



Regolamento del Sussidio SANI

Il Presente Regolamento è da considerarsi parte integrante dello Statuto e del Regolamento delle attività del Fondo Sanitario Integrativo FONDOSANI

Sommario

SEZIONE 1 - Definizioni	4
SEZIONE 2 - Norme generali che regolano il sussidio	10
SEZIONE 3 - Norme relative a tutte le Prestazioni (salvo non sia espressamente derogato)	13
SEZIONE 4 - Area Ricovero	18
A. RICOVERO ORDINARIO CON INTERVENTO CHIRURGICO E TRAPIANTI	18
B. INDENNITA' SOSTITUTIVA IN CASO DI RICOVERO ORDINARIO CON INTERVENTO CHIRURGICO E TRAPIANTI- alternativa all'Indennità Integrativa di cui al successivo art. C. ...	19
C. INDENNITA' INTEGRATIVA IN CASO DI RICOVERO ORDINARIO CON INTERVENTO CHIRURGICO E TRAPIANTI- alternativa all'Indennità Sostitutiva di cui al precedente art. B. ..	20
D. DIARIA GIORNALIERA PER RICOVERO ORDINARIO SENZA INTERVENTO CHIRURGICO ..	20
E. DAY HOSPITAL	21
F. INDENNITA' PER IL PARTO	22
G. PROTESI ORTOPEDICHE	22
H. DIARIA PER RICOVERO ORDINARIO CON O SENZA INTERVENTO IN CASO DI NEOPLASIE MALIGNI	22
SEZIONE 5 - Garanzie extra-ospedaliere	23
I. ALTA DIAGNOSTICA	23
J. VISITE SPECIALISTICHE	26
K. ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	26
L. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI A SEGUITO DI INFORTUNIO	27
M. CURE DENTARIE DA INFORTUNIO	28
N. PACCHETTO MATERNITA'	29
O. FISIOTERAPIE A SEGUITO DI GRAVI MALATTIE	30
P. CONSULENZA PSICOLOGICA PER GRAVI MALATTIE	31
SEZIONE 6 - Area sostegno	32
Q. CONTRIBUTO ECONOMICO IN CASO DI DECESSO - Garanzia valida solo in caso di morte del Titolare del Sussidio	32
R. FRAGILITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO Garanzia valida esclusivamente per l'Assistito Titolare del Sussidio	33
S. RIMBORSO SPESE PER NON AUTOSUFFICIENZA - Garanzia valida esclusivamente per l'Assistito Titolare del Sussidio	36
SEZIONE 7 - Area prevenzione	39
T. PREVENZIONE ODONTOIATRICA	39
U. PREVENZIONE UOMO/DONNA - CHECK UP CARDIOLOGICO UOMO/DONNA - Garanzia valida esclusivamente per l'Assistito Titolare del Sussidio	39

V. TELEVISITA SPECIALISTICA – Garanzia valida esclusivamente per l’Assistito Titolare del Sussidio	39
SEZIONE 8 – Area assistenza	41
W. ASSISTENZA H24	41
X. CONSERVAZIONE DELLE CELLULE STAMINALI	42
ALLEGATO 1 “ELENCO DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI”	44
ALLEGATO 2 “TABELLA DEI PUNTEGGI PER LA DETERMINAZIONE DEL GRADO DI NON AUTOSUFFICIENZA”	47
ALLEGATO 3 – ELENCO DEGLI “ESITI PERMANENTI DI INFORTUNIO”	49

SEZIONE 1 - Definizioni

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

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

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

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

Assistenza Diretta: modalità di erogazione del servizio in base alla quale le prestazioni previste dal presente Sussidio sono effettuate presso strutture sanitarie utilizzando personale Medico (e/o sanitario) ambedue convenzionati con 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 parte di Fondosani – anche per il tramite di Mutua MBA o service provider incaricato – alle strutture ed ai Medici/personale Convenzionati (escluse eventuali quote a carico dell'Assistito ove previste). L'elenco delle Strutture è presente e consultabile nell'Area Riservata di Fondosani.

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

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

Assistito: persona fisica iscritta regolarmente al Fondo ed il cui interesse è protetto dal Sussidio, residente stabilmente in Italia o nel territorio della Repubblica di San Marino e Città del Vaticano e più in generale nel territorio dell'Unione Europea. Sono Assistiti anche i familiari aventi diritto ai sensi del 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 (termine di aspettativa): 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 Sussidio Sanitario 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 Sussidio Sanitario, la Cartella Clinica, da qualunque tipologia di struttura sanitaria essa provenga, è considerata atto immodificabile e, pertanto, con la richiesta di attivazione del Sussidio Sanitario oggetto del presente Regolamento, l'Assistito 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.

Fondosani – anche per il tramite di Mutua MBA o service provider incaricato – 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 (www.healthassistance.it).

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

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

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

Ciclo di cura: insieme delle prestazioni connesse ad una medesima patologia/Infortunio, contestualmente prescritti dal Medico e presentati a Fondosani o alla società da quest'ultima individuata (Mutua MBA o Health Assistance S.C.p.A.) in un'unica richiesta di Rimborso.

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

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

Data evento: per i Ricoveri o Interventi chirurgici si intende la data in cui avviene il Ricovero/Intervento; per le altre prestazioni previste dal presente Sussidio si intende la data in cui la prestazione è stata effettivamente erogata (se presenti più fatture relative allo stesso

evento, la data dell'accadimento sarà considerata quella della prestazione relativa alla fattura con data antecedente).

Data insorgenza patologia: la data in cui lo stato patologico si è manifestato (con sintomatologia interna oppure esterna all'organismo). Per la definizione di patologia pregressa ai sensi del presente Sussidio sarà ritenuta data di prima insorgenza anche quella in cui lo stato patologico è stato diagnosticato e/o è stato sottoposto ad accertamenti e/o è stato sottoposto a cure.

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

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

Decadenza: termine massimo entro il quale presentare la documentazione a corredo della domanda di erogazione delle prestazioni (incluse le richieste di rimborso in forma diretta), anche se di data antecedente alla domanda di adesione. La mancata presentazione della documentazione completa e conforme alle richieste di Fondosani, o della società da quest'ultima individuata (Mutua MBA o Health Assistance S.C.p.A.), entro 270 giorni dalla data dell'evento ovvero, in caso di ricovero ordinario o diurno, dalla data delle dimissioni, comporta la decadenza dal diritto al rimborso e al pagamento delle prestazioni, incluse quelle eseguite in forma diretta. L'eventuale sospensione dell'istruttoria della pratica non interrompe il decorrere del termine di 270 giorni sopra indicato. Dunque, nel caso di sospensione, l'Assistito ha 60 giorni di tempo dalla data di comunicazione della richiesta di ulteriore documentazione per integrare la stessa, purché ciò avvenga sempre entro 270 giorni dall'evento ovvero, in caso di ricovero ordinario o diurno, dalla data delle dimissioni. Decorso 60 giorni, la richiesta verrà respinta e l'Assistito dovrà presentare nuova e completa domanda comprensiva anche della documentazione integrativa, comunque entro i 270 giorni per non incorrere nella suddetta decadenza.

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

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

Fondo: Fondo Sanitario Integrativo (ora innanzi anche "Fondosani"), che opera in regime di mutualità mediata con Mutua MBA.

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

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

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

Guida Operativa per l'accesso ai servizi e alle prestazioni: è il documento complementare e parte integrante del presente Sussidio che illustra tempi, documentazione necessaria e modalità di accesso ai servizi e ai rimborsi sia in forma di Assistenza Diretta che in forma di Assistenza Indiretta. La Guida Operativa è sempre consultabile nell'Area Riservata dell'Assistito presente sul sito di Fondosani www.fondosani.it oppure rinvenibile contattando direttamente il Back Office di Fondosani o il proprio promotore di riferimento.

Health Point: è il marchio che identifica la divisione aziendale del partner Health Italia SpA, 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 dal Fondo- 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 <https://www.healthpointitalia.com>.

Indennità integrativa: importo giornaliero erogato da Fondosani – 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 Sussidio).

Indennità sostitutiva: importo giornaliero erogato da Fondosani – 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 Sussidio). L'Indennità viene riconosciuta in sostituzione sia del Rimborso delle spese per le prestazioni effettuate durante il Ricovero che delle spese pre e post ad esso connesse.

Infortunio: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili che siano documentate da specifico referto di Pronto Soccorso di Struttura Sanitaria Pubblica 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 invalidità permanente oppure una inabilità temporanea o una delle altre prestazioni garantite dal presente Sussidio.

Infortunio odontoiatrico: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che provochi lesioni fisiche oggettivamente constatabili all'apparato dentale inteso come insieme di arcate

gengivo-dentarie, che siano documentate da specifico referto di Pronto Soccorso di Struttura Sanitaria Pubblica (attestante le circostanze dell'evento, le cause e le conseguenze dell'evento).

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

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'Assistito.

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

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

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

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

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'Assistito, un appartenente al suo nucleo familiare ovvero il genitore, figlio, fratello, sorella dell'Assistito 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 Sussidio o che risulti correlata ad uno stato patologico antecedente alla decorrenza dello stesso.

