REGOLAMENTO RIMBORSO SPESE MEDICO SANITARIE

Mutua tra Terra e Mare ETS

REGOLAMENTO RIMBORSO SPESE MEDICO SANITARIE

PREAMBOLO

In attuazione dell'articolo 5 dello Statuto e ai sensi dell'articolo 5 del Dlgs. 117/2017 (Codice del Terzo Settore) l'associazione, nel perseguimento di finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale, si impegna ad assistere gli associati mediante l'organizzazione di attività aventi ad oggetto interventi e prestazioni sanitarie. In particolare l'associazione prevede l'erogazione di sussidi nella forma di rimborso delle spese medico sanitarie.

Il Consiglio di Amministrazione della Mutua approva il presente regolamento.

ART. 1 BENEFICIARI

I rimborsi di cui al presente regolamento sono prestati esclusivamente a favore degli associati regolarmente iscritti all'ente mutualistico.

I familiari degli associati (per familiari si intendono i figli minori – 18 anni non compiuti), sono esclusi dal beneficio delle prestazioni disciplinate dal presente regolamento.

In caso di morte del beneficiario, gli eredi presenteranno la richiesta di rimborso, allegando il certificato di morte e la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dei legittimi eredi con indicazione delle modalità di pagamento.

ART. 2 RIMBORSO DELLE SPESE MEDICO SANITARIE

La Mutua rimborsa le spese medico sanitarie sostenute dall'associato per prestazioni dovute a malattie o infortunio, nei limiti e secondo la categorie di seguito indicate:

PRESTAZIONI	MASSIMALI Massimale annuo	SUSSIDI Importo rimborsato %
Visite mediche specialistiche e interventi ambulatoriali c/o convenzionati (escluse spese odontoiatriche)	200,00 €	40% della fattura
Visite mediche specialistiche e interventi ambulatoriali c/o NON convenzionati (escluse spese odontoiatriche)		10% della fattura
Esami clinici, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici c/o strutture convenzionate	200,00 €	40% della fattura
Esami clinici, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici c/o strutture NON convenzionate		10% della fattura
Trattamenti termali c/o centri termali convenzionati	200,00 €	20% della fattura
Trattamenti termali c/o centri termali NON convenzionati		10% della fattura
Visite mediche specialistiche, esami clinici e accertamenti diagnostici di prevenzione di eventuali patologie c/o convenzionati	200,00 €	40% della fattura
Visite mediche specialistiche, esami clinici e accertamenti diagnostici di prevenzione di eventuali patologie c/o NON convenzionati		10% della fattura

Presentazione della richiesta di rimborso

L'erogazione di rimborsi per spese medico sanitarie avviene dietro presentazione di specifica richiesta alla Mutua, mediante una delle seguenti modalità:

1. CARTACEA

Il modulo di richiesta è disponibile sul sito internet della Mutua cliccando sulla pagina "*Come Funziona*" ed accedendo al rispettivo documento presente in "*Modulistica*". Il modulo di richiesta compilato unitamente agli allegati richiesti, deve essere consegnato o spedito alla Mutua ovvero consegnato in busta chiusa ad uno degli sportelli della Banca Adria Colli Euganei, Associato Sostenitore della Mutua.

La presentazione del modulo cartaceo, da parte di persona delegata, deve essere accompagnata da un documento di identità del beneficiario del rimborso e da una delega firmata dallo stesso.

1. ONLINE

Accedendo all'Area Riservata presente sul sito internet della Mutua ovvero sulla relativa APP, cliccando sul pulsante "*Rimborsi*" e conseguentemente su "*Richiedi un rimborso*", portando a termine la procedura via web.

Quali documenti è necessario presentare

La richiesta di rimborso deve essere accompagnata da:

1. *Prescrizione del medico di base o del medico specialista riportante la patologia/infortunio che ha causato la richiesta di prestazione;*
2. *Fattura inerente la prestazione medico-sanitaria erogata.*
3. *Giustificativo fiscale (fattura/ricevuta/scontrino) intestato nei confronti dell'associato.*

Termini di presentazione della documentazione

La richiesta di rimborso deve pervenire alla Mutua entro 180 giorni dall'esecuzione della prestazione e comunque entro il 31/12 dell'anno cui si riferisce. Qualora si intenda comunque godere del rimborso, avanzando richiesta oltre il 31/12 dell'anno cui si riferisce la prestazione, l'erogazione dello stesso andrà a decurtare il massimale dell'anno successivo.

