

Regolamento del Sussidio mutualistico

OPERA ESTERO PREMIUM

Il Presente Regolamento è da considerarsi parte integrante dello Statuto e del Regolamento Applicativo dello Statuto della Società di Mutuo Soccorso “Mutua Nazionale – Società di Mutuo Soccorso”

Edizione 2023

INDICE	PAGINA
SEZIONE 1.: GLOSSARIO	3
SEZIONE 2.: NORME GENERALI.....	10
SEZIONE 3.: NORME RELATIVE A TUTTE LE PRESTAZIONI (SALVO NON SIA ESPRESSAMENTE DEROGATO)	15
SEZIONE 4.: AREA OSPEDALIERA.....	21
SEZ. 4.1 - AREA OSPEDALIERA – RICOVERO, INTERVENTO E ALTRE PRESTAZIONI OSPEDALIERE.....	21
A. RICOVERI CON/SENZA INTERVENTO CHIRURGICO, DAY SURGEY, DAY HOSPITAL, INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE	21
SEZ. 4.2 - AREA OSPEDALIERA – INDENNITA'	24
B. INDENNITA' SOSTITUTIVA IN CASO DI RICOVERO CON/SENZA INTERVENTO, DAY SURGEY, DAY HOSPITAL	24
SEZIONE 5.: AREA SPECIALISTICA	25
SEZ. 5.1 - AREA OSPEDALIERA – PRESTAZIONI EXTRA-OSPEDALIERE	25
C. ALTA DIAGNOSTICA E TERAPIE.....	25
D. VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	26
SEZ. 5.2 - AREA OSPEDALIERA – CURE DENTARIE	27
E. CURE DENTARIE DA INFORTUNIO	27
F. CURE ODONTOIATRICHE (diverse da Cure Dentarie da Infortunio)	28
SEZIONE 6.: AREA SOSTEGNO.....	30
SEZ. 6.1 - AREA SOSTEGNO – NON AUTOSUFFICIENZA	30
G. RIMBORSO SPESE PER STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA	30
SEZ. 6.2 - AREA SOSTEGNO – DECESSO DELL'ASSOCIATO TITOLARE.....	32
H. CONTRIBUTO DI ASSISTENZA E SUPPORTO PER LE SPESE DI ISTRUZIONE	32
SEZ. 6.3 - AREA SOSTEGNO – INVALIDITA'	33
I.1. CONTRIBUTO DI ASSISTENZA E RIMBORSO SPESE PER STATO DI INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO.....	33
I.2. CONTRIBUTO DI ASSISTENZA E RIMBORSO SPESE PER STATO DI INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA	37
ALLEGATO 1 – ELENCO DEI “GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI”.....	39
ALLEGATO 2 – TABELLA DEI PUNTEGGI PER LA DETERMINAZIONE DEL GRADO DI NON AUTOSUFFICIENZA.....	41

SEZIONE 1.: GLOSSARIO

Aborto

Interruzione prematura di una gravidanza, per cause naturali o provocata artificialmente.

Aborto Spontaneo

Interruzione prematura di una gravidanza avvenuta per cause naturali, non causata da un intervento esterno.

Aborto terapeutico

Interruzione di una gravidanza motivata esclusivamente da ragioni di ordine medico, come la presenza di gravi malformazioni del feto.

Anno

Periodo di tempo pari a trecentosessantacinque giorni, o a trecentosessanta sei in caso di anno bisestile.

Assistenza diretta

Modalità di erogazione del servizio in base al quale le prestazioni sono effettuate presso strutture sanitarie Convenzionate utilizzando personale medico Convenzionato, per il tramite di Health Assistance. In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente da Mutua Nazionale alle strutture e ai Medici Convenzionati. (escluse eventuali quote a carico del Socio). L'Assistenza diretta è sempre subordinata all'Autorizzazione alla presa in carico (P.I.C.). L'elenco delle strutture Convenzionate è consultabile dal Socio nella propria area riservata.

Assistenza Indiretta

Modalità di erogazione del servizio in base alla quale, dietro presentazione di richiesta da parte del Socio, Mutua Nazionale rimborsa le spese mediche sostenute, nei termini previsti dal presente Piano Sanitario. È necessario allegare alla richiesta di Rimborso la documentazione medica e i documenti di spesa. Nel caso in cui la prestazione venga effettuata in una struttura sanitaria Convenzionata è necessario presentare il modulo di Accesso al Network per il proprio riconoscimento.

Assistenza infermieristica

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

Animale domestico

Animale che vive stabilmente in un'abitazione con un nucleo familiare. Al fine di attivare la copertura dovrà essere presentata a Mutua Nazionale copia dell'iscrizione all'anagrafe canina da cui risulti il codice del micro-cip ovvero del tatuaggio.

Associato

Persona fisica iscritta regolarmente alla Mutua ed il cui interesse è protetto dal Sussidio, cittadino della Repubblica Italiana o cittadino straniero residente in Italia. Sono Associati anche i familiari

aventi diritto ai sensi del presente Regolamento e dell'art. 11 del Regolamento Applicativo dello Statuto di Mutua Nazionale.

Attività professionale

Attività svolta professionalmente in maniera costante e sistematica, non meramente occasionale, anche se non esercitata come attività principale.

Carenza

Periodo temporale che intercorre tra la data di decorrenza della copertura e l'effettiva operatività delle prestazioni. Qualora l'evento avvenga in tale periodo, Mutua Nazionale non corrisponde il Rimborso della prestazione prevista dal Sussidio.

Cartella Clinica

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

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

Mutua Nazionale 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 Associati per l'accesso alle prestazioni e ai servizi (<https://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 la Centrale Salute per l'applicazione di tariffe agevolate applicabili alle prestazioni oggetto del Sussidio sia in caso di Assistenza Diretta che Indiretta.

Centro diagnostico

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

Ciclo di cura

Insieme delle prestazioni connesse ad una medesima patologia o Infortunio contestualmente prescritti dal Medico e presentati a Mutua Nazionale 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'Associato 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

Degenza in istituto di cura con assegnazione di posto letto in esclusivo regime diurno documentato da Cartella Clinica e finalizzato all'erogazione di trattamenti diagnostici, terapeutici, riabilitativi.

Day Surgery

Degenza in istituto di cura con 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 Mutua Nazionale, entro 120 giorni dalla data dell'evento ovvero, in caso di ricovero ordinario o diurno, dalla data delle dimissioni, comporta la decadenza dal diritto al rimborso e al pagamento delle prestazioni, incluse quelle eseguite in forma diretta. L'eventuale sospensione dell'istruttoria della pratica non interrompe il decorrere del termine di 120 giorni sopra indicato. Dunque, nel caso di sospensione, il Socio ha 60 giorni di tempo dalla data di comunicazione della richiesta di ulteriore documentazione per integrare la stessa, purché ciò avvenga sempre entro 120 giorni dall'evento ovvero, in caso di ricovero ordinario o diurno, dalla data delle dimissioni. Decorso 60 giorni, la richiesta verrà respinta e il Socio dovrà presentare nuova e completa domanda comprensiva anche della documentazione integrativa, comunque entro i 120 giorni per non incorrere nella suddetta decadenza.

Difetto Fisico

La deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

Evento

Il fatto (determinato da patologia o Infortunio) per il quale operano le 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.

Guida operativa per accesso ai servizi e alle prestazioni

Il documento complementare che è parte integrante del presente piano sanitario che illustra modalità di accesso ai servizi e ai rimborsi sia in forma diretta che indiretta, documentazione necessaria e tempi.

Health Point

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

Health Point Medical Care

Network di centri medici polispecialistici dotato di strumentazioni innovative e personale specializzato.

Indennità sostitutiva

Importo giornaliero erogato da Mutua Nazionale 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.

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 servizio sanitario pubblico locale (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 o di Struttura di Primo Soccorso convenzionata con il servizio sanitario pubblico locale (attestante le circostanze dell'evento, le cause e le conseguenze dell'evento).