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

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

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

Regolamento: il presente documento disciplinante le prestazioni ricomprese nel Sussidio Sanitario.

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

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.

Ricovero ordinario in emergenza: il ricovero di un Assistito nei soli casi di funzioni vitali gravemente compromesse.

Rimborso/contributo di assistenza: la somma dovuta da Fondosani all'Assistito in caso di evento e prestazione rimborsabile.

Sostegno/Sub-sostegno: la somma complessiva annua, fino alla concorrenza della quale la Fondosani sostiene i costi delle prestazioni previste dal presente Sussidio Sanitario.

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 invalidità permanente.

Statuto e Regolamento delle attività del Fondosani: documentazione che regola il rapporto associativo con Fondosani e costituente parte integrante e sostanziale del presente Sussidio assieme alla Guida Operativa. Sono messe a disposizione dell'Assistito e sempre consultabili nell'Area Riservata dell'Assistito presente sul sito di Fondosani www.fondosani.it oppure rinvenibili contattando direttamente il Back Office di Fondosani o il proprio promotore di riferimento.

Sussidio Sanitario (o "Sussidio"): l'insieme delle prestazioni ricomprese nel 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. La prestazione avviene esclusivamente durante la degenza ordinaria.

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

SEZIONE 2 - Norme generali che regolano il sussidio

Art. 1 - Oggetto

Oggetto del presente Sussidio è il Rimborso delle spese sanitarie, ovvero l'erogazione delle prestazioni, sostenute dagli Assistiti in conseguenza di **Infortunio, Malattia e Parto** certificati, per eventi verificatisi nel corso di validità del presente Sussidio.

Art. 2 - Persone Assistite

Le prestazioni garantite dal presente Sussidio sono prestate in favore dell'Assistito Titolare del Sussidio - Dipendente dell'Azienda/Società (più in generale persona giuridica) iscritta regolarmente e associata al Fondo Sanitario Integrativo "FONDOSANI" - e nominativamente indicato nel modulo di adesione con il quale ha aderito al presente Regolamento.

Per Nucleo Familiare si intendono, oltre al Titolare del Sussidio, il coniuge/partner unito civilmente ed il convivente more uxorio, nonché i figli fino a 26 anni, purché conviventi.

Sono inoltre inclusi nel Nucleo Familiare i figli oltre i 26 anni, conviventi con il Titolare del Sussidio a condizione che questi ultimi siano fiscalmente a carico (a tal fine, al momento dell'adesione, dovrà essere effettuata apposita autocertificazione in merito) oppure versino in uno stato di invalidità superiore al 66% (a tal fine, al momento dell'adesione, dovrà essere presentata idonea certificazione in merito).

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

L'assistenza prevista dal presente Sussidio è attivabile in forma collettiva a favore dei:

- Dipendenti

Indicando i nominativi dei propri familiari, l'Assistito autocertifica con riferimento agli stessi il rispetto dei requisiti di cui al presente Sussidio per beneficiare delle garanzie. È altresì necessario comunicare tempestivamente al Fondo eventuali modificazioni del Nucleo Familiare in corso di validità del Sussidio (vedi art. 4).

Art. 3 - Limiti di età

Non sono previsti limiti di età.

Art. 4 - Variazione del Nucleo Familiare

Qualora sia prevista l'inclusione del Nucleo Familiare, l'Assistito deve comunicare immediatamente a Fondosani, in forma scritta, le variazioni del proprio stato familiare, entro e non oltre 60 giorni dall'avvenuta variazione, ossia:

- nascita/adozione;
- matrimonio;

- insorgere di convivenza per il convivente more uxorio e/o per il familiare del dipendente;
- venir meno – per un familiare – di altra copertura collettiva delle spese sanitarie predisposta dal datore di lavoro.

In tal caso, l'inclusione dei nuovi Assistiti si intenderà operante dalla data dell'evento. In difetto di comunicazione entro il suddetto termine, e fermo restando il pagamento del contributo dovuto per l'estensione al Nucleo, l'inclusione dei nuovi Assistiti nel Sussidio si intenderà operante solo a decorrere dalla nuova annualità del Sussidio stesso.

Resta inteso che, per i nuovi Assistiti, ai fini dell'applicazione, 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 Sussidio e tacito rinnovo

Il presente Sussidio ha durata di **1 (uno) anno** decorrente dal giorno di cui all'art. 9. In mancanza di comunicazione di non rinnovo, inviata mediante lettera raccomandata A/R o posta elettronica certificata (PEC) spedita almeno 60 giorni prima della scadenza annuale, il Sussidio sanitario s'intenderà rinnovato di anno in anno con obbligo di pagamento del contributo aggiuntivo e delle quote associative previste così come disciplinato dal Regolamento delle attività del Fondosani.

In ogni caso Fondosani, entro 90 giorni dalla scadenza annuale, si riserva la facoltà di comunicare a mezzo e-mail all'Assistito le condizioni di rinnovo per le successive annualità.

La revoca dal Sussidio prima del suddetto termine potrà avvenire al verificarsi dei seguenti eventi:

- a) cessazione dal servizio;
- b) decesso dell'Assistito o di un suo familiare;
- c) divorzio;
- d) venir meno di convivenza per il convivente more uxorio e/ o per il familiare del dipendente;
- e) adesione di un familiare ad una copertura sanitaria collettiva predisposta dal datore di lavoro;
- f) variazione delle condizioni assistenziali/contributive.

Nel caso di revoche a seguito degli eventi di cui alla precedente lett. c), d) e) ed f), il relativo recesso dovrà essere effettuato dall'Assistito Titolare. Fermo restando il versamento dei relativi contributi, il Sussidio Sanitario resterà in vigore sino alla prima scadenza annuale.

Art. 6– Obblighi contributivi dell'Assistito

In caso di mancato versamento dei relativi contributi e fermo quanto previsto all'art. 9, Fondosani si riserva il diritto di adire le vie legali, previo tentativo di conciliazione ai sensi dell'art. 11 del presente Regolamento.

Art. 7 – Dichiarazioni e comunicazioni dell'Assistito

Le dichiarazioni non veritiere rese dall'Assistito al momento della domanda di ammissione o, successivamente, al fine di ottenere il Rimborso delle spese, comportano la perdita totale o parziale del diritto al pagamento della somma dovuta da Fondosani in caso di Evento rimborsabile in base al presente Sussidio.

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

Art. 8 – Sussidio a favore di terzi

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

Art. 9 – Pagamento del contributo e decorrenza del Sussidio

Il Sussidio ha effetto dalle ore 24:00 del giorno in cui è avvenuta la delibera di ammissione da parte di Fondosani oppure dalle ore 24:00 del giorno di iscrizione al libro dei soci, se il contributo aggiuntivo o la prima rata di contributo aggiuntivo sono stati pagati.

Se l'Assistito non paga la prima rata di contributo o le rate successive, la garanzia resta sospesa dalle ore 24:00 dello stesso giorno e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno di pagamento, ferme le successive scadenze.

Art. 10 – Comunicazioni e modifiche

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

Art. 11 – Risoluzione delle controversie

A fronte di ogni eventuale controversia che dovesse insorgere tra l'Assistito e Fondosani, anche in dipendenza di una diversa interpretazione del presente Sussidio, prima di ricorrere ad un procedimento ordinario, le Parti esperiranno il tentativo di conciliazione. In caso di esito negativo del tentativo di conciliazione, il foro competente per ogni eventuale controversia, è quello di Roma.

Art. 12 – Sostegni

Tutti i Sostegni menzionati nel presente Sussidio, nonché gli eventuali sub-Sostegni relativi a specifiche prestazioni, sono da intendersi per anno di validità del Sussidio, 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 Sussidio saranno pertanto da intendersi anno/nucleo.

Art. 13 – Sottoscrizione di più Sussidi

Qualora l'Assistito abbia sottoscritto con Fondosani più di un Sussidio, avrà diritto ad ottenere la condizione più favorevole (Rimborso delle spese, erogazione di Indennità o Indennizzo) tra le garanzie riconosciutegli dai vari Sussidi sottoscritti. Tale principio trova, inoltre, applicazione nell'ambito dello stesso Sussidio Sanitario che preveda più rimborsi e/o prestazioni per lo stesso evento.

Art. 14 – Limiti territoriali

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

Art. 15 – Responsabilità di terzi

Nel caso in cui la prestazione riguardi eventi per i quali sia configurabile la responsabilità di terzi, Fondosani, 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 Fondosani – 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 Fondosani – 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, l'Atto costitutivo, lo Statuto, il Regolamento delle attività del Fondosani e la Guida Operativa, consultabili nell'Area Riservata dell'Assistito presente sul sito di Fondosani www.fondosani.it oppure rinvenibili contattando direttamente il Back Office di Fondosani o il proprio promotore di riferimento.

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

Art. 17 – Termini di Aspettativa (Carenze)

Fermo quanto previsto all'art. 9 delle Norme Generali, disciplinante il giorno di effetto del Sussidio, le prestazioni messe a disposizione sono garantite da Fondosani senza applicazione di periodi di carenza.

