersi a carico dell'Assistito stesso.

Per la documentazione da inoltrare si rimanda al Manuale Operativo che costituisce parte integrante del presente Piano Sanitario.

J. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI A SEGUITO DI INFORTUNIO

SANI.S.P., anche per il tramite di Mutua MBA o service provider incaricato alla gestione delle Prestazioni, entro il **Sostegno annuale** pari ad **€ 600,00**, per Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi post Infortunio (documentato da verbale di Pronto Soccorso Ospedaliero), garantisce all'Assistito il rimborso delle spese sostenute per sedute di fisioterapia e trattamenti rieducativi, previa prescrizione di Medico specialista in materia ed effettuati da fisioterapista diplomato, con applicazione delle seguenti quote di spesa a carico:

- ❖ **senza applicazione di una quota a carico** dell'Assistito in caso di prestazioni effettuate presso un Centro Convenzionato con il Network SANI.S.P./MBA/Health Assistance (**Assistenza Diretta e Indiretta in Network**);
- ❖ **con l'applicazione di quota a carico dell'Assistito pari al 20% e un minimo non rimborsabile di € 60 per trattamento o ciclo di terapia**, In caso di prestazioni effettuate presso un Centro non Convenzionato con il Network SANI.S.P./MBA/Health Assistance (**Assistenza indiretta fuori Network**)
- ❖ in caso di prestazioni sostenute a **totale carico del Servizio Sanitario Nazionale** ed erogate sotto forma di **ticket sanitari**, MBA rimborserà integralmente le spese sostenute dall'Assistito.

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'Assistito, quest'ultimo avrà diritto a richiedere a SANI.S.P.o alla società da quest'ultima individuata (MBA o Health Assistance) il rimborso delle spese sostenute entro il limite delle Tariffe concordate fra Mutua MBA o società da quest'ultima autorizzata e la Struttura Sanitaria. Le maggiori spese sostenute in ragione della mancata applicazione del Tariffario – determinata dalla mancata attivazione della convenzione da parte dell'Assistito – saranno quindi da intendersi a carico dell'Assistito stesso.

Per la documentazione da inoltrare si rimanda al Manuale Operativo che costituisce parte integrante del presente Piano Sanitario.

J.1 TRATTAMENTI FISIOTERAPICI DA MALATTIA

SANI.S.P., anche per il tramite di Mutua MBA o service provider incaricato alla gestione delle Prestazioni, entro il sostegno annuale pari a **€ 250,00 (massimo 15 sedute annue) inteso come sub-limite del Sostegno annuale di cui art. J** “Trattamenti Fisioterapici a seguito di Infortunio” per trattamenti fisioterapici conseguenti a Malattia, garantisce all'Assistito il rimborso delle spese sostenute per sedute di fisioterapia da malattia, previa prescrizione di Medico specialista in materia ed effettuati da fisioterapista diplomato, con applicazione delle seguenti quote di spesa a carico:

- ❖ **senza applicazione di una quota a carico** dell'Assistito in caso di prestazioni effettuate presso un Centro Convenzionato con il Network SANI.S.P./MBA/Health Assistance (**Assistenza Diretta e Indiretta in Network**);
- ❖ **con l'applicazione di quota a carico dell'Assistito pari al 20% e un minimo non rimborsabile di € 60 per trattamento o ciclo di terapia**, In caso di prestazioni effettuate presso un Centro non Convenzionato con il Network SANI.S.P./MBA/Health Assistance (**Assistenza indiretta fuori Network**)
- ❖ in caso di prestazioni sostenute a **totale carico del Servizio Sanitario Nazionale** ed erogate sotto forma di **ticket sanitari**, MBA rimborserà integralmente le spese sostenute dall'Assistito.

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'Assistito, quest'ultimo avrà diritto a richiedere a SANI.S.P.o alla società da quest'ultima individuata (MBA o Health Assistance) il rimborso delle spese sostenute entro il limite delle Tariffe concordate fra Mutua MBA o società da quest'ultima autorizzata e la Struttura Sanitaria. Le maggiori spese sostenute in ragione della mancata applicazione del Tariffario – determinata dalla mancata attivazione della convenzione da parte dell'Assistito – saranno quindi da intendersi a carico dell'Assistito stesso.

Per la documentazione da inoltrare si rimanda al Manuale Operativo che costituisce parte integrante del presente Piano Sanitario.

K. CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

SANI.S.P., anche per il tramite di Mutua MBA o service provider incaricato alla gestione delle Prestazioni, nei limiti di un **Sostegno annuale** pari ad **€ 1.500,00**, provvederà all'Autorizzazione/Rimborso delle spese sostenute dall'Assistito a fronte di Cure Dentarie a seguito di Infortunio (documentato da verbale di Pronto Soccorso Ospedaliero). Il Rimborso sarà garantito come segue:

- ❖ con applicazione di una **quota a carico** dell'Assistito **del 30% per evento (ciclo di cura relativo al medesimo accadimento/infortunio)** in caso di prestazioni effettuate presso un Centro Convenzionato con il Network SANI.S.P./MBA/Health Assistance (**Assistenza Diretta e Indiretta in Network**);
- ❖ **nel caso di prestazioni** effettuate a **totale carico del Servizio Sanitario Nazionale** ed erogate sotto forma di **ticket sanitari**, MBA rimborserà integralmente le spese sostenute dall'Assistito.