Integratori alimentari/dispositivi medici naturali

Prodotti a base di collagene che agiscono attivando e valorizzando le potenzialità interne del corpo umano, quindi ispirati al principio di cura della salute prima che di cura della Malattia. Il collagene, introdotto nell'uso corrente come integratore alimentare, contribuisce al sostegno ed al funzionamento fisiologico dell'organismo con obiettivi privilegiati di:

- rafforzare le articolazioni prevenendo dolori ed infiammazioni
- mantenere la pelle sana, i capelli folti e le unghie resistenti
- ripristinare la barriera protettiva dello stomaco, evitando nausea ed acidità

Intervento chirurgico

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

Intervento chirurgico ambulatoriale

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

Invalità permanente

La definitiva incapacità fisica, parziale o totale, ad attendere alle proprie occupazioni.

Istituto di Cura

Ospedale, clinica, casa di cura, regolarmente autorizzati alla erogazione di prestazioni sanitarie in base ai requisiti di legge e delle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza o di lungo degenza e di soggiorno, le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche, le cliniche aventi finalità di custodia o educative.

Lesioni da sforzo/atto di forza

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

Malattia

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

Malattia oncologica

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

Malformazione

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

Manifestazione

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

Massimale/sub-massimale

La somma complessiva annua, fino alla concorrenza della quale la Mutua sostiene i costi delle prestazioni previste dal presente piano sanitario.

Medico

Persona legalmente abilitata all'esercizio della professione medica – alla diagnosi e cura – che esercita la professione nei limiti della propria specializzazione e che non sia il Socio, un appartenente al suo nucleo familiare, ovvero il genitore, figlio, fratello, sorella del Socio o di un appartenente al proprio nucleo familiare.

Mutua

Società di Mutuo Soccorso Mutua Nazionale (ora innanzi anche Mutua Nazionale).

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.

Prestazione

Servizi o altra forma di tutela previste dal Sussidio e per i 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 prestazioni è la sussistenza di uno stato patologico (accertato o presunto) conseguente a Malattia o Infortunio.

Presa in carico (P.I.C.)

Documento che la Centrale Salute, a seguito di richiesta dell'Associato e in ottemperanza a quanto previsto nel presente Sussidio, invia ai Centri convenzionati per il servizio di accesso alle prestazioni in forma diretta, nei limiti di quanto previsto dal Sussidio. L'Autorizzazione alla presa in carico costituisce nulla osta all'attivazione del servizio in forma diretta; in nessun caso l'Autorizzazione alla Presa in Carico dovrà considerarsi quale impegno e garanzia alla successiva liquidazione che avverrà solo a seguito delle ulteriori valutazioni documentali e quindi, solo successivamente alla ricezione della documentazione completa inviata da parte

della Struttura Sanitaria; l'Associato si intende obbligato in solido per tutte le prestazioni non oggetto di autorizzazione, non rimborsabili/escluse sulla base del Sussidio sottoscritto, quote di spesa a suo carico eventualmente non emerse/indicate in fase di autorizzazione ma comunque previste dal presente Sussidio.

Quote di spesa a carico del Socio

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

Regolamento

Il presente documento disciplinante le prestazioni ricomprese nella Copertura Sanitaria.

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'Associato.

Ricovero ordinario

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

Rimborso

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

Statuto e Regolamento Applicativo di Mutua Nazionale

Documentazione che regola il rapporto associativo con Mutua Nazionale e costituente parte integrante e sostanziale del presente piano sanitario. Sono sempre consultabili e messi a disposizione del Socio nella propria Area Riservata.

Visita specialistica

La visita effettuata da Medico chirurgo in possesso del titolo di specializzazione, per diagnosi e prescrizione di terapie cui tale specializzazione è destinata.

SEZIONE 2.: NORME GENERALI

Art. 1 – Oggetto

Oggetto del presente Sussidio è:

- l'erogazione di prestazioni, ovvero il rimborso delle spese sanitarie, a favore degli Associati in conseguenza caso di infortunio, malattia, parto, aborto;
- l'erogazione di prestazioni, ovvero il rimborso delle spese agli eredi del socio deceduto;
- l'erogazione di prestazioni, ovvero il rimborso delle spese sanitarie in presenza di condizione di non autosufficienza e invalidità permanente.

Art. 2 – Persone Associate

È persona associata il Titolare del Sussidio che ha sottoscritto il modulo di adesione a Mutua Nazionale richiedendo attivazione del Sussidio stesso. Il Sussidio può essere sottoscritto anche in formula “Nucleo” estendendo il diritto alle prestazioni ai familiari i cui nominativi siano stati espressamente indicati dal Titolare in fase di adesione compatibilmente con le prestazioni previste dal presente Sussidio e con l'art. 3 del Regolamento Applicativo dello Statuto Mutua Nazionale.

Indicando i nominativi dei propri familiari, l'Associato autocertifica con riferimento agli stessi il rispetto dei requisiti di cui al presente Sussidio e al Regolamento Attuativo (art. 9), per beneficiare delle prestazioni. È altresì necessario comunicare tempestivamente alla Mutua eventuali modificazioni del Nucleo Familiare in corso di validità del Sussidio (vedi Art. 4).

Per nucleo si intendono, oltre al Titolare del Sussidio, il coniuge/partner unito civilmente ed il convivente more uxorio, nonché i figli fino a 26 anni di età, 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 presentata apposita autocertificazione in merito) oppure versino in uno stato di invalidità superiore al 66% (a tal fine, al momento dell'adesione, dovrà essere presentata idonea certificazione in merito).

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

Art. 3 – Limiti di età

L'adesione al presente Sussidio è possibile per tutte le persone che alla data di attivazione non abbiano compiuto i 68 anni di età.

L'adesione al presente Sussidio prosegue anche superati i 68 anni a condizione che l'Associato rinnovi, senza soluzione di continuità, di anno in anno l'adesione al Sussidio. In caso di cessazione dell'adesione, una nuova adesione potrà avvenire soltanto con le specifiche modalità previste per i Sussidi sanitari che ammettono l'adesione di Associati che abbiano già compiuto 68 anni.

Quanto previsto ai commi che precedono si intende valido anche nel caso di adesione al Sussidio per tutto il Nucleo familiare; in particolare, qualora uno dei componenti del Nucleo familiare abbia già compiuto i 68 anni di età, l'adesione al presente Sussidio sarà possibile:

- Nella formula "Singolo": per il solo componente del Nucleo familiare con meno di 68 anni;
- Nella formula "Nucleo": per tutti i componenti del Nucleo familiare con meno di 68 anni, esclusi quindi coloro che abbiano già superato detto limite di età.

Le prestazioni previste dal presente Sussidio sono messe a disposizione degli Associati senza alcun limite di età in uscita.

Art. 4 – Variazioni del Nucleo Familiare in corso di anno: inclusione assistiti

Qualora sia prevista l'inclusione del Nucleo Familiare (v. precedente Art. 2 – Persone Associate), l'Associato Titolare deve comunicare immediatamente le variazioni del proprio stato familiare a Mutua Nazionale in forma scritta, entro e non oltre 30 giorni dall'avvenuta variazione:

- nascita/adozione/affidamento prolungato (risultante dallo stato di famiglia) di un figlio;
- matrimonio;
- insorgere di convivenza;
- venir meno – per un familiare – di altra copertura collettiva delle spese sanitarie predisposta dal datore di lavoro.

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

Resta inteso che, per i nuovi Associati, ai fini dell'applicazione, ove previsti, delle Carenze di cui all'art. 16 e delle Pregresse di cui all'art. 17 verrà considerata come data di prima decorrenza il giorno della relativa inclusione.

Art. 5 – Contributi

L'ammontare del contributo che i soci devono versare per le prestazioni e i Sussidi erogati è stabilito dal CdA di Mutua Nazionale ed è differenziato a seconda del Sussidio.

Art. 6 – Pagamento del contributo e decorrenza del Sussidio

Il pagamento del contributo può essere corrisposto a Mutua Nazionale in rate annuali, semestrali, trimestrali o mensili, previa autorizzazione dell'Associato al pagamento delle rate successive mediante RID bancario o carta di credito.

Il Sussidio decorre dalle ore 00:00 del giorno del giorno successivo al pagamento.

Il sottoscrittore delle domanda di adesione può esercitare il diritto di ripensamento entro 14 giorni decorrenti dalla data di sottoscrizione della domanda di adesione medesima ed a condizione che non sia stata data esecuzione al contratto, inviando lettera raccomandata A/R o posta elettronica certificata (PEC) a Mutua Nazionale. Il sottoscrittore esercitando il diritto di ripensamento entro il termine sopra indicato ha diritto al Rimborso degli importi versati a Mutua Nazionale a titolo di quota associativa annuale e di contributo relativo al Sussidio scelto.