Art. 18 – Pregresse

Per i **Dipendenti delle Aziende/Società iscritte al “FONDOSANI”, Associati in forma collettiva**, tutte le garanzie oggetto del presente Sussidio, attivate in conseguenza di Infortuni avvenuti anteriormente alla data di stipula dello stesso, sono da ritenersi incluse.

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

Art. 19 – Esclusioni

Sono esclusi dal presente Sussidio sanitario (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. 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, salvo specifiche deroghe previste dal Sussidio;
- 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 sussidio, ad eccezione degli Interventi sui bambini che non abbiano superato 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 stomatologica limitatamente agli aspetti ricostruttivi di natura oncologica riferiti alla sede della neoformazione maligna se resi necessari da Malattia, e in caso di Infortunio rimborsabile, limitatamente alla sede dell'apparato oggetto del trauma, purché effettuati nei 360 giorni successivi all'Intervento e comunque durante la validità del Sussidio;
- 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 prescritte e/o erogate da medici o paramedici abilitati che non siano in possesso di specializzazione medica pertinente con la prestazione rilasciata e rispetto alla diagnosi/quesito diagnostico per il quale la prestazione è prescritta/erogata;
- n. le prestazioni prescritte e/o 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 relative a cure odontoiatriche, ortodontiche e protesi dentarie, salvo espressamente derogato;
- s. 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;
- t. gli Infortuni conseguenti ad assunzione di sostanze psicoattive (stupefacenti, farmaci, sostanze psicotrope), a scopo non terapeutico;
- u. gli infortuni causati dallo stato di ebbrezza o di ubriachezza;
- v. le Malattie correlate all'abuso di alcool o al consumo di stupefacenti e sostanze psicotrope, assunte non a scopo terapeutico;
- w. gli Infortuni conseguenti alla pratica di attività ludiche pericolose o sport estremi o sport aerei in genere (tra cui il volo da diporto o sportivo con deltaplani, ultraleggeri, paracadutismo, parapendio, pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali in genere, rafting, speleologia, salti dal trampolino con sci o idrosci, tutti controllati da corde elastiche, sci acrobatico o estremo, alpinismo con scalata di rocce o ghiaccio di grado superiore al terzo della scala U.I.A.A., discesa con slittino da gara, rugby, football americano, hockey, immersioni con autorespiratore, ecc...) o gare motoristiche e/o motonautiche o sport in genere costituenti per l'Assistito attività professionale (gare, prove e allenamenti) anche non prevalente per impegno temporale a qualsiasi altra occupazione;
- x. gli Infortuni subiti in qualità di passeggero durante i viaggi aerei diversi dai regolari voli di linea;
- y. gli Infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizi resi in corpi militari;
- z. gli Infortuni subiti sul lavoro in miniera, in cava (anche a cielo aperto), in lavori subacquei o in mare aperto;
- 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.14;
- ee. spese per il trasporto del plasma.

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 nei Sussidi Sanitari e

nella Guida Operativa, mediante l'utilizzo dell'apposita modulistica messa a disposizione dell'Assistito.

Per tutte le informazioni necessarie ad accedere correttamente alle prestazioni sanitarie erogate in forma Diretta e Indiretta, nonché per la gestione dei relativi Rimborsi si rimanda alla Guida Operativa aggiornata e, di volta in volta, applicabile che forma parte integrante del presente Sussidio ed è consultabile nell'Area Riservata dell'Assistito presente sul sito di Fondosani www.fondosani.it oppure rinvenibile contattando direttamente il Back Office di Fondosani o il proprio promotore di riferimento..

Fondosani si riserva di aggiornare la Guida Operativa fornendone debita e preventiva comunicazione attraverso il sito www.fondosani.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.

Per le prestazioni in forma diretta l'Assistito deve comunicare, in fase di richiesta d'autorizzazione, sia la struttura che il medico/équipe medica che effettuerà la stessa.

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 dalla Guida Operativa, 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 alla Guida Operativa, 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

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

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

Si evidenzia che Fondosani – 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 domanda di rimborso sia in caso di Indennità che di Assistenza indiretta che di Assistenza Diretta sopra definite, deve essere presentata in modo

completo e conforme alle richieste di Fondosani, entro 270 giorni dalla data dell'evento ovvero in caso di Ricovero ordinario o diurno entro 270g giorni dalla data delle dimissioni. L'Assistito 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 Fondosani 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 già menzionato 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 dal termine della prestazione sanitaria erogata. Decorso 60 gg, la richiesta verrà respinta e l'Assistito dovrà presentare nuova e completa domanda comprensiva anche della documentazione integrativa, comunque entro i 270gg dal termine della prestazione sanitaria erogata oltre i quali il suo diritto decade.

L'Assistito è inoltre tenuto a fornire ogni informazione e consentire la visita di Medici incaricati da Fondosani 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 il Network Fondosani/Mutua MBA/Health Assistance S.C.p.A.

Le spese relative alla prestazione erogata in Assistenza Diretta presso Strutture/professionisti Convenzionati con il Network Fondosani/Mutua MBA/Health Assistance verranno corrisposte direttamente da Fondosani – anche per il tramite di Mutua MBA o service provider incaricato – alle Strutture/professionisti a termini del presente Sussidio e solo subordinatamente all'esito positivo di rimborsabilità conseguente all'analisi della documentazione medica e di spesa completa inoltrata dalla Struttura/professionista alla Centrale Salute (in ciò il rilascio dell'Autorizzazione alla presa in carico costituendo mero strumento di attivazione del servizio).

La richiesta di presa in carico dovrà essere presentata alla Centrale Salute almeno 5 giorni lavorativi prima della data prevista per la prestazione. Ai fini del calcolo dei giorni utili, i giorni festivi e prefestivi non sono considerati nel calcolo.

b. Prestazioni effettuate in Assistenza Indiretta

Fundosani – anche per il tramite di Mutua MBA o service provider incaricato – provvederà alla lavorazione delle richieste e al Rimborso di quanto dovuto a termini del presente Sussidio di norma entro 90 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.

Ai fini del calcolo dei giorni utili, i giorni festivi e prefestivi non sono considerati nel calcolo.

SEZIONE 4 - Area Ricovero

A. RICOVERO ORDINARIO CON INTERVENTO CHIRURGICO E TRAPIANTI

Fondosani, in caso di **Ricovero ordinario con Intervento Chirurgico**, (secondo l'Elenco esaustivo riportato nell'Allegato 1 al presente Sussidio "Elenco degli Interventi Chirurgici"), ivi inclusi i **Trapianti**, reso necessario da Malattia o Infortunio che risultino compresi nei termini del presente Sussidio, garantisce, entro il **Sostegno anno/nucleo** pari ad **€ 100.000,00**, il Rimborso – anche per il tramite di Mutua MBA o del service provider incaricato – delle spese inerenti al Ricovero e all'Intervento così come segue:

i) Prima del Ricovero (nei 120 giorni precedenti al Ricovero) - solo in caso di prestazioni effettuate in forma indiretta

- visite specialistiche ed accertamenti diagnostici, (inerenti alla patologia causa del Ricovero) effettuati anche al di fuori dell'Istituto di cura;
- trasporto dell'Assistito con ambulanza o altro mezzo attrezzato al trasporto sanitario fino al luogo di degenza – entro un sub-Sostegno pari ad € 1.500,00 per Ricovero;

ii) Durante il Ricovero

- retta di degenza;
- 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 ed esami;
- cure ed assistenza medica;
- assistenza infermieristica privata individuale – entro il sub-Sostegno di € 50,00 al giorno per massimo 45 giorni per Ricovero e solo in caso di prestazioni effettuate in forma indiretta presso un Centro Convenzionato o non Convenzionato con il Network Fondosani/Mutua MBA/Health Assistance (Assistenza Indiretta in e out Network);
- trasporto dell'Assistito con ambulanza o altro mezzo attrezzato al trasporto sanitario ad altro luogo di cura - entro un sub-Sostegno pari ad € 1.500,00 per Ricovero;
- vitto e pernottamento in Istituto di cura dell'accompagnatore;

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

- visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio (inerenti alla patologia causa del Ricovero);
- prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche;
- trattamenti fisioterapici o 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);
- trasporto dell'Assistito con ambulanza o altro mezzo attrezzato al trasporto sanitario, per il rientro al proprio domicilio - entro un sub-Sostegno pari ad € 1.500,00 per Ricovero.

Fondosani – anche per il tramite di Mutua MBA o del service provider incaricato – provvederà al Rimborso delle spese sostenute dall'Assistito a fronte delle prestazioni di cui ai **punti i), ii) e iii)** come di seguito riportato:

- ❖ senza applicazione di **alcuna quota di spesa a carico** in caso di prestazioni effettuate presso un Centro Convenzionato con il Network Fondosani/Mutua MBA/Health Assistance (**Assistenza Diretta e Indiretta in Network**);
- ❖ con applicazione di una percentuale di **spesa a carico** del **25%** con **minimo non rimborsabile** pari ad **€ 2.000,00** e con **massimo rimborsabile** pari ad **€ 10.000,00** per evento, in caso di prestazioni effettuate presso un Centro non Convenzionato con il Network Fondosani/Health Assistance (**Assistenza Indiretta fuori Network**) – tale modalità di Rimborso si applica esclusivamente nel caso in cui nella Provincia di residenza dell'Assistito non siano presenti strutture Convenzionate con il Network Fondosani/Mutua MBA/Health Assistance;
- ❖ in caso di prestazioni sostenute a **totale carico del Servizio Sanitario Nazionale** ed erogate sotto forma di **ticket sanitari**, Fondosani – anche per il tramite di Mutua MBA o del service provider incaricato – rimborserà integralmente le spese sostenute dall'Assistito.