Non sarà garantito alcun rimborso in caso di prestazioni effettuate out Network presso un Centro non Convenzionato con il Network SANI.S.P./MBA/Health Assistance (**Assistenza Indiretta fuori Network**).

Unitamente alla richiesta di rimborso, l'Assistito dovrà presentare il piano di cure predisposto dallo studio odontoiatrico, con l'indicazione dei denti trattati per arcata e numero, unitamente alla documentazione medica pre e post trattamento prevista dalla specifica regolamentazione definita per ciascuna prestazione nella Guida Operativa.

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'Assistito, quest'ultimo avrà diritto a richiedere a SANI.S.P.o alla società da quest'ultima individuata (Mutua MBA o Health Assistance) il rimborso delle spese sostenute entro il limite delle Tariffe concordate fra Mutua MBA o da società da quest'ultima autorizzata e la Struttura Sanitaria. Le maggiori spese sostenute in ragione della mancata applicazione del Tariffario – determinata dalla mancata attivazione della convenzione da parte dell'Assistito – saranno quindi da intendersi a carico dell'Assistito stesso.

Per la documentazione da inoltrare si rimanda al Manuale Operativo che costituisce parte integrante del presente Piano Sanitario.

L. CURE DENTARIE DA MALATTIA

SANI.S.P., anche per il tramite di Mutua MBA o service provider incaricato alla gestione delle Prestazioni provvede all'Autorizzazione/Rimborso delle spese per le prestazioni odontoiatriche rese necessarie da malattia e di seguito elencate, entro il **Sostegno annuale di € 500,00, inteso come sub-limite del Sostegno annuale** di cui all'art. K "Cure Dentarie da Infortunio".

Prestazioni	In rete	Ticket SSN
Chirurgia	70%	100%
Implantologia	50%	100%
Protesi Conservativa Endodonzia Paradontologia Radiologia odontoiatrica Ortognatodonzia	ACCESSO ALLE TARIFFE AGEVOLATE DEL NETWORK	

Le prestazioni saranno rimborsate da MBA nella misura indicata nella tabella di cui sopra a seconda della modalità di accesso/utilizzo delle prestazioni.

Unitamente alla richiesta di Rimborso, l'Assistito dovrà presentare il piano di cure predisposto dallo studio odontoiatrico che ha eseguito le stesse, dal quale risultino i denti trattati e le motivazioni cliniche del trattamento, con indicazione del dente trattato per arcata e numero.

Altresì dovrà indicarsi, qualora previsto, il periodo massimo di trattamento che il Medico ritenga opportuno per la conclusione della cura sullo stesso dente.

Per le prestazioni odontoiatriche non indicate in tabella e, quindi, non rimborsabili ai fini del presente Piano, l'Assistito potrà comunque usufruire delle tariffe agevolate presso le Strutture Sanitarie Convenzionate con il Network SANI.S.P./MBA/Health Assistance.

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'Assistito, quest'ultimo avrà diritto a richiedere a SANI.S.P. o alla società da quest'ultima individuata (Mutua MBA o Health Assistance) il rimborso delle spese sostenute entro il limite delle Tariffe concordate fra Mutua MBA o società da quest'ultima autorizzata e la Struttura Sanitaria. Le maggiori spese sostenute in ragione della mancata applicazione del Tariffario – determinata dalla mancata attivazione della convenzione da parte dell'Assistito - saranno quindi da intendersi a carico dell'Assistito stesso.

Per la documentazione da inoltrare si rimanda al Manuale Operativo che costituisce parte integrante del presente Piano.

M.PACCHETTO MATERNITA'/GRAVIDANZA

SANI.S.P., anche per il tramite di Mutua MBA o service provider incaricato alla gestione delle Prestazioni, entro il **Sostegno annuale** pari ad **€ 1.000,00**, garantisce all'Assistita in stato di gravidanza, il Rimborso di tutte le spese sanitarie sostenute per le seguenti prestazioni:

- Visite di controllo ostetrico ginecologiche
- Ecografie
- Monitoraggio dello sviluppo del feto
- Analisi di laboratorio
- Translucenza nucale

Le prestazioni saranno rimborsate da MBA:

- ❖ senza applicazione di alcuna quota a carico in caso di prestazioni effettuate presso un Centro Convenzionato con il Network SANI.S.P./MBA/Health Assistance (**Assistenza Diretta e Indiretta in Network**);
- ❖ **nel caso di prestazioni** effettuate a **totale carico del Servizio Sanitario Nazionale** ed erogate sotto forma di **ticket sanitari**, MBA rimborserà integralmente le spese sostenute dall'Assistito.

Non sarà garantito alcun rimborso in caso di prestazioni effettuate out Network presso un Centro non Convenzionato con il Network SANI.S.P./MBA/Health Assistance (**Assistenza Indiretta fuori Network**).