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

Durante il periodo di sospensione non verrà erogata alcuna prestazione richiesta, anche se riferibile ad un momento pregresso rispetto al verificarsi dell'insolvenza.

La Società, ricevuto il pagamento dei contributi arretrati, si riserva di svolgere le verifiche bancarie ed amministrative relative al versamento e, nel caso in cui i riscontri siano positivi, riattiverà l'erogazione delle prestazioni.

Nel caso l'irregolarità contributiva superi i 180 gg, il socio decade dalla propria qualifica perdendo ogni diritto.

Art. 7 – Durata, tacito rinnovo e revoca del Sussidio

Il presente Sussidio ha validità di **1 anno (uno)** decorrente dal giorno di cui all'art. 6. Il Sussidio si intende rinnovato di anno in anno successivamente al primo triennio con l'obbligo di pagamento del contributo aggiuntivo e delle quote associative previste, salvo che il Socio non invii comunicazione di non rinnovo mediante lettera raccomandata A/R o posta elettronica certificata (PEC) spedita almeno 60 giorni prima della scadenza triennale ovvero annuale a partire dal quarto anno di copertura.

Il Socio recedente non ha diritto al Rimborso di alcuna somma versata.

In ogni caso Mutua Nazionale entro 90 giorni dalla scadenza triennale e successivamente annuale, si riserva la facoltà di comunicare a mezzo e-mail all'Associato le condizioni di rinnovo per la successiva annualità.

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

- a) decesso dell'Associato o di un suo familiare Associato;
- b) divorzio;
- c) venir meno di convivenza per il convivente more uxorio;
- d) variazione delle condizioni contributive;
- e) iscrizione – per un familiare – ad una copertura collettiva delle spese sanitarie predisposta dal datore di lavoro.

Nel caso di revoche a seguito degli eventi di cui alle precedenti lett. b), c), d) e e) il relativo recesso dovrà essere effettuato dall'Associato Titolare. Fermo restando il versamento dei relativi contributi, la copertura sanitaria resterà in vigore sino alla prima scadenza annuale.

Art. 8 – Dichiarazioni e comunicazioni dell'Associato

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

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

Art. 9 – 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. 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 Attuativo dello Statuto.

Art. 11 – Legge applicabile, giurisdizione e foro competente

Ogni e qualsivoglia controversia che dovesse insorgere tra l'Associato e Mutua Nazionale, anche in dipendenza di una diversa interpretazione, validità, efficacia, esecuzione o risoluzione del presente Sussidio, dello Statuto di Mutua Nazionale, del Regolamento Attuativo dello Statuto di Mutua Nazionale, nonché della domanda di adesione, è regolata dalla Legge Italiana ed è devoluta alla Giurisdizione Italiana. Tutte le eventuali controversie che dovessero insorgere saranno tutte devolute alla cognizione del Tribunale Ordinario di Roma.

Art. 12 – Massimali /sub-Massimali

Tutti i Massimali menzionati nel presente Sussidio, nonché gli eventuali sub-Massimali 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 Massimale o sub- Massimale indicato è da intendersi unico e complessivo per tutti gli eventuali componenti del Nucleo Familiare, salvo casi specifici dove viene espresso diversamente nelle singole prestazioni.

Tutti i Massimali e sub- Massimali previsti dal presente Sussidio saranno pertanto da intendersi anno/nucleo.

Art. 13 – Sottoscrizione di più Sussidi

Qualora l'Associato abbia sottoscritto con Mutua Nazionale più di un Sussidio, avrà diritto ad ottenere la condizione più favorevole (Rimborso delle spese, erogazione di Indennità o indennizzo) tra le prestazioni riconosciutegli dai vari Sussidi sottoscritti.

Art. 14 – Limiti territoriali

Le prestazioni, nei limiti stabiliti dal presente Regolamento, sono valide in tutto il mondo, salvo espresse deroghe previste nelle singole prestazioni. Nel caso di spese effettuate all'estero, incluso il Paese di residenza, 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.

Si precisa che le prestazioni effettuate in Paesi differenti dal Paese di residenza (incluso in Italia), le condizioni di rimborso applicate saranno le medesime previste per prestazioni effettuate in Italia, come disciplinato nel presente Sussidio.

Art. 15 – Rinvio alle norme

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme legislative italiane, lo Statuto di Mutua Nazionale, il Regolamento Applicativo dello Statuto in vigore e la Guida

Operativa che sono consultabili nell'Area Riservata dell'Associato presente sul sito di Mutua Nazionale www.mutuanazionale.org.

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

Art. 16 – Carenze

Fermo quanto previsto all'Art. 6 delle Norme Generali, disciplinante il giorno di decorrenza del Sussidio, le prestazioni hanno effetto (giorno di effetto):

- per gli Infortuni e l'Aborto post – traumatico: dalle ore 24:00 del **giorno di decorrenza** del Sussidio;
- per le Malattie e conseguenze di Malattie, dal **30° giorno** successivo a quello di **decorrenza** del Sussidio;
- per il Parto, dal **270° giorno** successivo a quello di **decorrenza** del Sussidio;
- per le Malattie dipendenti da gravidanza, dal **30° giorno** successivo a quello di **decorrenza** del Sussidio, a condizione che la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo alla decorrenza del sussidio stesso;
- per la conseguenza di stati patologici non conosciuti dall'Associato ma insorti anteriormente alla data di effetto del presente Sussidio, dal **100° giorno** successivo a quello di **decorrenza** del Sussidio.

Qualora il presente Sussidio sia stato sottoscritto in sostituzione, senza soluzione di continuità, ovvero senza alcuna interruzione con precedenti Coperture sanitarie (di Mutue, Fondi di Sanità Integrativa, Casse o Compagnie di Assicurazioni) riguardanti gli stessi associati e identiche prestazioni, gli anzidetti termini operano dal giorno di decorrenza del sussidio precedente.

Art. 17 – Patologie Pregresse

Il diritto alle prestazioni di cui al presente Sussidio non compete quando la richiesta della prestazione sia conseguenza di patologie o infortuni, fatti o eventi preesistenti alla data della domanda di ammissione o laddove il Socio, al momento della richiesta di adesione o successivamente, abbia omesso di dichiarare o abbia fornito dichiarazioni imprecise o mendaci in merito alla sussistenza di patologie, infortuni, fatti o eventi preesistenti alla data della domanda di ammissione o della richiesta di rimborso o inerenti i presupposti per ottenere la prestazione.

Si intendono espressamente **escluse** tutte le prestazioni oggetto del presente Sussidio attivate in conseguenza di:

- Infortuni accaduti anteriormente alla data di attivazione del presente Sussidio;
- Malattie manifestate, diagnosticate, sottoposte ad accertamenti o curate prima della data di attivazione del presente Sussidio o che risulti correlata ad uno stato patologico antecedente alla decorrenza dello stesso.

Trascorso un anno di attivazione ininterrotta del presente Sussidio, l'inclusione delle patologie pregresse opera come segue:

- dopo il primo anno, ovvero a decorrere dal 13° mese di adesione ininterrotta, le pregresse sono riconosciute al 25%;

- dopo il secondo anno, ovvero a decorrere dal 25° mese di adesione ininterrotta, le pregresse sono riconosciute al 50%;
- dopo il terzo anno, ovvero a decorrere dal 37° mese di adesione ininterrotta, le pregresse sono riconosciute al 75%;
- dopo il quarto anno, ovvero a decorrere dal 49° mese di adesione ininterrotta, le pregresse sono riconosciute al 100%.

In caso di attivazione del presente Sussidio senza soluzione di continuità rispetto ad altro Sussidio messo a disposizione da Mutua Nazionale, verrà considerata come data di prima adesione, a tutti gli effetti e salvo particolari deroghe, quella relativa alla stipula del presente Sussidio.

Nel solo caso in cui il Sussidio di provenienza preveda l'inclusione delle pregresse, oppure preveda il riconoscimento delle pregresse, l'esclusione delle prestazioni conseguenti a Malattie manifestate, diagnosticate, sottoposte ad accertamenti o curate prima della data di adesione al presente Sussidio si intenderà valida solo per le maggiori e più ampie prestazioni previste dal presente Sussidio rispetto a quello di provenienza. In tal caso, per tali nuove prestazioni, verrà considerata come data di prima adesione quella relativa al presente Sussidio.