In caso di Trapianto di organo, Fondosani rimborserà – anche per il tramite di Mutua MBA o del service provider incaricato – le spese relative al donatore sostenute durante il Ricovero, sia per accertamenti diagnostici, Intervento di espianto, assistenza medica ed infermieristica, che per cure e medicinali, nonché le spese di trasporto dell'organo. Inoltre, sono compresi nella presente garanzia, in aggiunta al Ricovero principale, i Ricoveri e le prestazioni sanitarie extra-Ricovero necessarie a predisporre l'organismo ricevente all'Intervento di Trapianto.

Infine, vengono rimborsate tutte le prestazioni sanitarie successive al Trapianto, entro 120 giorni, purché inerenti all'Intervento effettuato.

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 Fondosani – anche per il tramite di Mutua MBA o del service provider incaricato – 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. Inoltre, il Fondo 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 alla Guida Operativa che costituisce parte integrante del presente Sussidio.

B. INDENNITA' SOSTITUTIVA IN CASO DI RICOVERO ORDINARIO CON INTERVENTO CHIRURGICO E TRAPIANTI- 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**, ivi compresi i **Trapianti**, di cui al precedente **art. A.**, Fondosani – anche per il tramite di Mutua MBA o del service provider incaricato – corrisponderà un'Indennità sostitutiva per far fronte alle necessità legate al recupero della salute a seguito della Malattia o dell'Infortunio.

L'Indennità sarà pari ad **€ 80,00 al giorno per ogni giornata di Ricovero comprendente il pernottamento** sino ad un massimo di **90 giorni** per Ricovero.

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 alla Guida Operativa che costituisce parte integrante del presente Sussidio.

C. INDENNITA' INTEGRATIVA IN CASO DI RICOVERO ORDINARIO CON INTERVENTO CHIRURGICO E TRAPIANTI- alternativa all'Indennità Sostitutiva di cui al precedente art. B.

Nel caso in cui l'Assistito, a seguito di **Ricovero ordinario con Intervento Chirurgico**, ivi compresi i **Trapianti**, di cui al precedente **art. A.**, reso necessari da Malattia o Infortunio garantiti ai sensi del presente Sussidio, non richieda alcun Rimborso di cui ai precedenti **artt. A. e B.**, Fondosani - anche per il tramite di Mutua MBA o del service provider incaricato - corrisponderà un'Indennità Integrativa per far fronte alle necessità legate al recupero della salute a seguito della Malattia o dell'Infortunio.

L'Indennità sarà pari ad **€ 50,00 al giorno per ogni giornata di Ricovero comprendente il pernottamento**, fermo restando il **limite massimo** di **365 giorni** per ciascuna annualità.

Qualora l'Assistito richieda la presente Indennità Integrativa, potrà richiedere il Rimborso anche delle spese (pre e post Ricovero) 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 alla Guida Operativa che costituisce parte integrante del presente Sussidio.

SPESE PRE E POST INDENNITA' INTEGRATIVA PER RICOVERO ORDINARIO CON INTERVENTO CHIRURGICO E TRAPIANTI

Il Rimborso delle citate prestazioni di cui ai punti **i**) e **iii**) (spese **pre** e **post** Ricovero) di cui al precedente **art. A.**, avverrà, entro il **Sostegno anno/nucleo** pari ad **€ 3.000,00** per Ricovero, nei limiti temporali (120 giorni prima e 120 giorni dopo il Ricovero), delle modalità di Rimborso, nonché nei limiti degli eventuali sub-Sostegni di cui al medesimo **art. A.**

Il Rimborso sarà garantito senza applicazione di **alcuna quota** di **spesa a carico** dell'Assistito sia in caso di prestazioni effettuate presso un Centro Convenzionato con il Network Fondosani/Mutua MBA/Health Assistance (**Assistenza Diretta e Indiretta in Network**) o presso un Centro non Convenzionato con il Network Fondosani/Mutua MBA/Health Assistance (**Assistenza Indiretta fuori Network**), che in caso di prestazioni sostenute a **totale carico del Servizio Sanitario Nazionale** ed erogate sotto forma di **ticket sanitari**.

Per la documentazione da inoltrare si rimanda alla Guida Operativa che costituisce parte integrante del presente Sussidio.

D. DIARIA GIORNALIERA PER RICOVERO ORDINARIO SENZA INTERVENTO CHIRURGICO

Fondosani, in caso di **Ricovero ordinario senza Intervento Chirurgico**, reso necessario da Malattia o Infortunio rimborsabili ai sensi del presente Sussidio, 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 sarà corrisposta a partire dal 3° (terzo) giorno di Ricovero e sarà pari ad **€ 70,00 al giorno per ogni giornata di Ricovero comprendente il pernottamento** e sino ad un **massimo di 20 giorni per annualità**.

Per la documentazione da inoltrare si rinvia alla Guida Operativa che costituisce parte integrante del presente Sussidio.

E. DAY HOSPITAL

Fondosani, in caso di **Day Hospital**, reso necessario da Malattia o Infortunio garantiti ai sensi del presente Sussidio, garantisce, entro il **Sostegno anno/persona** pari ad **€ 700,00**, il Rimborso – anche per il tramite di Mutua MBA o del service provider incaricato – delle spese sostenute dall'Assistito inerenti al Ricovero così come segue:

i) Prima del Ricovero (nei 120 giorni precedenti al Ricovero) - solo in caso di prestazioni effettuate in forma indiretta

- 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;
- medicinali ed esami;
- cure ed assistenza medica;
- vitto e pernottamento in Istituto di cura dell'accompagnatore;

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

- visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio (inerenti alla patologia causa del Ricovero);
- prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche;
- acquisto di medicinali (previa prescrizione medica completa di motivazione clinica correlata al Ricovero prescritta dal Medico curante all'atto delle dimissioni);

Fondosani – anche per il tramite di Mutua MBA o del service provider incaricato – garantisce il Rimborso delle spese sostenute dall'Assistito a fronte delle prestazioni di cui ai punti **i), ii) e iii)** del presente **art. E.**, nei limiti dei sub-Sostegni ivi previsti, come di seguito riportato:

- ❖ senza applicazione di **alcuna quota di spesa a carico** in caso di prestazioni effettuate presso un Centro Convenzionato con il Network Fondosani/Mutua 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**, Fondosani – anche per il tramite di Mutua MBA o del service provider incaricato – 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 Fondosani 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. Inoltre, il Fondo – anche per il tramite di Mutua MBA o del service provider incaricato – 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 alla Guida Operativa che costituisce parte integrante del presente Sussidio.

F. INDENNITA' PER IL PARTO

Fondosani – anche per il tramite di Mutua MBA o del service provider incaricato – garantisce all'Assistita, in caso di **Ricovero ordinario per Parto Naturale, Parto Cesareo e Parto domiciliare**, un'Indennità pari ad **€ 500,00 per evento**.

G. PROTESI ORTOPEDICHE

Fondosani, entro il **Sostegno anno/persona** pari ad **€ 2.000,00**, rimborserà integralmente all'Assistito – anche per il tramite di Mutua MBA o del service provider incaricato – le spese sostenute per acquisto e riparazione di Protesi Ortopediche senza applicazione di alcuna **quota di spesa** a suo carico.

H. DIARIA PER RICOVERO ORDINARIO CON O SENZA INTERVENTO IN CASO DI NEOPLASIE MALIGNI

Fondosani, in caso di **Ricovero ordinario con o senza Intervento Chirurgico**, reso necessario da Neoplasie Maligne, garantito ai sensi del presente Sussidio, 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 del Ricovero.

La Diaria pari ad **€ 100,00 al giorno per ogni giornata di Ricovero comprendente il pernottamento** e sino ad un **massimo di 90 giorni per Ricovero**.

Per la documentazione da inoltrare si rinvia alla Guida Operativa che costituisce parte integrante del presente Sussidio.

SEZIONE 5 - Garanzie extra-ospedaliere

I. ALTA DIAGNOSTICA

Fondosani, entro il **Sostegno anno/nucleo** pari ad **€ 8.000,00**, garantisce il Rimborso – anche per il tramite di Mutua MBA o del service provider incaricato – delle spese sostenute dall'Assistito per le seguenti prestazioni extra-ospedaliere di Alta Diagnostica.