In caso di **Ricovero per Parto/Aborto Teraupetico**, entro il Sostegno annuale di cui al presente articolo, SANI.S.P., anche per il tramite di Mutua MBA o service provider incaricato alla gestione delle Prestazioni, riconosce in favore dell'Assistita l'erogazione di una **diaria giornaliera** pari ad **€ 85,00 per ogni giorno di ricovero comprendente il pernottamento per un massimo di 7 giorni per evento**.

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'Assistito, quest'ultimo avrà diritto a richiedere a SANI.S.P. o alla società da quest'ultima individuata (Mutua MBA o Health Assistance) il rimborso delle spese sostenute entro il limite delle Tariffe concordate fra Mutua MBA o società da quest'ultima autorizzata e la Struttura Sanitaria. Le maggiori spese sostenute in ragione della mancata applicazione del Tariffario – determinata dalla mancata attivazione della convenzione da parte dell'Assistito - saranno quindi da intendersi a carico dell'Assistito stesso.

Per la documentazione da inoltrare si rimanda al Manuale Operativo che costituisce parte integrante del presente Piano.

N. NOLEGGIO/ACQUISTO DI PRESIDI, AUSILI ORTOPEDICI E DISPOSITIVI SANITARI

SANI.S.P.– anche per il tramite di Mutua MBA o service provider incaricato alla gestione delle Prestazioni – provvede a rimborsare le spese per l’acquisto/noleggio di presidi, ausili ortopedici e dispositivi sanitari con un limite **annuo di € 1.000,00** senza l’applicazione di alcuna quota a carico per l’Assistito.

SEZIONE 6 – AREA PREVENZIONE

O. PREVENZIONE ODONTOIATRICA

SANI.S.P.– anche per il tramite di Mutua MBA o service provider incaricato alla gestione delle Prestazioni, offre all'Assistito la possibilità di usufruire, **una volta l'anno e in alternativa alla Prevenzione Cardiologica o alla Prevenzione Oncologica** di cui ai successivi articoli, di **1 (uno)** pacchetto di Prevenzione Odontoiatrica per anno comprendente una Visita Odontoiatrica e una Seduta di Detartrasi (Ablazione del tartaro).

Le prestazioni potranno essere effettuate, esclusivamente, in un'unica soluzione, previa autorizzazione per il tramite della Centrale Salute e solo in forma diretta, ricorrendo a Centri Convenzionati con il Network SANI.S.P./MBA/Health Assistance (Assistenza Diretta in Network).

P. PREVENZIONE CARDIOLOGICA

SANI.S.P.– anche per il tramite di Mutua MBA o service provider incaricato alla gestione delle Prestazioni, offre all'Assistito la possibilità di usufruire, **una volta l'anno e in alternativa alla Prevenzione Odontoiatrica o alla Prevenzione Oncologica**, di cui sia al precedente e successivo articolo, di **1 (uno)** pacchetto di Prevenzione Cardiologica per anno comprendete le seguenti prestazioni.

Esami di Laboratorio

- Emocromocitometrico e morfologico (Hb, GR, GB, piastrine, indici eritrocitari der.F.L.9)
- Velocità di sedimentazione delle emazie
- Glicemia
- Azotemia
- Creatininemia
- Colesterolo HDL e LDL
- Colesterolo totale e colesterolemia
- Transaminasi glutammico ossalacetica GOT e glutammico piruvica (GPT)
- Urine, esame chimico e microscopico completo

Esami immagini e strumentali

- ECG di base

Le prestazioni potranno essere effettuate, esclusivamente, in un'unica soluzione, previa autorizzazione per il tramite della Centrale Salute e solo in forma diretta, ricorrendo a Centri Convenzionati con il Network SANI.S.P./MBA/Health Assistance (Assistenza Diretta in Network).

Q. PREVENZIONE ONCOLOGICA

SANI.S.P.– anche per il tramite di Mutua MBA o service provider incaricato alla gestione delle Prestazioni, offre all'Assistito la possibilità di usufruire, **una volta l'anno e in alternativa alla**

Prevenzione Odontoiatrica o alla Prevenzione Cardiologica di cui ai precedenti articoli, **di 1 (uno) pacchetto di Prevenzione Oncologica** per anno comprendete le seguenti prestazioni.

Prevenzione Oncologica Uomo:

- 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 o colesterolemia;
- Transaminasi glutammico ossalacetica (GOT) e glutammico piruvica (GPT);
- Urine, esame chimico e microscopico completo;
- Antigene prostatico specifico (PSA);
- Ecografia prostatica e vescicale sovra pubica.

Prevenzione Oncologica Donna:

- Emocrocitometrico 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 o colesterolemia;
- Transaminasi glutammico ossalacetica (GOT) e glutammico piruvica (GPT);
- Urine, esame chimico e microscopico completo;
- Citologia per diagnostica tumorale (Pap Test) o citologico endocervicale – più striscio batteriologico vaginale;
- Mammografia bilaterale.