Art. 18 – Esclusioni

Sono escluse dal presente Sussidio sanitario (salvo non sia diversamente previsto nelle specifiche prestazioni):

- 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 servizio sanitario pubblico locale, o di Unità Medica di Primo Soccorso presente nel luogo dell'Infortunio da cui sia chiaramente possibile evincere la data di accadimento dell'Infortunio e le conseguenze traumatiche dello stesso ovvero da specifico accertamento diagnostico completo di referti ed immagini (a titolo esemplificativo, TAC, RMN, radiografie) da cui sia chiaramente ed obiettivamente possibile evincere la data di accadimento dell'Infortunio e le conseguenze traumatiche dello stesso;
- c. le prestazioni di routine, controllo, prevenzione nonché i vaccini (sia l'acquisto del farmaco che l'infusione/somministrazione);
- d. le prestazioni conseguenti a suicidio e tentato suicidio;
- e. le prestazioni derivanti o finalizzate all'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla data di effetto del Sussidio, ad eccezione degli Interventi sui bambini che non abbiano superato i 5 anni di età;
- f. le prestazioni relative a Malattie mentali ed i disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche;
- g. le prestazioni sanitarie e le cure aventi finalità estetica e dietologica, salvo gli Interventi di chirurgia plastica o stomatologia 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;

17

- h. Infortuni o Malattie derivanti da dolo dell'Associato;
- i. le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale, quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, quelle omeopatiche, fitoterapiche, nonché quelle effettuate da Medici o paramedici non abilitati all'esercizio dell'attività professionale;
- j. i farmaci non riconosciuti dalla Farmacopea Ufficiale;
- k. la cura delle Malattie professionali e sindromi correlate, così come definite dal D.lgs. n. 38 del 2000 e successive modifiche e/ o integrazioni;
- l. le prestazioni 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 erogata;
- m. le prestazioni erogate da professionisti non in possesso di regolare iscrizione all'Albo o abilitazione laddove prevista dalla normativa italiana.
- n. le cure e gli Interventi chirurgici finalizzati al trattamento dell'infertilità (ad ovviare allo stato di infertilità) e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale;
- o. il parto naturale o cesareo;
- 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'Associato;
- 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'Associato. Sono compresi nella garanzia quelle sofferte in conseguenza di imprudenza o negligenza anche gravi dell'Associato 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 o fuori pista, 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'Associato 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'Associato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché Ricoveri di lunga degenza. In tal senso si intendono Ricoveri di lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Associato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituti di cura per Interventi di carattere assistenziale e fisioterapico di mantenimento;
 - dd. eventi per i quali sia configurabile la responsabilità di terzi. Esclusivamente in tale caso, a insindacabile giudizio di Mutua Nazionale, espresso anche in base alla valutazione delle circostanze specifiche, potrà essere eccezionalmente riconosciuto il rimborso delle spese e l'erogazione delle prestazioni connesse all'evento, subordinatamente alla presentazione da parte dell'associato di comunicazione della Compagnia assicurativa del terzo danneggiante che rigetta la richiesta di indennità ovvero riconosce tale indennità in una misura inferiore rispetto a quella prevista applicando i massimali di cui al presente sussidio;
 - ee. spese per il trasporto del plasma.
 - ff. Pandemia, se definita come tale dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

Art. 19 – Modalità di erogazione del servizio

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

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 che forma parte integrante del presente Sussidio ed è consultabile nell'Area Riservata dell'Associato presente sul sito di Mutua Nazionale www.mutuanazionale.org.

Mutua Nazionale si riserva di aggiornare la Guida Operativa fornendone debita e preventiva comunicazione attraverso il sito www.mutuanazionale.org.

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

Art. 20 – Documentazione per la presentazione delle richieste

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

Il Socio si impegna a fornire a Mutua Nazionale la documentazione richiesta, anche di data antecedente alla domanda di adesione. Il Socio rilascia preventiva e specifica autorizzazione a Mutua Nazionale a richiedere tale documentazione a terzi, nel rispetto delle vigenti normative.

Si evidenzia che Mutua Nazionale 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.

Tutta la documentazione da produrre deve in ogni caso essere formata (redatta e non semplicemente tradotta) in lingua italiana o in lingua inglese. In caso di documentazione estera o comunque formata in lingue diverse dall'italiano o dall'inglese, la stessa dovrà essere presentata con annessa traduzione in lingua italiana certificata come conforme al testo straniero ad opera della competente autorità diplomatica o consolare italiana ovvero giurata da un traduttore ufficiale accreditato dal Consolato italiano e munita di apostille.

Art. 21 – Tempi di presentazione delle richieste

La documentazione a corredo della domanda di rimborso sia in caso di Indennità che di Assistenza indiretta che di Assistenza Diretta sopra definite, deve essere presentata in modo completo e conforme alle richieste di Mutua Nazionale, entro 120 giorni dalla data dell'evento ovvero in caso di Ricovero ordinario o diurno entro 120 giorni dalla data delle dimissioni. Il socio si impegna a tal fine a presentare, o a far sì che le strutture e i professionisti presso i quali è stata eseguita la prestazione presentino entro il suddetto termine, la documentazione completa a Mutua Nazionale o al service provider dalla stessa incaricato. La mancata presentazione della domanda di rimborso e della documentazione completa (anche in caso di prestazione effettuata in forma diretta) entro il predetto termine comporta la decadenza dal diritto al riconoscimento dell'Assistenza (Diretta/Indiretta/Indennitaria).

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

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

Art. 22 – Tempi di Rimborso

- **Prestazioni effettuate in Assistenza Diretta presso Strutture/professionisti Convenzionati con la Centrale Salute.**

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

○ **Prestazioni effettuate in Assistenza Indiretta**

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

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

SEZIONE 4.: AREA OSPEDALIERA

Premessa

Il presente piano sanitario disciplina le condizioni di rimborso per prestazioni effettuate nel Paese di residenza e per prestazioni effettuate in Italia.

Si precisa che le condizioni di rimborso regolamentate per il ricorso a strutture sanitarie in Italia, sono le medesime da applicare in caso di prestazioni effettuate nel resto del mondo ovvero in paesi differenti da quello di Residenza.

SEZ. 4.1 - AREA OSPEDALIERA - RICOVERO, INTERVENTO E ALTRE PRESTAZIONI OSPEDALIERE

A. RICOVERI CON/SENZA INTERVENTO CHIRURGICO, DAY SURGEY, DAY HOSPITAL, INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE

In caso di **Ricovero ordinario con o senza intervento chirurgico, Day Surgery, Day Hospital, Intervento chirurgico ambulatoriale** reso necessario da malattia, infortunio, parto e aborto terapeutico che risultino compresi nei termini del presente Sussidio, Mutua Nazionale provvede a rimborsare, nel limite del **Massimale annuo/nucleo** pari a € **100.000,00** (elevato a € **150.000,00** in caso di **Ricovero per Grande Intervento Chirurgico**, secondo l'**elenco** esaustivo riportato nell'Allegato 1 "**Elenco dei Grandi Interventi Chirurgici**") le spese inerenti al Ricovero ed all'eventuale intervento chirurgico, come di seguito riportato:

i) Assistenza prima del Ricovero (nei 120 giorni precedenti al Ricovero)

- accertamenti diagnostici compresi onorari medici e visite specialistiche (inerenti alla patologia causa del Ricovero);

ii) Assistenza durante il ricovero:

- prestazioni del chirurgo, dell'aiuto operatore chirurgo, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'Intervento, nonché diritti di sala operatoria;
- materiali di intervento (ivi compreso apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durante l'intervento);
- esami, cure, assistenza medica ed infermieristica;
- medicinali, somministrati durante il Ricovero;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- rette di degenza (escluse le spese voluttuarie), nei limiti del massimale giornaliero di € 450,00 (il limite si intende raddoppiato per i giorni di degenza effettuati nel reparto di terapia intensiva);
- sostegno all'accompagnatore, ossia le spese di vitto e pernottamento sostenute per l'accompagnatore presso l'Istituto di cura, con il limite di € 55,00 al giorno con un

massimo di 30 giorni annui (per 30 giorni si intende il periodo massimo complessivo previsto per questa prestazione).

iii) Assistenza dopo il Ricovero (nei 120 giorni successivi al Ricovero)

- visite specialistiche ed accertamenti diagnostici (inerenti alla patologia causa del Ricovero);
- medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'Istituto di cura;
- prestazioni mediche (qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'Istituto di cura);
- trattamenti fisioterapici e rieducativi e cure termali (escluse spese alberghiere e previa prescrizione di medico specialista), purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.
- assistenza infermieristica a domicilio (post-intervento) con un limite di € 60,00 al giorno e per massimo 40 giorni per evento.