Diagnostica

- Angio RM con contrasto
- Angio TC distretti eso e endocranici
- Angiografia (sono compresi esami radiologici apparato circolatorio)
- Artrografia
- Biopsia del linfonodo sentinella
- Biopsia muscolare
- Biopsia prostatica
- Biopsia T.A.C. guidata
- Broncografia
- C.P.R.E. diagnostica
- Campimetria
- Cavernosografia
- Cine RM cuore
- Cisternografia
- Cistografia
- Cistografia doppio contrasto
- Cistoscopia
- Cistouretrografia minzionale
- Clisma opaco e/a doppio contrasto
- Colangiografia
- Colangiografia percutanea
- Colangiopancreatografia retrograda
- Colecistografia
- Colpografia
- Coronografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Discografia
- Ecografia addome completo
- Ecografia mammaria
- Ecografia transvaginale
- Ecodoppler cardiaco compreso color
- Ecodoppler
- Ecocolordoppler
- Doppler dei tronchi sovraortici
- Ecografia tiroidea
- EEG con privazione sonno
- Elettroencefalogramma

- Elettroencefalogramma dinamico 24 ore
- Elettromiografia
- Elettroretinogramma
- Emogasanalisi arteriosa
- Esame urodinamico
- Esami radiologici apparato osteoarticolare
- Esofagogastroduodenoscopia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Lavaggio bronco alveolare endoscopico
- Linfografia
- Mammografia anche bilaterale
- Mapping vescicale
- Mielografia
- Pancolonoscopia diagnostica
- PH metria esofagea e gastrica
- Pneumoencefalografia
- Potenziali evocati
- Retinografia
- Rettoscopia diagnostica
- Rettosigmoidoscopia
- Ricerca del linfonodo sentinella e punto di repere
- Risonanza Magnetica Nucleare con o senza mezzo di contrasto
- Rx esofago
- Rx esofago con contrasto opaco
- Rx esofago con doppio contrasto
- Rx esofago esame diretto
- Rx piccolo intestino con doppio contrasto
- Rx stomaco con doppio contrasto
- Rx tenue a doppio contrasto con studio selettivo
- Rx tenue seriato
- Rx tubo digerente
- Rx tubo digerente completo compreso esofago con contrasto
- Rx tubo digerente prime vie
- Rx tubo digerente seconde vie
- Scialografia con o senza mezzo di contrasto
- Scintigrafia qualunque organo/apparato (compresa Miocardioscintigrafia)
- Scintigrafia totale corporea con cellule autologhe marcate
- Spirometria
- Splenoportografia
- T.A.C. con e senza mezzo di contrasto.
- Tomografia ad Emissione di Positroni (P.E.T.) per organo-distretto-apparato
- Tomografia mappa strumentale della cornea
- Tomoscintigrafia SPET miocardica
- Tracheobroncoscopia diagnostica

- Uretrocistografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Wirsungografia retrograda

Terapeutica

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Dialisi
- Laserterapia a scopo fisioterapico

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

Restano, inoltre, esclusi i controlli di routine e le prestazioni elencate ma finalizzate alla diagnosi o all'erogazione di prestazioni odontoiatriche.

Il Rimborso sarà garantito come segue:

- ❖ con applicazione di una quota di **spesa a carico** pari ad **€ 30,00** per evento in caso di prestazioni effettuate presso un Centro Convenzionato con il Network Fondosani/Mutua MBA/Health Assistance (**Assistenza Diretta e Indiretta in Network**);
- ❖ con applicazione di una quota di **spesa a carico** pari ad **€ 30,00** per evento in caso di prestazioni effettuate presso un Centro non Convenzionato con il Network Fondosani/Mutua MBA/Health Assistance (**Assistenza Indiretta fuori Network**) – tale modalità di Rimborso è possibile solo nel caso in cui nella Provincia di residenza dell'Assistito non ci siano Centri Convenzionati con il Network Fondosani/ Mutua MBA/Health Assistance;
- ❖ in caso di prestazioni sostenute a **totale carico del Servizio Sanitario Nazionale** ed erogate sotto forma di **ticket sanitari**, Fondosani – anche per il tramite di Mutua MBA o del service provider incaricato – 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 Fondosani 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. Inoltre, il Fondo – anche per il tramite di Mutua MBA o del service provider incaricato – 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 alla Guida Operativa che costituisce parte integrante del presente Sussidio.

J. VISITE SPECIALISTICHE

Fondosani, entro il **Sostegno anno/nucleo pari ad € 250,00**, garantisce all'Assistito il Rimborso – anche per il tramite di Mutua MBA o del service provider incaricato – delle spese sostenute per Visite Specialistiche.

Il Rimborso sarà garantito come segue:

- ❖ con applicazione di una quota di **spesa a carico** pari ad **€ 30,00** per evento in caso di prestazioni effettuate presso un Centro Convenzionato con il Network Fondosani/Mutua MBA/Health Assistance (**Assistenza Diretta e Indiretta in Network**);
- ❖ con applicazione di una quota di **spesa a carico** pari ad **€ 30,00** per evento in caso di prestazioni effettuate presso un Centro non Convenzionato con il Network Fondosani/Mutua MBA/Health Assistance (**Assistenza Indiretta fuori Network**) – tale modalità di Rimborso è possibile solo nel caso in cui nella Provincia di residenza dell'Assistito non ci siano Centri Convenzionati con il Network Fondosani/ Mutua MBA/Health Assistance;
- ❖ in caso di prestazioni sostenute a **totale carico del Servizio Sanitario Nazionale** ed erogate sotto forma di **ticket sanitari**, Fondosani – anche per il tramite di Mutua MBA o del service provider incaricato – rimborserà integralmente le spese sostenute dall'Assistito.

Sono escluse dalla presente garanzia le visite con finalità dietologiche, le visite e gli accertamenti odontoiatrici ed ortodontici, nonché i controlli di routine.

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 Fondosani o alla società da quest'ultima individuata (Mutua MBA 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. Inoltre, il Fondo 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 alla Guida Operativa che costituisce parte integrante del presente Sussidio

K. ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Fondosani, entro **Sostegno anno/nucleo** pari ad **€ 250,00**, garantisce all'Assistito il Rimborso – anche per il tramite di Mutua MBA o del service provider incaricato – delle spese sostenute per Accertamenti Diagnostici (diversi da quelli elencati all'art. I.).

Fondosani – anche per il tramite di Mutua MBA o del service provider incaricato – rimborserà le spese sostenute dall'Assistito solo in caso di prestazioni effettuate ricorrendo al **Servizio Sanitario Nazionale** o a Strutture con questo Convenzionate.

Il Rimborso sarà garantito con applicazione di una Quota di **spesa a carico** pari ad **€ 10,00** per ciascun **ticket sanitario, fermo in ogni caso restando che dette quote a carico non potranno superare l'importo complessivo per anno di € 50,00 oltre il quale FONDOSANI provvederà al rimborso integrale delle spese per i ticket.**

Sono escluse dalla presente garanzia gli accertamenti odontoiatrici ed ortodontici, nonché i controlli di routine.

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 Fondosani 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. Inoltre, il Fondo 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 alla Guida Operativa che costituisce parte integrante del presente Sussidio.

L. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI A SEGUITO DI INFORTUNIO

Fondosani, entro il **Sostegno anno/nucleo** pari ad **€ 1.000,00**, garantisce all'Assistito il Rimborso – anche per il tramite di Mutua MBA o del service provider incaricato – delle spese sostenute per i seguenti Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi seguito Infortunio (documentato da referto di Pronto Soccorso), prescritti dal Medico specialista in materia ed effettuati da fisioterapista diplomato.

- Kinesiterapia
- Chiropratica
- Ionoforesi
- Ultrasuoni
- Radarmassoterapi
- Amagnetoterapia
- Ginnastica posturale "MEZIERES"
- Ginnastica posturale "SPIROTIGER"
- Rieducazione funzionale
- Tecarterapia
- Onde d'urto
- Ipertermia
- VISS
- Elettrostimolazione

Il Rimborso sarà garantito come segue:

- ❖ senza applicazione di **alcuna quota di spesa a carico** in caso di prestazioni effettuate presso un Centro Convenzionato con il Network Fondosani/Mutua MBA/Health Assistance (**Assistenza Diretta e Indiretta in Network**);
- ❖ con applicazione di una percentuale di **spesa a carico** del **30%** con **minimo non rimborsabile** pari ad **€ 60,00** per ciclo di terapia in caso di prestazioni effettuate presso un Centro non Convenzionato con il Network Fondosani/Mutua 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**, Fondosani – anche per il tramite di Mutua MBA o del service provider incaricato – 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 Fondosani, o a 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 tra 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. Inoltre, il Fondo – anche per il tramite di Mutua MBA o del service provider incaricato – 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 alla Guida Operativa che costituisce parte integrante del presente Sussidio.

M. CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

Fondosani, entro il **Sostegno anno/nucleo** pari ad **€ 1.500,00**, provvederà al Rimborso – anche per il tramite di Mutua MBA o del service provider incaricato – delle spese sostenute dall'Assistito per Cure dentarie a seguito di Infortunio (documentato da referto di Pronto Soccorso).