Le prestazioni potranno essere effettuate, esclusivamente, in un'unica soluzione, previa autorizzazione per il tramite della Centrale Salute e solo in forma diretta, ricorrendo a Centri Convenzionati con il Network SANI.S.P./MBA/Health Assistance (**Assistenza Diretta in Network**).

R. SINDROME METABOLICA

SANI.S.P.– anche per il tramite di Mutua MBA o service provider incaricato alla gestione delle Prestazioni, offre all'Assistito la possibilità di usufruire, una volta l'anno, di **1 (uno)** pacchetto di Prevenzione da Sindrome Metabolica per anno comprendente le seguenti prestazioni.

Esami di Laboratorio

- Colesterolo HDL
- Colesterolo totale
- Glicemia

- Trigliceridi

Le prestazioni potranno essere effettuate, esclusivamente, in un'unica soluzione, previa autorizzazione per il tramite della Centrale Salute e solo in forma diretta, ricorrendo a Centri Convenzionati con il Network SANI.S.P./MBA/Health Assistance (**Assistenza Diretta in Network**)

SEZIONE 7 – AREA SOSTEGNO

R. FRAGILITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO - VALIDA SOLO PER L'ASSISTITO TITOLARE DELLA COPERTURA SANITARIA

R.1. Definizione dello stato di Grave Fragilità e contributi di assistenza

È destinatario della presente prestazione l'Assistito Titolare del Piano che subisce conseguenze permanenti da un Infortunio verificatosi durante il periodo di validità del Piano non rientrante tra quelli esclusi di cui all'art. R.3.

Qualora l'Infortunio, accorso nel periodo di validità del Piano, abbia come conseguenza uno stato di fragilità permanente dell'Assistito Titolare secondo l'elenco esaustivo all'Allegato 2 "Elenco degli esiti permanenti di Infortunio", SANI.S.P.– anche per il tramite di Mutua MBA o service provider incaricato alla gestione delle Prestazioni prevede:

- a) l'erogazione di un **contributo di assistenza** pari all'importo riportato nella tabella seguente a titolo di sostegno economico per affrontare la condizione di difficoltà:

Esiti permanenti di Infortunio	Contributo di assistenza
Tipo I	1.000,00 €
Tipo II	3.000,00 €
Tipo III	5.000,00 €
Tipo IV	10.000,00 €

- b) l'erogazione di un rimborso per le seguenti spese sanitarie ed assistenziali per gli "Esiti permanenti di infortunio di tipo **II, tipo III e tipo IV** (strettamente collegato all'esito permanente dell'infortunio e allo stato di salute dell'Assistito):

1. trattamenti fisioterapici e rieducativi collegate all'evento, anche domiciliari, con personale;
2. protesi, ortesi e presidi sanitari (acquistati e/o noleggiati);
3. rimborso spese per Visite di supporto psicologico (per un massimo di quattro prestazioni al mese);
4. ausili sanitari di supporto per deficit invalidante;

il rimborso delle spese di cui ai punti 1,2,3,4 è previsto nei seguenti limiti:

- **€ 100,00** al mese e fino a **6 mesi** dal verificarsi dell'Infortunio, **nei casi di "Esiti permanenti di Infortunio di tipo II"**;

- **€ 200,00** al mese e fino a **9 mesi** dal verificarsi dell'Infortunio, **nei casi di “Esiti permanenti di Infortunio di tipo III”**;
- **€ 400,00** al mese e fino a **12 mesi** dal verificarsi dell'infortunio **nei casi di “Esiti permanenti di Infortunio di tipo IV”**;

Nei casi di “Esiti permanenti da Infortunio di tipo IV” è inoltre, previsto un sostegno economico di ulteriori **€ 5.000,00** a fronte delle seguenti spese sostenute nei 12 mesi dal verificarsi dell'infortunio stesso:

5. opere di abbattimento e superamento delle barriere architettoniche per rendere accessibile da parte dei disabili la propria abitazione;
6. Assistenza domiciliare (Infermiere, Operatore Socio-Sanitario);
7. Acquisto o noleggio di dispositivi socioassistenziali di monitoraggio (localizzazione e sorveglianza a distanza);
8. Trasporto in Ambulanza (presso centri ospedalieri, in caso di difficoltà motorie),

Salvo dove espressamente specificato, le prestazioni strettamente collegate all'esito permanente dell'Infortunio sono garantite in forma rimborsuale sia se effettuate presso centri privati (Centro Convenzionato e non Convenzionato con il Network SANI.S.P./MBA/Health Assistance) che presso strutture del Servizio Sanitario Nazionale.

Il rimborso è riconosciuto per le spese sanitarie e assistenziali che siano state sostenute in Italia e in giorni di validità del presente Piano per sottoscrizione o per rinnovo da parte dell'Assistito Titolare.

R.2. Accertamento dell'esito permanente di Infortunio

Ai fini dell'attivazione delle prestazioni, il Comitato Medico – Legale di Mutua MBA, eventualmente avvalendosi della consulenza tecnico-specialistica ritenuta necessaria, esaminerà e valuterà la documentazione ricevuta (si veda a tal proposito il Manuale Operativo) entro e non oltre tre mesi dalla data di ricevimento della documentazione completa ed eventualmente predisporrà una visita.