1) A fronte delle prestazioni di cui ai **punti i), ii) e iii)**, in caso di **Ricovero ordinario con o senza intervento chirurgico, Day Surgery, Day Hospital effettuato in ITALIA** reso necessario da malattia, infortunio l'Assistito, nei limiti temporali e nei massimali ivi previsti:

- sostiene una spesa pari ad una **quota a carico del 25%, nel limite di € 15.000 per evento (elevato a € 20.000 in caso di Grande Intervento Chirurgico)**, in caso di prestazioni erogate presso una struttura sanitaria convenzionata con il Network Mutua Nazionale/Health Assistance;
- riceve un rimborso delle spese con una **quota di spesa a carico pari al 50%, nel limite di € 15.000 per evento (elevato a € 20.000 in caso di Grande Intervento Chirurgico)**, in caso di prestazioni erogate presso una struttura sanitaria non convenzionata con il Network Mutua Nazionale/Health Assistance;
- riceve un rimborso senza l'applicazione di **alcuna spesa a suo carico**, in caso di prestazioni sostenute a totale carico del Servizio Sanitario Pubblico Locale, e le strutture con esso convenzionate, ed erogate sotto forma di ticket sanitari.

2) Nel caso in cui le prestazioni di cui ai **punti i), ii) e iii)**, nel caso di **Ricovero ordinario con o senza intervento chirurgico, Day Surgery, Day Hospital effettuato nel Paese di residenza (LOCALE)** reso necessario da malattia, infortunio l'Assistito, nei limiti temporali e nei massimali ivi previsti:

- riceve un rimborso senza l'applicazione di **alcuna spesa a suo carico**, in caso di prestazioni erogate presso una struttura sanitaria convenzionata con il Network Mutua Nazionale/Health Assistance;
- riceve un rimborso delle spese con una **quota di spesa a carico pari al 40%**, in caso di prestazioni erogate presso una struttura sanitaria non convenzionata con il Network Mutua Nazionale/Health Assistance;
- riceve un rimborso senza l'applicazione di **alcuna spesa a suo carico**, in caso di prestazioni sostenute a totale carico del Servizio Sanitario Pubblico Locale, e le strutture con esso convenzionate, ed erogate sotto forma di ticket sanitari.

Il **sub-Massimale anno/nucleo** erogabile per il complesso degli eventi e prestazioni precedenti è pari a:

- € **2.500,00**, in casi di Ricovero ordinario per **Parto naturale**; nel limite del sub-massimale sopra indicato, Mutua Nazionale provvederà a rimborsare le spese sostenute per la cura ed il controllo del neonato nel suo primo anno di vita.
- € **3.500,00**, in casi di Ricovero ordinario per **Parto cesareo/aborto terapeutico**;
- € **2.500,00**, in casi di **Intervento chirurgico ambulatoriale**;
- € **2.000,00**, in casi di **Intervento di Chirurgia Refrattiva e Trattamenti laser ed eccimeri** (in caso di anisometria superiore a tre diottrie o deficit visivo pari o superiore a quattro diottrie per ciascun occhio).

A seguito dell'Evento Parto, garantito ai sensi del presente Sussidio, Mutua Nazionale mette a disposizione dell'Associato la possibilità di destinare € 350,00 a prestazioni inerenti la **Conservazione delle Cellule Staminali**. Il limite indicato è da intendersi come sub-massimale annuo della garanzia "Parto Naturale" o "Parto Cesareo", secondo la tipologia di Parto effettuata. La suddetta spesa sarà rimborsata senza alcuna quota di spesa a carico dell'Associato e solo se effettuata presso Strutture Sanitarie Convenzionate con la Centrale Salute (Assistenza Diretta o Assistenza Indiretta in Network).

1) A fronte delle prestazioni di cui ai **punti i), ii) e iii)**, in caso di **Intervento chirurgico ambulatoriale, Parto naturale, Parto cesareo/aborto terapeutico, Intervento di Chirurgia Refrattiva e Trattamenti laser ed eccimeri effettuati in ITALIA**, l'Assistito, nei limiti temporali e nei massimali ivi previsti:

- sostiene una spesa pari ad una **quota a carico del 30%**, in caso di prestazioni erogate presso una struttura sanitaria convenzionata con il Network Mutua Nazionale/Health Assistance;
- riceve un rimborso delle spese con una **quota di spesa a carico pari al 50%**, in caso di prestazioni erogate presso una struttura sanitaria non convenzionata con il Network Mutua Nazionale/Health Assistance;
- riceve un rimborso senza l'applicazione di **alcuna spesa a suo carico**, in caso di prestazioni sostenute a totale carico del Servizio Sanitario Pubblico Locale, e le strutture con esso convenzionate, ed erogate sotto forma di ticket sanitari.

2) Nel caso in cui le prestazioni di cui ai **punti i), ii) e iii)**, in caso di **Intervento chirurgico ambulatoriale, Parto naturale, Parto cesareo/aborto terapeutico, Intervento di Chirurgia Refrattiva e Trattamenti laser ed eccimeri effettuati nel Paese di residenza (LOCALE)**, l'Assistito, nei limiti temporali e nei massimali ivi previsti:

- riceve un rimborso senza l'applicazione di **alcuna spesa a suo carico**, in caso di prestazioni erogate presso una struttura sanitaria convenzionata con il Network Mutua Nazionale/Health Assistance;
- riceve un rimborso delle spese con una **quota di spesa a carico pari al 40%**, in caso di prestazioni erogate presso una struttura sanitaria non convenzionata con il Network Mutua Nazionale/Health Assistance;

- riceve un rimborso senza l'applicazione di **alcuna spesa a suo carico**, in caso di prestazioni sostenute a totale carico del Servizio Sanitario Pubblico Locale, e le strutture con esso convenzionate, ed erogate sotto forma di ticket sanitari.

In caso di richiesta di Rimborso di spese mediche in forma di Indiretta: è necessario presentare, unitamente alla richiesta, il modulo di accesso al Network compilato e sottoscritto dalla Struttura Sanitaria. In assenza, se la struttura non ha applicato le tariffe agevolate in favore dell'Associato, quest'ultimo avrà diritto a richiedere a Mutua Nazionale il Rimborso delle spese sostenute entro il limite delle Tariffe concordate fra Mutua Nazionale e la Struttura Sanitaria. Le maggiori spese sostenute in ragione della mancata applicazione del Tariffario – determinata dalla mancata attivazione della convenzione da parte dell'Associato - saranno quindi da intendersi a carico del Socio stesso. Inoltre, è previsto in questo caso il Rimborso delle spese come previsto in caso di Assistenza Indiretta fuori Network.

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

SEZ. 4.2 - AREA OSPEDALIERA - INDENNITA'

B. INDENNITA' SOSTITUTIVA IN CASO DI RICOVERO CON/SENZA INTERVENTO, DAY SURGEY, DAY HOSPITAL

Nel caso in cui l'Associato non richieda alcun Rimborso a seguito di **Prestazioni Ospedaliere** di cui al precedente art. A. effettuate **presso Strutture del servizio sanitario pubblico locale o con esso accreditate**, può richiedere a Mutua Nazionale la corresponsione dell'Indennità Sostitutiva giornaliera di cui al presente articolo per far fronte alle necessità legate al recupero della salute a seguito della Malattia, dell'Infortunio, del Parto Naturale e dell' Aborto.

L'Indennità sarà pari a

- **€ 250,00** al giorno per ogni giornata di Ricovero se le prestazioni vengono **effettuate in ITALIA**;
- **€300,00** al giorno per ogni giornata di Ricovero se le prestazioni vengono **effettuate nel Paese di residenza (LOCALE)**.

In entrambi i casi, l'indennità comprende il pernottamento ed è sino ad un massimo di **120 giorni** complessivi per annualità.

Qualora l'Associato richieda la presente Diaria Giornaliera, si intenderà escluso il Rimborso di qualsiasi altra spesa, anche precedente o successiva al Ricovero (pre e post Ricovero) e, eventualmente, sostenuta e riferibile al medesimo Ricovero.