Il Rimborso sarà garantito come segue:

- ❖ senza applicazione di **alcuna quota di spesa a carico** in caso di prestazioni effettuate presso un Centro Convenzionato con il Network Fondosani/Mutua MBA/Health Assistance (**Assistenza Diretta e Indiretta in Network**);

- ❖ con applicazione di una percentuale di **spesa carico** del **30%** per evento in caso di prestazioni effettuate presso un Centro non Convenzionato con il Network Fondosani/Mutua MBA/Health Assistance (**Assistenza Indiretta fuori Network**);
- ❖ in caso di prestazioni effettuate a **totale carico del Servizio Sanitario Nazionale** ed erogate sotto forma di **ticket sanitari**, Fondosani – anche per il tramite di Mutua MBA o del service provider incaricato – rimborserà integralmente le spese sostenute dall'Assistito.

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 Fondosani, o a 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. Inoltre, il Fondo – anche per il tramite di Mutua MBA o del service provider incaricato – 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 alla Guida Operativa che costituisce parte integrante del presente Sussidio.

N. PACCHETTO MATERNITA'

Fondosani, entro un **Sostegno annuo** pari ad **€ 1.000,00**, garantisce all'Assistita in stato di gravidanza, il Rimborso – anche per il tramite di Mutua MBA o del service provider incaricato – di tutte le spese sanitarie sostenute per le seguenti prestazioni:

- a) Visite di controllo ostetrico ginecologiche;
- b) Ecografie;
- c) Monitoraggio dello sviluppo del feto;
- d) Analisi di laboratorio;
- e) Translucenza nucale.

il Rimborso sarà garantito senza applicazione di **alcuna quota di spesa a carico** sia in caso di prestazioni effettuate presso un Centro Convenzionato con il Network Fondosani/Mutua MBA/Health Assistance (**Assistenza Diretta e Indiretta in Network**) o presso un Centro non Convenzionato con il Network Fondosani/Mutua MBA/Health Assistance (**Assistenza Indiretta fuori Network**), che in caso di prestazioni sostenute a **totale carico del Servizio Sanitario Nazionale** ed erogate 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 Fondosani, o a 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 tra 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. Inoltre, il Fondo – anche per il tramite di Mutua MBA o del service provider incaricato – 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 alla Guida Operativa che costituisce parte integrante del presente Sussidio.

O. FISIOTERAPIE A SEGUITO DI GRAVI MALATTIE

Fundosani, entro il **Sostegno anno/nucleo** pari ad € **1.000,00**, garantisce all'Assistito il Rimborso – anche per il tramite di Mutua MBA o del service provider incaricato – delle spese sostenute per Fisioterapie prescritte da Medico specialista in materia ed effettuate da fisioterapista diplomato, rese necessarie e prettamente legate al verificarsi di una o più delle seguenti Gravi Malattie:

1. Infarto miocardico acuto: Coronaropatia qualora dia origini a necrosi ischemiche acute del miocardio da brusca riduzione del flusso coronarico che provochi ricovero in unità coronarica di almeno 5 giorni. La diagnosi viene formulata per la presenza contemporanea dei seguenti caratteri:
 - dolore precordiale;
 - alterazione tipiche all'ECG;
 - aumento dell'attività sierica degli enzimi liberati dalle cellule miocardiche;
2. Ictus cerebrale (accidente cerebrovascolare acuto): emorragia od infarto cerebrale (trombosi od embolia) ad esordio brusco immediatamente riscontrato in ambito di ricovero ospedaliero che produca danno neurologico sensitivo o motorio;
3. Tumore: neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale, la cui diagnosi venga basata e dimostrata da esame istopatologico o da altra certificazione ospedaliera. Limitatamente alla sola copertura in oggetto, vengono esclusi: i carcinomi in situ, la degenerazione neoplastica dei polipi intestinali, i carcinomi della mammella che non hanno interessamento linfonodale metastatico, i carcinomi della vescica urinaria limitati al I stadio ed i tumori cutanei ad eccezione del melanoma maligno del III e IV stadio di Clarke;
4. Insufficienza Renale: malattia renale irreversibile in dialisi cronica;
5. Ustioni del 3° grado

Il Rimborso sarà garantito come segue:

- ❖ con applicazione di una percentuale di **spesa a carico** del **30%** per evento sia in caso di prestazioni effettuate presso un Centro Convenzionato che non Convenzionato con il

Network Fondosani/Mutua MBA/Health Assistance (Assistenza Diretta e Indiretta in Network e Assistenza Indiretta fuori Network);

- ❖ in caso di prestazioni sostenute a **totale carico del Servizio Sanitario Nazionale** ed erogate sotto forma di **ticket sanitari**, Fondosani – anche per il tramite di Mutua MBA o del service provider incaricato – rimborserà integralmente le spese sostenute dall'Assistito.

La garanzia è operante a condizione che la data della prima diagnosi (comprovata da cartella clinica e certificazione medica) sia successiva alla data di decorrenza del Sussidio o comunque successiva alla data di inserimento in copertura dell'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 Fondosani, o a 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 tra 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. Inoltre, il Fondo – anche per il tramite di Mutua MBA o del service provider incaricato – 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 alla Guida Operativa che costituisce parte integrante del presente Sussidio.

P. CONSULENZA PSICOLOGICA PER GRAVI MALATTIE

Fundosani, garantisce all'Assistito il Rimborso – anche per il tramite di Mutua MBA o del service provider incaricato – delle spese sostenute per Consulenze Psicologiche, rese necessarie e prettamente legate al verificarsi di una o più delle Gravi Malattie di cui al precedente **art. O.**, a seguito di prescrizione di un Medico specialista.

La presente garanzia assicura il Rimborso di massimo **n. 12 (dodici)** sedute di Consulenza Psicologica di importo pari ad **€ 30,00** ciascuna.

La garanzia è operante a condizione che la data della prima diagnosi (comprovata da cartella clinica e certificazione medica) sia successiva alla data di decorrenza del Sussidio o comunque successiva alla data di inserimento in copertura dell'Assistito.

Per la documentazione da inoltrare si rimanda alla Guida Operativa che costituisce parte integrante del presente Sussidio.

SEZIONE 6 – Area sostegno

Q. CONTRIBUTO ECONOMICO IN CASO DI DECESSO – Garanzia valida solo in caso di morte del Titolare del Sussidio

In caso di premorienza **dell'Assistito Titolare del Sussidio**, nel corso di validità dello stesso, a seguito di Malattia o Infortunio, fatta eccezione per le ipotesi di cui all'art. 19, sez. 3 (Esclusioni), Fondosani – anche per il tramite di Mutua MBA o del service provider incaricato – riconoscerà il versamento a favore degli eredi facenti parte del Nucleo familiare di un **Contributo pari ad € 15.000,00 a titolo di sostegno economico.**

Per eredi si intendono il coniuge/partner unito civilmente (o in alternativa il convivente more uxorio) ed i figli. In mancanza di una di queste figure, l'Indennità spetta ai genitori e/o ai fratelli e sorelle, solo se conviventi e a carico del defunto.

In caso di decesso dell'Assistito, gli eredi, al fine di ottenere il Rimborso di cui al presente **art. Q.**, dovranno inviare alla Centrale Salute i seguenti documenti:

- Modulo di richiesta del Contributo di assistenza (scaricabile dall'area riservata di Fondosani);
- Copia del Certificato attestante l'avvenuto decesso dell'Assistito;
- Documentazione che attesti le circostanze e che accerti le cause del decesso; (a titolo di esempio non esaustivo: Verbale delle autorità sulle cause e circostanze del decesso, se presente; copia della relazione autoptica o idonea certificazione che attesti che l'autopsia non è stata eseguita; copia degli esami ematici e tossicologici effettuati nel corso dell'esame autoptico/necroscopico);
- Dichiarazione sostitutiva del superstite ex art. 47 D.P.R. 445/2000 (attestante la qualifica di superstite come sopra definito);
- Dichiarazione sostitutiva di notorietà dalla quale si evincano i dati identificativi degli eredi;
- IBAN dell'erede designato per l'accredito del Contributo; In presenza di figlio/i studente/i, Dichiarazione sostitutiva dello stato di famiglia e/o dichiarazione sostitutiva attestante il grado di parentela, completi di data e firma olografa dell'Assistito, idonei a certificare il legame parentale tra l'Assistito deceduto ed il figlio/i studente/i.

Nel caso in cui la salma dell'Assistito non dovesse essere ritrovata, Fondosani – anche per il tramite di Mutua MBA o del service provider incaricato – eroga le prestazioni agli eredi dopo 6 (sei) mesi dalla presentazione e accettazione dell'istanza di morte presunta. Se dopo il pagamento del contributo economico risulti che L'Assistito sia vivo o che la morte sia riconducibile alle clausole di esclusione di cui all'art. Art. 19 – Esclusioni della SEZIONE 3, Fondosani – ovvero, per il suo tramite, Mutua MBA o il service provider incaricato – ha diritto alla restituzione dell'intera somma pagata. A restituzione avvenuta l'Assistito avrà così diritto al contributo economico spettante in base al presente Sussidio, per altri casi eventualmente garantiti.

Si precisa che, ai fini dell'attivazione della presente garanzia, gli eredi legittimi e/o beneficiari dovranno delegare, con procura autenticata da notaio o altra autorità competente, un solo erede ai fini della riscossione dell'intera somma concessa.

R. FRAGILITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO Garanzia valida esclusivamente per l'Assistito Titolare del Sussidio

È destinatario della presente prestazione l'Assistito Titolare e/o membro del Nucleo Familiare che subisce conseguenze permanenti da un **Infortunio** verificatosi durante il periodo di validità del Sussidio.

Qualora l'Infortunio, occorso nel periodo di validità del Sussidio, abbia come conseguenza uno stato di fragilità permanente dell'Assistito secondo l'elenco esaustivo all' **Allegato 3 "Elenco degli esiti permanenti di Infortunio"**, FONDOSANI – anche per il tramite di Mutua MBA o del service provider incaricato – 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 e assistenziali** - per gli **"Esiti permanenti di Infortunio di tipo II, tipo III e tipo IV"** - strettamente collegate 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;
 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"**

Salvo quanto 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 Fondosani/Mutua 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 Sussidio per sottoscrizione o per rinnovo da parte dell'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 Fondosani, o a 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.

Accertamento dell'esito permanente dell'infortunio.

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

È necessario che l'Assistito comunichi l'evento (infortunio) entro il termine massimo di 180 giorni dalla data dell'evento denunciato, 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 Fondosani o alla società da quest'ultima individuata (Mutua MBA o Health Assistance S.C.p.A.) la seguente documentazione:

- Diagnosi (certificato del medico curante attestante lo stato di fragilità permanente – scaricabile dalla sezione personale del sito di Fondosani 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 FONDOSANI ritenga necessario produrre per attestare lo stato di fragilità permanente e le circostanze dell'Infortunio.

FONDOSANI, in ogni caso, ha la facoltà di procedere, eventualmente alla presenza del Medico curante dell'Assistito, a controlli presso l'Assistito e, in particolare, di farlo esaminare da un Medico di sua scelta. In caso di rifiuto da parte dell'Assistito 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 FONDOSANI ovvero, se operato per il suo tramite, a Mutua MBA o al service provider incaricato.

Il decesso dell'Assistito dovrà essere immediatamente comunicato a Fondosani (dai familiari conviventi dell'Assistito). Tutti gli importi eventualmente percepiti dopo il decesso dovranno essere restituiti a FONDOSANI ovvero, se operato per il suo tramite, a Mutua MBA o al service provider incaricato.

L'Assistito 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.

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

1. in cantieri, anche edili,
2. su impalcature, tetti e ponteggi,
3. in stalle, officine, porti,

il sostegno economico si intenderà ridotto del 25%.

Il decesso dell'Assistito precedente alla valutazione della documentazione e autorizzazione all'attivazione delle prestazioni comporta il decadimento della pratica.

Validità delle prestazioni.

Fondosani non riconosce all'Assistito il diritto alle prestazioni che siano riconducibili ad un infortunio accorso precedentemente alla data di effetto del Sussidio, sia come conseguenza diretta di esso che come aggravamento della condizione preesistente, che accorso durante il periodo di validità del Sussidio ma aggravamento di una condizione già riconosciuta ai sensi del Sussidio.

Fondosani non riconosce all'Assistito le prestazioni 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. 18 – Esclusioni della *SEZIONE 4*;
- infortunio subito alla guida di mezzi di locomozione aerei;
- infortunio occorso alla guida di veicoli o natanti causati da crisi epilettiche dell'Assistito o se l'Assistito 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 esplosivi;
- sport che prevedano l'uso di veicoli o natanti a motore e che non siano di regolarità pura.

S. RIMBORSO SPESE PER NON AUTOSUFFICIENZA – Garanzia valida esclusivamente per l'Assistito Titolare del Sussidio

La presente garanzia non è cumulabile con le altre previste dal presente Sussidio.

La presente prestazione si attiva all'insorgenza, nel corso di validità del presente Sussidio Sanitario, di eventi impreveduti ed invalidanti dell'Assistito Titolare, derivanti sia da Infortunio che da Malattia, anch'essi insorti durante la vigenza del presente Sussidio Sanitario e tali da comportare uno stato di non autosufficienza per il quale l'Assistito non può svolgere autonomamente le attività elementari della vita quotidiana.

S.1 - Definizione dello stato di non autosufficienza

È considerato in stato di non autosufficienza l'Assistito Titolare che, a causa di una Malattia o di Infortunio si trovi per un periodo non inferiore a 90 giorni continuativi, in uno stato tale – presumibilmente in modo permanente – da aver bisogno dell'assistenza di un'altra persona per aiutarlo nello svolgimento delle attività ordinarie della vita quotidiana –ADL (Activities of Daily Living), nonostante l'utilizzo di apparecchiature mediche e/o chirurgiche.

È definita persona non autosufficiente la persona che risulti incapace di svolgere in tutto o in parte alcune attività elementari della vita quotidiana:

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

Lo stato di non autosufficienza verrà valutato secondo il criterio del punteggio (Allegato 1 – “Tabella dei Punteggi”), ossia, ad ognuna delle attività elementari della vita quotidiana, sulla base di una valutazione del proprio Comitato Medico-Legale, Fondosani accerta il grado di autonomia della persona e assegna un punteggio da 0 a 10.

R.2. - Accertamento dello stato di non autosufficienza

Il Comitato Medico – Legale, eventualmente avvalendosi della consulenza tecnico-specialistica ritenuta necessaria, esaminerà e valuterà tempestivamente la documentazione ricevuta (si veda a tal proposito la Guida Operativa) entro e non oltre un mese dalla data di ricevimento della documentazione completa ed eventualmente predisporrà una visita.

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

- Modulo di richiesta di Rimborso (scaricabile dalla sezione personale del sito di Fondosani o richiedibile alla Centrale Salute);
- Diagnosi e/o patologia (certificato del medico curante attestante l'insorgere della non autosufficienza corredata dalla tabella dei punteggi – scaricabile dalla sezione personale del sito di Fondosani o richiedibile alla Centrale Salute – compilata dal medico curante);
- Relazione medica sulle cause della perdita di autosufficienza;

- Documentazione sanitaria (cartelle cliniche, relazioni mediche, accertamenti diagnostici, etc.) utile alla valutazione del quadro clinico;
- Ogni altro documento che Fondosani ritenga necessario produrre per attestare l'insorgenza dello stato di non autosufficienza.

Fundosani avrà diritto di richiedere accertamenti medici che attestino la permanenza dello stato di non autosufficienza e qualora l'accertamento evidenzi il recupero della autosufficienza, comunicherà all'Assistito la sospensione ovvero la revoca definitiva delle prestazioni.

Il venir meno dello stato di non autosufficienza o il decesso dell'Assistito dovrà essere immediatamente comunicato a Fondosani o alla società da quest'ultima individuata - Mutua MBA o Health Assistance S.C.p.A. - (dai familiari conviventi dell'Assistito). Tutti gli importi eventualmente percepiti dopo il decesso o a seguito del venir meno dello stato di non autosufficienza dovranno essere restituiti a Fondosani ovvero, se operato per il suo tramite, a Mutua MBA o al service provider incaricato.

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

In caso di rifiuto da parte dell'Assistito a sottoporsi ad un controllo o all'invio dei documenti richiesti, l'erogazione delle prestazioni è revocata dalla data della richiesta del controllo o della documentazione da parte di Fondosani.

L'Assistito deve fornire tutte le informazioni necessarie relative al proprio stato di salute e si assume la responsabilità della veridicità delle dichiarazioni rese.

Fundosani ha facoltà di richiedere, con cadenza annuale, certificazione di permanenza in vita del beneficiario.

R.3. - Rimborso delle spese sanitarie e assistenziali

L'accertamento con esito positivo dello stato di non autosufficienza dà diritto, a decorrere dalla data della richiesta derivante dallo stato di non autosufficienza, al rimborso delle spese sanitarie e assistenziali sostenute sia presso Centri Convenzionati (sia nella Forma Diretta che Indiretta), sia presso Centri non Convenzionati e sia presso SSN e strettamente collegate allo stato di non autosufficienza (importi cumulabili per la medesima tipologia di prestazione eventualmente riconosciuta ai sensi di altro Sussidio attivato per il tramite di Fondosani), quali:

- Assistenza domiciliare (Badante, Operatore Socio Sanitario, Infermiere)
- Contributo RSA (in sostituzione dell'Assistenza domiciliare)
- Fisioterapie (anche domiciliari)
- Spese per Farmaci
- Spese per adeguamento dell'immobile

Le prestazioni di cui sopra saranno garantite da Fondosani – anche per il tramite di Mutua MBA o del service provider incaricato – permanendo lo stato di non autosufficienza entro un **limite massimo di € 200,00 al mese per singolo anno di riferimento e per un periodo massimo di 36 mesi** (fermo restando il regolare versamento dei contributi dovuti) o per il minor tempo

intercorso qualora dovesse venir meno, per qualsivoglia motivo, lo stato di non autosufficienza ovvero la qualifica di Assistito.