È necessario che l'Assistito Titolare comunichi l'evento entro il termine massimo di 270 giorni dal verificarsi dell'Infortunio, al fine di attivare la presente prestazione. L'inadempimento di tale obbligo comporta la perdita totale del diritto al rimborso.

In particolare, dovrà essere comunicata a SANI.S.P. o alla società da quest'ultima individuata (Mutua MBA o Health Assistance) la seguente documentazione:

- Diagnosi (certificato del medico curante attestante lo stato di fragilità permanente – scaricabile dalla sezione personale del sito di MBA o richiedibile alla Centrale Salute – compilata dal medico curante);
- Referto di Pronto Soccorso Ospedaliero o di Struttura convenzionata con il SSN, presente sul luogo dell'infortunio da cui sia chiaramente possibile evincere la data di accadimento dell'infortunio e le conseguenze traumatiche dell'Infortunio;

- Documentazione sanitaria (cartelle cliniche, relazioni mediche, accertamenti diagnostici, etc.) utile alla valutazione del quadro clinico e che consenta chiaramente di identificare le conseguenze traumatiche dell'Infortunio;
- Ogni altro documento che SANI.S.P.o società da quest'ultima individuata (Mutua MBA o Health Assistance ritenga necessario produrre per attestare lo stato di fragilità totale permanente e le circostanze dell'Infortunio.

SANI.S.P.o società da quest'ultima individuata (Mutua MBA o Health Assistance, in ogni caso, ha la facoltà di procedere, eventualmente alla presenza del Medico curante dell'Assistito Titolare, a controlli presso l'Assistito Titolare e, in particolare, di farlo esaminare da un Medico di sua scelta. In caso di rifiuto da parte dell'Assistito Titolare a sottoporsi ad un controllo o all'invio dei documenti richiesti, l'erogazione delle prestazioni è revocata dalla data della richiesta della documentazione da parte di Mutua MBA.

Il decesso dell'Assistito Titolare dovrà essere immediatamente comunicato a SANI.S.P. o società da quest'ultima individuata (Mutua MBA o Health Assistance (dai familiari conviventi dell'Assistito). Tutti gli importi eventualmente percepiti dopo il decesso dovranno essere restituiti a SANI.S.P. o società da quest'ultima individuata (Mutua MBA o Health Assistance)

L'Assistito Titolare deve fornire tutte le informazioni necessarie relative al proprio stato di salute e si assume la responsabilità della veridicità delle dichiarazioni rese. In caso di più esiti permanenti di Infortunio sussidiabili riconducibili allo stesso Infortunio, le prestazioni non sono cumulabili ed è riconosciuta la prestazione più favorevole all'Assistito Titolare.

Relativamente agli infortuni occorsi in occasione dello svolgimento di attività manuale:

- in cantieri, anche edili, piattaforme fisse e mobili;
- su impalcature, tetti e ponteggi, gru meccaniche utilizzate in edilizia;
- in stalle, officine, porti, boschi e parchi.

il sostegno economico si intenderà ridotto del 25%.

Il decesso dell'Assistito Titolare precedente alla valutazione della documentazione e autorizzazione all'attivazione delle prestazioni comporta il decadimento della pratica e alcuna prestazione sarà attivata da SANI.S.P.o società da quest'ultima individuata (Mutua MBA o Health Assistance

R.3. Validità delle prestazioni

SANI.S.P. o società da quest'ultima individuata (Mutua MBA o Health Assistance non riconosce all'Assistito Titolare il diritto alle prestazioni di cui all'art R.1. che siano riconducibili ad un infortunio occorso precedentemente alla data di effetto del Piano, sia come conseguenza diretta di esso che come aggravamento della condizione preesistente, che occorso durante il periodo di validità della copertura ma aggravamento di una condizione già riconosciuta (rimborsata) ai sensi della SEZIONE 4 – GARANZIE OSPEDALIERE della copertura sanitaria.

SANI.S.P.o società da quest'ultima individuata (Mutua MBA o Health Assistance non riconosce all'Assistito Titolare le prestazioni di cui all'art R.1. nel caso in cui lo stato di fragilità permanente è considerato conseguenza di:

- eventi non rimborsabile ai sensi del presente Regolamento – così come previsto all'art. Art. 19 – Esclusioni della SEZIONE 3;
- infortunio subito alla guida di mezzi di locomozione aerei;

- infortunio occorso alla guida di veicoli o natanti causati da crisi epilettiche dell'Assistito Titolare o se l'Assistito Titolare non è abilitato alla guida a norma delle disposizioni in vigore;
- infortunio accaduto durante l'esercizio di professioni circensi, acrobata, stunt-man, astronauta o che prevedano l'uso di materiali pirici, pirotecnici o esplodenti;
- sport che prevedano l'uso di veicoli o natanti a motore e che non siano di regolarità pura.

SEZIONE 8 – SERVIZI E ASSISTENZA

S. ASSISTENZA H24

Ciascuna delle successive prestazioni di Assistenza sono valide tutto l'anno, salvo eventuale diversa indicazione per le singole prestazioni.