SEZ. 5.1 - AREA OSPEDALIERA - PRESTAZIONI EXTRA-OSPEDALIERE

C. ALTA DIAGNOSTICA E TERAPIE

Mutua Nazionale, in caso di malattia o di infortunio rimborsabile ai sensi del presente Sussidio, anche in assenza di ricovero od intervento chirurgico, su prescrizione medica indicante la motivazione clinica, nei limiti del **Massimale anno/nucleo** pari a **€ 7.500,00** provvede a rimborsare, le spese sostenute per le seguenti prestazioni di Alta Diagnostica strumentale e Terapie.

Alta Diagnostica strumentale

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

Terapie

- Dialisi
- Chemioterapia
- Radioterapia
- Laserterapia

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

Sono escluse:

- 1) le prestazioni non espressamente indicate nell'elenco;

- 2) i controlli di routine e le prestazioni elencate ma finalizzate alla diagnosi o all'erogazione di prestazioni odontoiatriche.

Nel caso in cui l'Assistito effettui tali prestazioni in **ITALIA**:

- sostiene una spesa a suo carico pari al **25%** con minimo non rimborsabile pari a **€ 40,00** per ogni accertamento/ ciclo di terapia, in caso di prestazioni effettuate presso una struttura sanitaria convenzionata con il Network Mutua Nazionale/Health Assistance sia in forma di Assistenza Diretta che in forma di Assistenza Indiretta;
- sostiene una spesa a suo carico pari al **50%** con minimo non rimborsabile pari a **€ 60,00** per ogni accertamento/ciclo di terapia, in caso di prestazioni effettuate presso una struttura sanitaria non convenzionata con il Network Mutua Nazionale/Health Assistance;
- riceve un rimborso senza l'applicazione di **alcuna spesa a suo carico**, in caso di prestazioni sostenute a totale carico del Servizio Sanitario Pubblico Locale ed erogate sotto forma di **ticket sanitari**.

Nel caso in cui l'Assistito effettui tali prestazioni **nel Paese di residenza (LOCALE)**:

- riceve un rimborso senza l'applicazione di **alcuna spesa a suo carico**, in caso di prestazioni effettuate presso una struttura sanitaria convenzionata con il Network Mutua Nazionale/Health Assistance sia in forma di Assistenza Diretta che in forma di Assistenza Indiretta;
- sostiene una spesa a suo carico pari al **50%**, in caso di prestazioni effettuate presso una struttura sanitaria non convenzionata con il Network Mutua Nazionale/Health Assistance;
- riceve un rimborso senza l'applicazione di **alcuna spesa a suo carico**, in caso di prestazioni sostenute a totale carico del Servizio Sanitario Pubblico Locale ed erogate sotto forma di **ticket sanitari**.

In caso di richiesta di Rimborso di spese mediche in forma indiretta: è necessario presentare, unitamente alla richiesta, il modulo di accesso al Network compilato e sottoscritto dalla Struttura Sanitaria. In assenza, se la Struttura non ha applicato le tariffe agevolate in favore dell'Associato, quest'ultimo avrà diritto a richiedere a Mutua Nazionale il Rimborso delle spese sostenute entro il limite delle Tariffe concordate fra Mutua Nazionale e la Struttura Sanitaria. Le maggiori spese sostenute in ragione della mancata applicazione del Tariffario – determinata dalla mancata attivazione della Convenzione da parte dell'Associato - saranno quindi da intendersi a carico del Socio stesso.

Mutua Nazionale provvede a rimborsare, nei limiti del Massimale annuo pari a **€ 200,00**, il 100% della spesa sostenuta per prestazioni di **Alta Diagnostica** in favore dell'**animale domestico** di proprietà dell'Associato.

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

D. VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Mutua Nazionale, in caso di malattia o di infortunio rimborsabile ai sensi del presente Sussidio, anche in assenza di ricovero od intervento chirurgico, su prescrizione medica indicante la

motivazione clinica, nei limiti del **Massimale anno/nucleo** pari a € 3.500,00 provvede a rimborsare, le spese sostenute per Visite Mediche Specialistiche e Accertamenti Diagnostici (ad esclusione di quelli previsti all'art. "ALTA DIAGNOSTICA E TERAPIE").

Nel caso in cui l'Assistito effettua tali visite in **ITALIA**:

- sostiene una spesa a suo carico pari al **25%** con minimo non rimborsabile pari a € 40,00 per ogni prestazione, in caso di prestazioni effettuate presso una struttura sanitaria convenzionata con il Network Mutua Nazionale/Health Assistance sia in forma di Assistenza Diretta che Indiretta;
- sostiene una spesa a suo carico pari al **50%** con minimo non rimborsabile pari a € 60,00 per ogni prestazione, in caso di prestazioni effettuate presso una struttura sanitaria non convenzionata con il Network Mutua Nazionale/Health Assistance;
- riceve un rimborso senza l'applicazione di **alcuna spesa a suo carico**, in caso di prestazioni sostenute a totale carico del Servizio Sanitario Pubblico Locale ed erogate sotto forma di **ticket sanitari**.

Nel caso in cui l'Assistito effettua tali visite **nel Paese di residenza (LOCALE)**:

- riceve un rimborso senza l'applicazione di **alcuna spesa a suo carico**, in caso di prestazioni effettuate presso una struttura sanitaria convenzionata con il Network Mutua Nazionale/Health Assistance sia in forma di Assistenza Diretta che Indiretta;
- sostiene una spesa a suo carico pari al **50%**, in caso di prestazioni effettuate presso una struttura sanitaria non convenzionata con il Network Mutua Nazionale/Health Assistance;
- riceve un rimborso senza l'applicazione di **alcuna spesa a suo carico**, in caso di prestazioni sostenute a totale carico del Servizio Sanitario Pubblico Locale ed erogate sotto forma di **ticket sanitari**.

Sono escluse dal Rimborso le visite e gli accertamenti diagnostici con finalità dietologiche, odontoiatriche ed ortodontiche, nonché i controlli di routine.

In caso di richiesta di Rimborso di spese mediche in forma indiretta: è necessario presentare, unitamente alla richiesta, il modulo di accesso al Network compilato e sottoscritto dalla Struttura Sanitaria. In assenza, se la Struttura non ha applicato le tariffe agevolate in favore dell'Associato, quest'ultimo avrà diritto a richiedere a Mutua Nazionale il Rimborso delle spese sostenute entro il limite delle Tariffe concordate fra Mutua Nazionale e la Struttura Sanitaria. Le maggiori spese sostenute in ragione della mancata applicazione del Tariffario - determinata dalla mancata attivazione della Convenzione da parte dell'Associato - saranno quindi da intendersi a carico del Socio stesso.

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

SEZ. 5.2 - AREA OSPEDALIERA - CURE DENTARIE

E. CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

Mutua Nazionale, nel limite del **Massimale anno/nucleo** pari ad € 2.500,00, provvederà al Rimborso delle spese sostenute dall'Associato a fronte di Cure Dentarie a seguito di Infortunio, a

condizione che l'Infortunio sia avvenuto durante la validità del Sussidio e sia documentato da referto di Pronto Soccorso.

Nel caso in cui l'Assistito effettua tali cure in **ITALIA**:

- sostiene una spesa a suo carico pari al **25%** con minimo non rimborsabile pari a **€ 40,00** per evento, in caso di prestazioni effettuate presso una struttura sanitaria convenzionata con il Network Mutua Nazionale/Health Assistance sia in forma di Assistenza Diretta che Indiretta;
- riceve un rimborso senza l'applicazione di **alcuna spesa a suo carico**, in caso di prestazioni sostenute a totale carico del Servizio Sanitario Pubblico Locale ed erogate sotto forma di **ticket sanitari**.

Nel caso in cui l'Assistito effettua tali cure **nel Paese di residenza (LOCALE)**:

- riceve un rimborso senza l'applicazione di **alcuna spesa a suo carico**, in caso di prestazioni effettuate presso una struttura sanitaria convenzionata con il Network Mutua Nazionale/Health Assistance sia in forma di Assistenza Diretta che Indiretta;
- riceve un rimborso senza l'applicazione di **alcuna spesa a suo carico**, in caso di prestazioni sostenute a totale carico del Servizio Sanitario Pubblico Locale ed erogate sotto forma di **ticket sanitari**.