Ai fini del Rimborso delle spese di cui al presente punto S.3., l'Assistito dovrà fornire a Fondosani, o alla società da quest'ultima individuata (Mutua MBA o Health Assistance S.C.p.A.), la documentazione comprovante la data, il costo e l'oggetto della prestazione di cui è presentata domanda di rimborso (fatture, certificato medico etc.).

S.4. - Modalità di attivazione della garanzia in forma diretta

Fermo restando quanto sopra, Fondosani – anche per il tramite di Mutua MBA o del service provider incaricato – mette a disposizione degli Assistiti un Network di Strutture e professionisti Convenzionati a cui poter accedere per le prestazioni previste al punto precedente.

L'Assistito, una volta accertato lo stato di non autosufficienza sulla base del punteggio raggiunto, potrà verificare con la Centrale Salute la possibilità di attivare in forma Diretta sul territorio di residenza/domicilio la prestazione di Assistenza domiciliare (Badante, Operatore Socio-Sanitario).

Pertanto, qualora l'Assistito decida di avvalersi di una struttura e/o professionista convenzionato e di richiedere l'erogazione in forma Diretta delle prestazioni della presente Sezione, Fondosani – anche per il tramite di Mutua MBA o del service provider incaricato – procederà a rimborsare direttamente alla Struttura/professionista le spese per le prestazioni sanitarie e/o socioassistenziali erogate ed espressamente autorizzate dalla Centrale Salute.

In nessun caso, la Struttura Sanitaria e/o il professionista Convenzionato/a, potrà promuovere a qualsiasi titolo azione di rivalsa nei confronti dell'Assistito, salvo che per i crediti relativi a spese non previste ai sensi del presente Regolamento, per la parte eccedente il limite dei rimborsi previsti o per tutte le spese non espressamente autorizzate dalla Centrale Salute.

SEZIONE 7 – Area prevenzione

T. PREVENZIONE ODONTOIATRICA

Fondosani, offre all'Assistito la possibilità di usufruire, senza alcuna quota di spesa a carico, entro l'anno di validità del presente Sussidio, di **1 (uno)** Pacchetto di Prevenzione Odontoiatrica comprendenti una Visita Odontoiatrica e una Seduta di Detartrasi (Ablazione del tartaro).

Le prestazioni potranno essere effettuate, esclusivamente, previa autorizzazione per il tramite della Centrale Salute e solo in forma diretta, ricorrendo a Centri Convenzionati con il Network Fondosani/Mutua MBA/Health Assistance (Assistenza Diretta in Network).

U. PREVENZIONE UOMO/DONNA – CHECK UP CARDIOLOGICO UOMO/DONNA – Garanzia valida esclusivamente per l'Assistito Titolare del Sussidio

Fondosani garantisce all'Assistito, la possibilità di usufruire senza alcuna quota di spesa a suo carico, una volta l'anno, di 1 (uno) Check Up Cardiologico.

Di seguito l'elenco delle prestazioni previste dal Check Up.

CHECK UP CARDIOLOGICO UOMO/DONNA- COD. 06

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 Fondosani/Health Assistance (Assistenza Diretta in Network).

V. TELEVISITA SPECIALISTICA – Garanzia valida esclusivamente per l'Assistito Titolare del Sussidio

Fondosani garantisce all'Assistito, la possibilità di effettuare gratuitamente, una volta l'anno e per il tramite di Health Point, 1 (una) Televisita di prevenzione a scelta.

La Televisita sarà eseguita da Medico specializzato in una delle seguenti materie:

- Scienza della Nutrizione;
- Cardiologia;
- Pneumologia.

La prestazione potrà essere effettuata, esclusivamente, previa autorizzazione per il tramite della Centrale Salute e solo in forma diretta, senza applicazione di alcuna Quota di spesa a carico dell'Assistito.

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

SEZIONE 8 – Area assistenza

W. ASSISTENZA H24

W.1. PRESTAZIONI EROGATE PER L'ASSISTENZA H24

Ciascuna delle successive prestazioni di Assistenza è fornita non più di tre volte per annualità, salvo eventuale diversa indicazione per le singole prestazioni.

W.2. CONSULENZA MEDICA TELEFONICA

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

W.3. 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 del suo Medico di guardia, ad inviare gratuitamente uno dei propri Medici Convenzionati.

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

W.4. INVIO AMBULANZA (VALIDITA' TERRITORIALE ITALIA)

Qualora l'Assistito, in seguito ad Infortunio o Malattia, necessiti, successivamente al Ricovero di primo soccorso di:

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

la Centrale Operativa invia direttamente l'autoambulanza tenendo a proprio carico il costo sino ad **un massimo di 100 km** di percorso complessivo (andata e ritorno).

Non danno luogo alla prestazione i trasporti per terapie continuative.

W.5. In caso di necessità

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

W.6. La Centrale per l'assistenza H24

IL NUMERO DA CONTATTARE PER ATTIVARE I SERVIZI DELL'ASSISTENZA H24 IN CASO DI NECESSITA' È IL NUMERO VERDE: 800.598.635, ATTIVO 24 ore su 24, 365 gg. all'anno, in lingua italiana.

W.7. Rischi esclusi per la garanzia assistenza H24

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

- a) Cause ed eventi non adeguatamente documentati.
- 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).

X. CONSERVAZIONE DELLE CELLULE STAMINALI

Per tutto il corso di validità del presente Sussidio, l'Assistito avrà a disposizione a costi agevolati la possibilità di usufruire di convezioni presso Partner di Fondosani.

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 nella Guida Operativa facente parte integrante del presente Sussidio consultabile nell'Area Riservata del portale del Fondo Sanitario Integrativo Fondosani.

ALLEGATO 1 “ELENCO DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI”**NEUROCHIRURGIA**

- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
- Interventi di cranioplastica
- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
- Asportazione tumori dell’orbita
- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
- Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore
- Interventi sul plesso brachiale

CHIRURGIA GENERALE

- Ernia inguinale e femorale (con esclusione di tutte le altre ernie della parete addominale)
- Intervento per asportazione tumore alla mammella

OCULISTICA

- Interventi per neoplasie del globo oculare
- Intervento di enucleazione del globo oculare
- Cataratta ed interventi sul cristallino con eventuale vitrectomia

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori maligni del cavo orale
- Asportazione di tumori parafaringei, dell’ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di corpectomia)
- Interventi demolitivi del laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale e mascellare
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Intervento per neurinoma dell’ottavo nervo cranico
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

CHIRURGIA DELL’APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per echinococchi polmonare
- Pneumectomia totale o parziale
- Interventi per cisti o tumori del mediastino
- Interventi per poliposi nasale

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Interventi sul cuore per via toracotomica
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
- Interventi sull’aorta addominale per via laparotomica
- Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale

- Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Asportazione di tumore glomico carotideo
- Safenectomia per grandi vasi (solo varici della grande safena)
- Bypass aortocoronarico singolo o multiplo con o senza circolazione extracorporea
- Bypass aorto-iliaco – femorale (aorto-femorale, aorto-iliaco, alla poplitea, aortopopliteo)

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagoplastica
- Intervento per mega-esofago
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Drenaggio di ascesso epatico
- Interventi per echinococcosi epatica
- Resezioni epatiche
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Interventi per neoplasie pancreatiche

UROLOGIA

- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Cistoprostatovescicolectomia
- Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
- Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare
- Calcolosi urinaria

GINECOLOGIA

- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
- Vulvectomy radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
- Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia
- Isterectomia con eventuale annessectomia

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi per costola cervicale
- Interventi di stabilizzazione vertebrale
- Interventi di resezione di corpi vertebrali

-
- Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
 - Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
 - Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio
 - Interventi al tunnel carpale e dito a scatto

CHIRURGIA MAXILLO- FACCIALE

- Interventi di chirurgia oro maxillo-facciale per mutilazioni del viso conseguenti ad infortunio che comportino una riduzione delle capacità funzionali superiore al 25%

TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti

ALLEGATO 2 “TABELLA DEI PUNTEGGI PER LA DETERMINAZIONE DEL GRADO DI NON AUTOSUFFICIENZA”**Lavarsi**1° grado

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

punteggio 0

2° grado

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

punteggio 5

3° grado

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

punteggio 10

Vestirsi e svestirsi1° grado

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

punteggio 0

2° grado

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

punteggio 5

3° grado

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

punteggio 10

Igiene personale1° grado

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

(1) andare al bagno

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

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

punteggio 0

2° grado

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

punteggio 5

3° grado

l'Assistito necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività:

punteggio 10

Mobilità1° grado

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

punteggio 0

2° grado

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

punteggio 5

3° grado

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

punteggio 10

Continenza

1° grado

l'Assistito è completamente continente:

punteggio 0

2° grado

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

punteggio 5

3° grado

l'Assistito è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come pannoloni, catetere o colostomia:

punteggio 10

Alimentazione

1° grado

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

punteggio 0

2° grado

l'Assistito necessita di assistenza per 1 o più delle seguenti attività:

- sminuzzare/tagliare i cibi;
- sbucciare la frutta;
- aprire contenitore/una scatola;
- versare bevande nel bicchiere:

punteggio 5

3° grado

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

punteggio 10.

ALLEGATO 3 – 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 cocchigea 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