Limitazioni ed esclusioni

I rimborsi delle spese sostenute per le prestazioni di cui ai punti 1, 2, 3 del presente articolo sono dovuti sia nel caso in cui le prestazioni siano erogate da una struttura/operatore convenzionato del Network Sanitario COMIPA, Consorzio tra Mutue Italiane di Previdenza e Assistenza (elenco consultabile sul sito internet della Mutua alla pagina "*Convenzioni*") sia nel caso in cui si utilizzino strutture/operatori non convenzionati, secondo la percentuale di rimborso di cui alla tabella di cui al presente articolo. ***Non sono rimborsabili:*** i ticket inerenti le prestazioni sanitarie erogate dal Servizio Sanitario Nazionale; le prestazioni odontoiatriche; le visite di controllo (ove nel giustificativo fiscale sia riportata la dicitura "*visita di controllo*" il rimborso non potrà essere erogato) ovvero quelle prestazioni che si devono ripetere durante l'annualità a mero fine di controllo in quanto già previste dal rispettivo piano sanitario/terapeutico. Con riferimento a quest'ultima casistica (visite di controllo) potrà essere ammessa a rimborso unicamente la prima visita specialistica eseguita a seguito di infortunio/malattia.

Inoltre i rimborsi non sono dovuti se dipendenti da:

- il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
- gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assistito;
- le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- le epidemie aventi caratteristica di pandemia (dichiarata da OMS), di gravità e virulenza tale da comportare una elevata mortalità ovvero da richiedere misure restrittive al fine di ridurre il rischio di trasmissione alla popolazione civile. A solo titolo esemplificativo e non limitativo: chiusura di scuole e aree pubbliche, limitazione di trasporti pubblici in città, limitazione al trasporto aereo;
- le quarantene;
- le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
- le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

L'associato deve consentire eventuali controlli disposti dalla Mutua e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria integrativa relativamente a notizie afferenti la richiesta di rimborso.

ART. 3 RIMBORSO DA ALTRI SOGGETTI

La Mutua, in caso di presentazione da parte dell'associato o dei suoi aventi causa di documenti di spesa precedentemente rimborsati da altra cassa mutua, assicurazione o simile, rimborsa tali spese in base alla percentuale prevista dalla tipologia di prestazione di riferimento, fino alla concorrenza del 100% delle medesime tenuto conto di quanto già rimborsato, secondo le previsioni di legge.

L'associato o i suoi aventi causa che abbiano avanzato richieste di rimborso per le medesime spese nei confronti di terzi (assicurazioni o soggetti privati), avendo ottenuto ristoro, devono darne tempestiva comunicazione alla *Mutua*.

Nel caso in cui la Mutua rimborsi la spesa sanitaria prima degli altri soggetti (assicurazioni o soggetti privati) nei confronti dei quali l'associato vanti similari diritti di rimborso, è responsabilità dell'associato informare gli uffici liquidativi degli altri enti del rimborso ottenuto attraverso la Mutua, non potendo in nessun caso la Mutua esser chiamata a rifondere l'indebito.

ART. 4 DEFINIZIONE DI ESERCENTE CONVENZIONATO E DI ESERCENTE NON CONVENZIONATO

Per “esercente convenzionato” si intende lo studio medico, il centro polispecialistico, il centro diagnostico, la clinica e più in generale ogni struttura sanitaria che abbia sottoscritto apposita convenzione con il Comipa, vale a dire il Consorzio tra Mutue Italiane di Previdenza e Assistenza a cui la Mutua aderisce.

Con l’accordo stipulato tra “esercente convenzionato” e Comipa, gli associati di ogni Mutua beneficiano di un trattamento di favore nella fruizione dei servizi erogati dalle strutture e dai professionisti convenzionati, oltre a poter richiedere l’eventuale liquidazione dei rimborsi indicati nell’art. 2 del presente regolamento.

Per “esercente non convenzionato” si intende, invece, lo studio medico, il centro polispecialistico, il centro diagnostico, la clinica e più in generale ogni struttura sanitaria che non abbia sottoscritto apposita convenzione con il Comipa.

ART. 5 DECORRENZA DELLE GARANZIE – TERMINI DI ASPETTATIVA

I sussidi e rimborsi di cui al presente regolamento decorrono dalle ore 24:00 del decimo giorno successivo all’accoglimento della domanda di ammissione e al pagamento della quota di ammissione e del contributo associativo annuo.

ART. 6 DISPOSIZIONI ESECUTIVE

L’associato è tenuto ad osservare le norme di funzionamento e le disposizioni di attuazione del presente regolamento emanate dal Consiglio di Amministrazione della Mutua e portate a conoscenza dell’associato.

L’associato, con la sottoscrizione della domanda di ammissione alla Mutua, si impegna all’osservanza delle presenti norme regolamentari.