Si intendono escluse le cure dentarie da infortunio effettuate presso Centri non convenzionati con il Network Mutua Nazionale /Health Assistance.

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

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

F. CURE ODONTOIATRICHE (diverse da Cure Dentarie da Infortunio)

Mutua Nazionale, nel limite del **Massimale anno/nucleo** pari a **€ 400,00**, sostiene l'Assistito per le spese relative a cure e prevenzione (visita e ablazione del tartaro nel limite di due prestazione anno/nucleo) odontoiatriche.

Nel caso in cui l'Assistito effettua tali cure in **ITALIA**:

- sostiene una spesa a suo carico pari al **25%**, in caso di **visita e ablazione del tartaro**, presso una struttura sanitaria convenzionata con il Network Mutua Nazionale/Health Assistance.
- sostiene una spesa a suo carico pari al **25%** con minimo non rimborsabile pari a **€ 40,00** per evento, in caso di prestazioni effettuate presso una struttura sanitaria convenzionata con il Network Mutua Nazionale/Health Assistance sia in forma di Assistenza Diretta che Indiretta;
- riceve un rimborso senza l'applicazione di **alcuna spesa a suo carico**, in caso di prestazioni sostenute a totale carico del Servizio Sanitario Pubblico Locale ed erogate sotto forma di **ticket sanitari**.

Nel caso in cui l'Assistito effettua tali cure **nel Paese di residenza (LOCALE)**:

- riceve un rimborso senza l'applicazione di **alcuna spesa a suo carico, in caso di visita e ablazione del tartaro**, presso una struttura sanitaria convenzionata con il Network Mutua Nazionale/Health Assistance.
- sostiene una spesa a suo carico pari al **20%**, in caso di prestazioni effettuate presso una struttura sanitaria convenzionata con il Network Mutua Nazionale/Health Assistance sia in forma di Assistenza Diretta che Indiretta;
- riceve un rimborso senza l'applicazione di **alcuna spesa a suo carico**, in caso di prestazioni sostenute a totale carico del Servizio Sanitario Pubblico Locale ed erogate sotto forma di **ticket sanitari**.

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

In caso di richiesta di Rimborso di spese mediche in forma indiretta: è necessario presentare, unitamente alla richiesta, il modulo di accesso al Network compilato e sottoscritto dalla Struttura Sanitaria. In assenza, se la Struttura non ha applicato le tariffe agevolate in favore dell'Associato, quest'ultimo avrà diritto a richiedere a Mutua Nazionale il Rimborso delle spese sostenute entro il limite delle Tariffe concordate fra Mutua Nazionale e la Struttura Sanitaria. Le maggiori spese sostenute in ragione della mancata applicazione del Tariffario – determinata dalla mancata attivazione della Convenzione da parte dell'Associato - saranno quindi da intendersi a carico del Socio stesso.

SEZ. 6.1 - AREA SOSTEGNO - NON AUTOSUFFICIENZA

G. RIMBORSO SPESE PER STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

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

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

G.1. Definizione dello stato di non autosufficienza

È considerato in stato di non autosufficienza l'Associato 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;**
- **mobilità;**
- **continenza;**
- **alimentazione (bere e mangiare).**

Lo stato di non autosufficienza verrà valutato secondo il criterio del punteggio (Allegato 2 "Tabella dei Punteggi"), ossia, ad ognuna delle attività elementari della vita quotidiana, sulla base di una valutazione del proprio Comitato Medico-Legale, Mutua Nazionale accerta il grado di autonomia della persona e assegna un punteggio da 0 a 10.

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

G.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 Mutua Nazionale la seguente documentazione:

- Modulo di richiesta di rimborso (scaricabile dalla sezione personale del sito di Mutua Nazionale 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 Mutua Nazionale 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 Mutua Nazionale ritenga necessario produrre per attestare l'insorgenza dello stato di non autosufficienza.

Mutua Nazionale 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'Associato la sospensione ovvero la revoca definitiva delle prestazioni.

Il venir meno dello stato di non autosufficienza o il decesso dell'Associato dovrà essere immediatamente comunicato a Mutua Nazionale (dai familiari conviventi dell'Associato). Tutti gli importi eventualmente percepiti dopo il decesso o a seguito del venir meno dello stato di non autosufficienza dovranno essere restituiti a Mutua Nazionale.

Mutua Nazionale, in ogni caso, ha la facoltà di procedere, eventualmente alla presenza del Medico curante dell'Associato, 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'Associato 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 Mutua Nazionale.

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

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

G.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 di tutte le spese sanitarie e assistenziali sostenute sia presso Centri Convenzionati (sia nella Forma Diretta che Indiretta), sia presso Centri non Convenzionati e sia presso servizio sanitario pubblico locale 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 Mutua Nazionale).

Nel limite di **€ 200,00 al mese** e fino a **24 mesi** in cui sia attivo lo stato di Non Autosufficienza, Mutua Nazionale provvede al sostegno dell'Associato nel caso delle seguenti spese:

- Rimborso spese per Assistenza domiciliare (Badante, Operatore Socio-Sanitario, Infermiere, Contributo RSA)

- Trattamenti fisioterapici (anche domiciliari)
- Spese per Farmaci
- Spese per adeguamento dell'immobile, nel domicilio dell'Associato Titolare invalido;
- Sostegno psicologico

Le prestazioni di cui sopra saranno garantite da Mutua Nazionale, permanendo lo stato di non autosufficienza e 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 socio.

Ai fini del rimborso delle spese di cui al presente punto H.3., l'Associato dovrà fornire a Mutua Nazionale la documentazione comprovante la data, il costo e l'oggetto della prestazione di cui è presentata domanda di rimborso (fatture, certificato medico etc.).

G.4. Modalità di attivazione prestazione in forma diretta

Fermo restando quanto sopra, Mutua Nazionale mette a disposizione degli Associati un Network di Strutture e professionisti Convenzionati a cui poter accedere per le prestazioni previste dall'art. H.3.

L'Associato, 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 le seguenti prestazioni sanitarie:

- Assistenza domiciliare (Badante, Operatore Socio-Sanitario);
- Sostegno psicologico;
- Trattamenti fisioterapici (anche domiciliari)

Pertanto, qualora l'Associato decida di avvalersi di una Struttura e/o professionista Convenzionato e di richiedere l'erogazione in forma Diretta delle prestazioni della presente Sezione, Mutua Nazionale 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'Associato, 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.

SEZ. 6.2 - AREA SOSTEGNO - DECESSO DELL'ASSOCIATO TITOLARE

H. CONTRIBUTO DI ASSISTENZA E SUPPORTO PER LE SPESE DI ISTRUZIONE

In caso di premorienza dell'**Associato Titolare** del Sussidio, nel corso di validità dello stesso, a seguito di Malattia o Infortunio, fatta eccezione per le ipotesi di cui all'art. 18, Sez. 3 (Esclusioni), Mutua Nazionale provvederà:

- al versamento di un **Contributo di assistenza** pari ad **€ 1.000,00** a titolo di sostegno economico a favore degli eredi;

- a supportare l'istruzione del/i figlio/i dell'Associato deceduto, riconoscendo un rimborso delle spese per gli studi pari ad **€ 500,00 al mese per massimo 6 mesi** (scuola dell'Infanzia, Primaria, Secondaria, Università).

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 del defunto, purché conviventi e a carico del defunto.

In caso di decesso dell'Associato, gli eredi, al fine di ottenere il Rimborso di cui al presente articolo, dovranno inviare alla Centrale Salute i seguenti documenti:

- Modulo di richiesta (scaricabile dall'area riservata di Mutua Nazionale);
- Copia del Certificato attestante l'avvenuto decesso del Titolare del Sussidio;
- 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;

e, 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 del Socio, idonei a certificare il legame parentale tra il Titolare del Sussidio ed il figlio/i studente/i.

Si precisa che, ai fini dell'attivazione della presente prestazione, 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.

SEZ. 6.3 - AREA SOSTEGNO - INVALIDITA'

I.1. CONTRIBUTO DI ASSISTENZA E RIMBORSO SPESE PER STATO DI INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO

È destinatario della presente prestazione l'Assistito che versa in condizioni di **invalidità permanente** in seguito a un infortunio verificatosi durante il periodo di validità del Sussidio, di grado uguale o superiore al **10%**, secondo la Tabella di cui all'art J.1.1.