S.1. Consulenza medica telefonica

La Centrale Operativa mette a disposizione, 24 ore su 24, il proprio servizio di guardia medica per qualsiasi informazione o suggerimento medico sanitario di carattere generale. I Medici che svolgono servizio di guardia medica non possono fornire diagnosi o prescrizioni. Resta inteso che ogni professionista legalmente abilitato all'esercizio della professione medica, diagnosi e cura, esercita la professione nei limiti della propria specializzazione sotto la propria piena responsabilità.

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.

S.2. Invio di un medico al domicilio

Qualora l'Assistito 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 da parte di un Medico di guardia del proprio Network convenzionato, ad attivare il servizio di invio di un medico a domicilio tramite proprio Network convenzionato.

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

S.3. Invio ambulanza (validità territoriale Italia)

Qualora l'Assistito, 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'Assistito 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.

S.4. In caso di necessità

Al fine di attivare le necessarie procedure di presa in carico della richiesta, l'Assistito o chi per esso, 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 NECESSITA' E' IL NUMERO VERDE: 800.598.635, ATTIVO 24 ore su 24, 365 gg. all'anno, in lingua italiana.

S.5. Rischi esclusi per la garanzia assistenza H24

Per tutte le prestazioni esposte nel precedente punto S. (Assistenza H24) è esclusa ogni 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'Assistito; 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'Assistito.
- 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)

T. ACCESSO AL NETWORK DI STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE

Per tutto il corso di validità del presente Piano, l'Assistito:

- ha diritto ad usufruire del Network di strutture sanitarie convenzionate con SANI.S.P.o società da quest'ultima individuata (Mutua MBA o Health Assistance)per il tramite di Società da quest'ultima incaricata per la gestione delle pratiche. L'accesso al network delle strutture sanitarie convenzionate permette di beneficiare di una scontistica per le prestazioni erogate dalle strutture medesime, anche non rimborsabili ai sensi del presente Piano (quali, a titolo di esempio, Visite Specialistiche, Cure odontoiatriche, Fisioterapie, etc.), con l'applicazione di uno sconto fino al 35% del normale prezzo praticato dalla struttura stessa. In virtù del rapporto di convenzione tra la struttura sanitaria e la Centrale Operativa, l'Assistito usufruirà di un canale d'accesso privilegiato alle prestazioni e di tariffe particolarmente favorevoli rispetto ai listini in vigore.
- avrà a disposizione il supporto della Centrale Salute, per informazioni per accedere alle strutture convenzionate, informazioni per la corretta erogazione di tutti i servizi e sussidi/sostegni del presente Regolamento.

U. CONSERVAZIONE CELLULE STAMINALI

Per tutto il corso di validità del presente Piano, l'Assistito avrà a **disposizione a costi agevolati** la possibilità di usufruire di convezioni presso Partner di SANI.S.P. o società da quest'ultima individuata (Mutua MBA o Health Assistance)

Grazie alle Convenzioni siglate sarà possibile per l'Assistito richiedere direttamente, 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, nonché usufruire dei pacchetti sottoelencati a costi agevolati.

a) Crio - conservazione delle cellule staminali

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 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

I nostri partner vogliono costituire una fonte privilegiata per i Genitori ed i professionisti del settore sanitario, per l'accesso ad informazioni attendibili, iscritte, 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.

c) Consulenza medica

I nostri Partner non vogliono limitarsi, quindi, alla sola conservazione delle cellule staminali, ma vogliono essere il centro di competenze scientifiche e mediche unico e 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, potranno 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, si prenderanno cura del trasporto dei campioni presso la struttura sanitaria indicata dal 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 nel Manuale Operativo e della Centrale Salute consultabili nell'area riservata dell'Assistito

ALLEGATO 1 – ELENCO DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI

Cardiochirurgia

- Interventi per asportazione di tumori del cuore
- Interventi di bypass aorto-coronarico singolo o multiplo con prelievo di vasi
- Interventi chirurgici per malformazioni del cuore o dei grossi vasi in c.e.c.
- Interventi di resezione cardiaca (per aneurisma, infarto, tumore)
- Interventi di sostituzione valvolare multipla
- Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione

Chirurgia Vascolare

- Interventi chirurgici per stenosi o aneurismi sui seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrali, succlavie, troncobranchiocefalico, renali, iliache, femorale e poplitea, polmonare
- Interventi chirurgici sull'aorta toracica e addominale compreso bypass aorto-bisiliaco o bifemorale
- Endoarteriectomia della arteria carotide e/o della arteria vertebrale
- Tromboendoarteriectomia arteriosa iliaco-femorale