L'accertamento con esito positivo dello stato di invalidità permanente dà diritto:

- ad un **Contributo di assistenza** pari ad **€ 1.500,00** a titolo di sostegno economico;
- a decorrere dalla data della richiesta derivante dallo stato di invalidità permanente, ad un **Supporto** riconosciuto in forma di rimborso, nel limite di **€ 750,00** al mese e fino a 6 mesi, per le seguenti spese sanitarie e assistenziali (strettamente collegate allo stato di invalidità permanente):
 - Assistenza domiciliare (Badante, Operatore Socio-Sanitario);
 - Sostegno psicologico (per un massimo di due prestazioni al mese);
 - Visite specialistiche, accertamenti diagnostici, Trattamenti fisioterapici e rieducativi;

- Protesi, carrozzine, accessori per carrozzine, ausili di sollevamento;
- Presidi finalizzati al supporto per deficit motori;
- Trasporto in Ambulanza/Mezzo attrezzato.

I.1.1 Accertamento dello stato di invalidità permanente da Infortunio

Le prestazioni per Invalidità permanente da Infortunio sono dovute se l'Invalidità stessa si verifica entro due anni dal giorno dell'Infortunio – durante la validità del presente Sussidio o anche successivamente al termine della copertura - nei casi di Infortunio che l'Associato abbia subito nell'esercizio della propria attività professionale e/o in ogni altra attività che non abbia carattere di professionalità, fatta eccezione per quelle ricomprese all'art. 18 - Esclusioni.

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 Mutua Nazionale la seguente documentazione:

- Modulo di richiesta di rimborso (scaricabile dalla sezione personale del sito di Mutua Nazionale o richiedibile alla Centrale Salute);
- Diagnosi (certificato del medico curante attestante l'insorgere dell'invalidità permanente – scaricabile dalla sezione personale del sito di Mutua Nazionale o richiedibile alla Centrale Salute – compilata dal medico curante);
- Relazione medica sull'infortunio e sulle sue dirette conseguenze;
- Documentazione sanitaria (cartelle cliniche, relazioni mediche, accertamenti diagnostici, etc.) utile alla valutazione del quadro clinico;
- Ogni altro documento che Mutua Nazionale ritenga necessario produrre per attestare lo stato di invalidità permanente.

In caso di rifiuto da parte dell'Associato 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 Mutua Nazionale.

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

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

Perdita totale, anatomica o funzionale di:	Valori Destro	Valori Sinistro
un arto superiore	70%	60%
una mano o un avambraccio	60%	50%
un pollice	18%	16%
un indice	14%	12%
un medio	8%	6%
un anulare	8%	6%

un mignolo	12%	10%
una falange del pollice	9%	8%
una falange dell'altro dito della mano	1/3 del valore del dito	

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

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

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

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

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

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

Stenosi nasale assoluta:	Valori
Monolaterale	4%
Bilaterale	10%

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

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

Varie:	Valori
Esiti di frattura di un metamero sacrale	3%
Esiti di frattura di un metamero coccigeo con callo deforme	5%
Perdita totale, anatomica o funzionale di un occhio	25%
Perdita totale, anatomica o funzionale di ambedue gli occhi	100%
Esiti di frattura scomposta di una costa	1%
Paralisi completa del nervo sciatico popliteo esterno	15%
perdita totale della voce	30%
Ernia addome da sforzo ed ernie traumatiche solo in caso che non siano operabili	Max 10%

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

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

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

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

- nel caso di minorazioni, anziché di perdite di un arto o di un organo e nel caso di menomazioni diverse da quelle sopra elencate, le percentuali sono calcolate entro il limite di quelle sopra indicate ed in proporzione alla funzionalità perduta;

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

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di Invalidità permanente sono ridotte tenendo conto del grado di Invalidità preesistente.

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

I.2. CONTRIBUTO DI ASSISTENZA E RIMBORSO SPESE PER STATO DI INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

È destinatario della presente prestazione l'Assistito che versa in condizioni di **invalidità permanente** (al 100%), sorta durante la validità del Sussidio, in seguito a un Malattia, purché non espressamente esclusa ai sensi dell'art. 18 - Esclusioni, e che sia insorta, manifestata o diagnosticata all'Associato nel corso di validità del presente Sussidio.

In caso di Malattia, manifestata, diagnosticata, sottoposta ad accertamenti o curata anche anteriormente alla sottoscrizione del Sussidio, la presente prestazione opererà secondo le condizioni e le modalità di riconoscimento delle patologia pregresse di cui al precedente art. 17 - Patologie Pregresse.

L'accertamento con esito positivo dello stato di invalidità permanente dà diritto:

- ad un **Contributo di assistenza** pari ad **€ 1.500,00** a titolo di sostegno economico;
- a decorrere dalla data della richiesta derivante dallo stato di invalidità permanente, ad un **Supporto** riconosciuto in forma di rimborso, nel limite di **€ 750,00** al mese e **fino a 6 mesi**, per le seguenti spese sanitarie e assistenziali (strettamente collegate allo stato di invalidità permanente):
 - Assistenza domiciliare (Badante, Operatore Socio-Sanitario);
 - Sostegno psicologico (per un massimo di due prestazioni al mese);
 - Visite specialistiche, accertamenti diagnostici, Trattamenti fisioterapici e rieducativi;
 - Protesi, carrozzine, accessori per carrozzine, ausili di sollevamento;
 - Presidi finalizzati al supporto per deficit motori;
 - Trasporto in Ambulanza/Mezzo attrezzato.

I.2.1 Accertamento dello stato di invalidità permanente da Malattia

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

Le percentuali di invalidità verranno stabilite a seguito di accertamento medico-legale da parte di Mutua Nazionale in un periodo di tempo compreso tra 9 e 24 mesi dalla data di denuncia della malattia (ridotto a un periodo compreso tra 4 e 6 mesi in caso di patologia tumorale) e il grado di invalidità permanente verrà valutato tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dall'attività lavorativa dell'Associato.

Cardiochirurgia

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

Chirurgia Vascolare

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

Neurochirurgia

- Anastomosi dei vasi intra-extra cranici
- Asportazione di tumori o aneurismi endocranici
- Asportazione di tumori orbitali per via endocranica
- Interventi sull’aorta toracica e addominale compreso bypass aorto-bisiliaco o bifemorale meningomidollari
- Interventi per tumori della base cranica per via transorale
- Interventi sulla cerniera atlo-occipitale
- Interventi sull’ipofisi per via transfenoidale
- Neurotomia retrogasseriana o sezione intracranica di altri nervi
- Rizotomia chirurgica intracranica
- Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi similari

Chirurgia Toracica

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

Chirurgia Generale

- Tiroidectomia per tumori maligni con svuotamento funzionale del collo
- Anastomosi porta-cava o spleno-renale o mesenterica-cava
- Pancreaticoduodenectomia radicale
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari
- Colectomia totale con linfadenectomia
- Esofagectomia totale
- Gastrectomia totale con linfadenectomia
- Esofago-gastrectomia per via toraco-laparotomica

- Amputazione del retto per via addomino-perineale o addomino-sacrale

Chirurgia Ginecologica

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

Chirurgia Ortopedica

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

Chirurgia Otorinolaringoiatrica e Maxillo-Facciale

- Interventi demolitivi del massiccio facciale per tumori maligni
- Interventi demolitivi del cavo oro-faringeo per tumori maligni
- Laringectomia totale, laringofaringectomia
- Intervento per neurinoma dell'ottavo paio

Chirurgia Urologica

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

Trapianti d'organo

- Tutti

ALLEGATO 2 – TABELLA DEI PUNTEGGI PER LA DETERMINAZIONE DEL GRADO DI NON AUTOSUFFICIENZA

Lavarsi

1° grado

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

punteggio 0

2° grado

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

punteggio 5

3° grado

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

punteggio 10

Vestirsi e svestirsi

1° grado

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

punteggio 0

2° grado

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

punteggio 10

Igiene personale

1° grado

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

punteggio 5

3° grado

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

punteggio 10

Mobilità

1° grado

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

punteggio 0

2° grado

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

punteggio 10

Continenza

1° grado

l'Associato è completamente continente:

punteggio 0

2° grado

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

punteggio 5

3° grado

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

punteggio 10

Alimentazione

1° grado

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

punteggio 0

2° grado

43

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

punteggio 10