Neurochirurgia

- Anastomosi dei vasi intra-extra cranici
- Asportazione di neoplasie maligne o aneurismi endocranici
- Asportazione di neoplasie maligne orbitali
- Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali
- Emisferectomia
- Interventi chirurgici per epilessia focale
- Interventi chirurgici per patologie intramidollari e per traumi vertebromidollari con stabilizzazione chirurgica con viti e barre
- Interventi chirurgici per tumori della base cranica per via transorale
- Interventi chirurgici sull'ipofisi per via transfenoidale
- Interventi chirurgici sulla cerniera atlante-occipitale
- Interventi chirurgici endorachidei per asportazione di tumori
- Interventi per deviazioni liquorale indiretta con shunt intraperitoneali
- Neurotomia retrogasseriana - sezione intracranica di altri nervi
- Operazioni chirurgiche endocraniche per ascesso ed ematoma intracranici
- Microdecompressione endocranica dei nervi cranici
- Talamotomia, pallidotomia

Chirurgia Generale

Chirurgia del Collo

- Interventi chirurgici per gozzo retrosternale con mediastinotomia
- Timectomia per via cervicale
- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne

Chirurgia dell'Esofago

- Resezione dell'esofago per stenosi benigne o megaesofago
- Interventi chirurgici per lesioni traumatiche o spontanee dell'esofago
- Operazioni sull'esofago per neoplasie maligne: resezioni parziali, basse, alte, totali
- Resezione di diverticoli dell'esofago toracico con o senza miotomia

Chirurgia del Pancreas - Milza - Surrene

- Interventi chirurgici di necrosi acuta del pancreas
- Interventi demolitivi sul pancreas:
 - a) totale o della testa
 - b) della coda
- Interventi per cisti e pseudo cisti:
 - a) enucleazioni delle cisti
 - b) marsupializzazione
- Interventi per fistole pancreatiche
- Interventi per tumori endocrini funzionali del pancreas

Chirurgia dello Stomaco - Duodeno

- Resezione gastrica da neoplasie maligne e benigne
- Gastrectomia allargata da neoplasie maligne
- Gastrectomia totale da neoplasie maligne
- Intervento per fistola gastro-digiuno-colica
- Resezione gastro-digunale per ulcera peptica post-anastomotica

Chirurgia del Fegato - Vie biliari

- Interventi chirurgici derivazioni bilio digestive
- Interventi chirurgici laparoscopico o laparotomici sulla papilla di Water
- Interventi di ablazione laparoscopia al fegato per neoplasie maligne
- Interventi di anastomosi porta-cava o spleno-renale o mesenterica-cava
- Deconnessione azygos-portale per via addominale
- Interventi chirurgici per la ricostruzione delle vie biliari
- Resezione epatica
- Coledoco-epatico-digiuno-duodenostomia con o senza colecistectomia
- Coledoco-epatico-digunostomia con o senza colecistectomia
- Coledoco-epatico-duodenostomia con o senza colecistectomia

Chirurgia del Colon - Retto - Ano

- Amputazione del retto per via addomino-perineale o addomino-sacrale
- Interventi per neoplasie maligne effettuati per via addominoperineale
- Proctocolectomia totale
- Ricostruzione sfinterale con gracile plastica

Chirurgia dell'Intestino

- Colectomia parziale da neoplasie maligne
- Colectomia totale con eventuale stomia

- Resezione anse intestinali con anastomosi per neoplasie maligne
- Bypass gastrointestinali e intestinali per neoplasie maligne

Chirurgia del Peritoneo

- Exeresi di neoplasie maligne dello spazio retroperitoneale

Chirurgia del Torace

- Asportazione totale/parziale della mammella per neoplasie maligne
- Exeresi per tumori primitivi delle coste e dello sterno
- Interventi chirurgici per neoplasie maligne del mediastino
- Interventi chirurgici per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi lobare o polmonare
- Interventi di resezione della trachea per neoplasie maligne
- Lobectomia polmonare o resezione segmentaria
- Pleurectomia
- Pleuropneumonectomia
- Pneumonectomia
- Resezione bronchiale con reimpianto
- Timectomia per via toracica
- Toracectomia ampia
- Toracoplastica totale

Chirurgia Otorinolaringoiatrica e Maxillo-Facciale

- Interventi demolitivi del massiccio facciale per neoplasie maligne
- Interventi demolitivi del cavo oro-faringeo per neoplasie maligne
- Laringectomia totale
- Laringofaringectomia
- Intervento per neurinoma dell'ottavo paio
- Parotidectomia totale per neoplasie maligne

Chirurgia Ginecologica

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

Chirurgia Ortopedia e Traumatologia

- Artrodesi vertebrali per via anteriore e/o posteriore con barre e viti due o più livelli
- Artroprotesi totale di anca
- Artroprotesi totale di ginocchio
- Disarticolazione interscapolo toracica
- Emipelvectomy
- Interventi con resezione sulle grandi articolazioni e sulle ossa lunghe per neoplasie maligne
- Interventi per rimozione e reimpianto di protesi d'anca (impiantati nel periodo di copertura)
- Resezione di corpi vertebrali (somatectomia) e sostituzione con cemento o trapianti
- Resezioni del sacro

Chirurgia Urologica

- Prostatectomia radicale per neoplasie maligne, qualsiasi via con eventuale linfadenectomie
- Cistectomia radicale con ureterosigmoidostomia
- Nefrectomia allargata per neoplasie maligne
- Nefro-ureterectomia totale
- Orchiectomia con linfadenectomia per neoplasie maligne testicolari
- Riparazione per via chirurgica laparoscopica o laparotomica di fistola vescico intestinale con asportazione di segmento di intestino
- Surrenalectomia
- Uretero-ileo anastomosi mono o bilaterale

Trapianti d'organo

- Tutti

Trapianti di midollo osseo

- Trapianto completo da donatore di midollo osseo

ALLEGATO 2 – ELENCO DEGLI “ESITI PERMANENTI DI INFORTUNIO”

Menomazioni delle strutture corporee	
<i>Struttura dell'occhio</i>	
Perdita anatomica del globo oculare relativo ad un occhio senza possibilità di applicazione di protesi	III
Perdita anatomica del globo oculare relativo ad ambedue gli occhi senza possibilità di applicazione di protesi	IV
<i>Struttura della bocca</i>	
Rottura di almeno 3 elementi dentari, se non protesizzabili	II
Esiti di lesione del condilo mandibolare consistenti in importante sindrome algico-disfunzionale e irreversibile deficit articolare (distanza i.c. intorno a 20 mm)	II
<i>Strutture relative agli organi</i>	
Perdita totale di un rene	II
Perdita di entrambi i reni con trattamento dialitico	III
Perdita totale della milza	II
<i>Strutture relative al movimento</i>	
- <i>Estremità superiori (braccio, mano)</i>	
Perdita anatomica di un pollice	II
Perdita anatomica di un pollice e del primo metacarpo	II
Perdita di un altro dito della mano (almeno oltre la prima falange)	I
Perdita di tutte le dita di una mano	III
Perdita di tutte le dita di entrambe le mani	III
Perdita anatomica di una mano o di un avambraccio	III
Perdita anatomica di entrambe le mani	IV
Perdita anatomica di entrambi gli avambracci	III
Perdita anatomica di un arto superiore al terzo superiore o terzo medio	III
Perdita anatomica di entrambi gli arti superiori	IV
- <i>Estremità inferiori (gamba, piede)</i>	
Perdita anatomica di un dito di un piede	I
Perdita anatomica di tutte le dita di un piede	II
Perdita anatomica di tutte le dita di entrambi i piedi	II
Perdita anatomica di un piede	III
Perdita anatomica di ambedue i piedi	III
Perdita anatomica di un arto inferiore al di sotto del ginocchio	IV
Perdita anatomica di un arto inferiore al di sopra del ginocchio	IV
Menomazioni delle funzioni corporee	
<i>Funzioni sensoriali</i>	
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio	III
Perdita totale della facoltà visiva di ambedue gli occhi per lo stesso evento	IV
Sordità completa di un orecchio	II
Sordità completa bilaterale	IV
Stenosi nasale assoluta bilaterale	I
<i>Funzioni della voce</i>	
Perdita totale della voce	II
<i>Funzioni relative al movimento</i>	
- <i>Esiti di fratture</i>	
Esiti di frattura sacrale con deformazione residua e riflesso antalgico disfunzionale	I
Esiti di frattura coccigea consistenti in coccigodinia reattiva e deformazione ossea residua	I

Esiti di frattura di clavicola, sterno, scapola, con compromissione funzionale	I
Esiti di frattura di omero, radio, ulna, viziosamente consolidata, con dismorfismo, con compromissione funzionale	I
Esiti di frattura di femore con compromissione funzionale	I
Esiti di rottura di un menisco, non operabile	I
Esiti di frattura di tibia, perone, con compromissione funzionale	I
Esiti di frattura di ossa di mano o piede con compromissione funzionale o deformazione ossea residua (<i>unico contributo</i>)	I
Esiti di frattura somatica amielica con deformazione a cuneo di una vertebra cervicale	I
Esiti di frattura somatica amielica con deformazione a cuneo di una vertebra dorsale	I
Esiti di frattura somatica amielica con deformazione a cuneo della XII vertebra dorsale	I
Esiti di frattura somatica amielica con deformazione a cuneo di una vertebra lombare	I
- <i>Anchilosi</i>	
Anchilosi completa del rachide cervicale in posizione favorevole	II
Anchilosi del tratto lombare con risentimento trofico-sensitivo	II
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omeroale con arto in posizione favorevole, con immobilità scapola	II
Anchilosi completa dell'articolazione del gomito con angolazione tra 120° e 70° con prono-supinazione libera	II
Anchilosi completa dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	II
Anchilosi completa dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi	II
Anchilosi completa dell'anca, in posizione favorevole	II
Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole	II
Anchilosi completa rettilinea del ginocchio (180°)	II
Anchilosi completa tibio-tarsica ad angolo retto con anchilosi della sottoastralgica	II
- <i>Plegie</i>	
Paralisi totale del plesso brachiale	III
Paralisi totale del nervo radiale	III
Paralisi totale del nervo ulnare	II
Paralisi totale del nervo sciatico	III
Tetraplegia	IV
Emiplegia	IV
Paraplegia	IV
Monoplegia dell'arto superiore	IV
Monoplegia arto inferiore	IV