



SERVIZI SANITARI DI BASE

REGOLAMENTO DIARIE E SUSSIDI MEDICO-SANITARI

ART. 1 – ASSISTITI

Le diarie e i sussidi di cui al presente regolamento sono prestati esclusivamente a favore dei Soci regolarmente iscritti a **Mutua Valdarno Fiorentino – ETS**, in seguito per brevità denominata *Mutua Valdarno Fiorentino - ETS*.

I familiari dei Soci sono esclusi dalle diarie e sussidi di cui al presente regolamento.

ART. 2 - DIARIE E SUSSIDI MEDICO-SANITARI

La *Mutua Valdarno Fiorentino - ETS*, in caso di ricovero in istituto di cura pubblico, accreditato o privato, reso necessario da malattia o infortunio, corrisponde le seguenti diarie giornaliere per persona/evento/anno:

TABELLA DIARIE

| Tipo di ricovero | Diaria giornaliera | Massimale annuo |
|--|--------------------|-----------------|
| INFORTUNIO | 30,00 € | 600,00 € |
| MALATTIA | 20,00 € | 400,00 € |
| R.S.A. (Residenza Sanitaria Assistenziale) | 10,00 € | 200,00 € |

Le diarie innanzi riportate sono erogate per ogni giorno di degenza ad esclusione dei giorni di entrata e di uscita o di trasferimento ad altra struttura ospedaliera, RSA compresa.

L'accesso alla RSA avviene mediante proposta del medico di medicina generale all'Unità di Valutazione distrettuale che ne dispone il ricovero.

La *Mutua Valdarno Fiorentino - ETS* rimborsa le spese sostenute dal Socio nei limiti di seguito indicati per le seguenti prestazioni dovute a malattia o infortunio:

TABELLA SUSSIDI MEDICO-SANITARI

| | Prestazioni | <u>SUSSIDI</u> Importo rimborsato % | <u>MASSIMALI</u> Massimale annuo |
|----------|---|--|-------------------------------------|
| 1 | Visite mediche specialistiche c/o convenzionati (esclusi odontoiatri) | 30 % della fattura | 150,00 € |
| 2 | Esami clinici, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici c/o strutture convenzionate | 20 % della fattura | 150,00 € |
| 3 | Trattamenti termali c/o centri termali convenzionati | 10 % della fattura | 150,00 € |

I rimborsi delle spese sostenute per le prestazioni di cui ai punti 1, 2, 3 sono dovuti solo nel caso in cui le prestazioni siano richieste ad una struttura operatore convenzionato del Network Sanitario COMIPA, Consorzio tra Mutue Italiane di Previdenza e Assistenza. Nel caso in cui si utilizzino strutture/operatori non convenzionati i rimborsi di cui ai punti 1, 2, 3 non sono dovuti.



I rimborsi delle spese per le prestazioni di cui ai punti 1, 2, 3 erogati da Ospedali Pubblici o Enti Convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale sono dovuti solo per le prestazioni in regime di libera professione convenzionate con il Network Sanitario.

I ticket inerenti le prestazioni sanitarie erogate dal Servizio Sanitario Nazionale non sono rimborsati.

Le diarie ed i sussidi sono dovuti solo se il Socio è in regola con il pagamento della quota di ammissione e dei contributi associativi annuali e nel limite annuale massimo indicato nelle tabelle di cui al presente articolo.

Le diarie ed i sussidi sono prestate indipendentemente dalle condizioni di salute degli Assistiti, pertanto le diarie ed i sussidi sono dovuti anche nei casi di ricadute inerenti a situazioni patologiche preesistenti alla decorrenza delle garanzie.

ART. 3 – PRESENTAZIONE DELLA RICHIESTA

L'erogazione di diarie e 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 DI CREDITO COOPERATIVO, 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.

2. ONLINE

- a. 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.
- b. Accedendo all'Area Riservata presente sul sito internet della Mutua ovvero sulla relativa APP, cliccando sul pulsante "*Prenotazioni*" – "*Ricerca prestazioni sanitarie e prenotazioni online*" e seguendo la procedura guidata del Portale web.

In tal caso, la quota di spesa destinata a rimborso secondo quanto previsto dalla tabella sopra riportata, interverrà in riduzione della spesa direttamente sostenuta dall'Associato. La stessa quota sarà versata in nome e per conto dell'Associato direttamente alle strutture/operatori sanitari. L'Associato, in conseguenza, provvederà a pagare la prestazione sanitaria richiesta unicamente per la parte di sua spettanza, mentre la restante parte, corrispondente al rimborso (in quanto dovuto e nei limiti dei massimali previsti) verrà versata dalla Mutua direttamente alla struttura operatore sanitario. L'Associato pertanto usufruirà del rimborso previsto al momento del pagamento della prestazione sanitaria e non dovrà quindi procedere a presentare domanda di rimborso alla Mutua.

La fattura inerente la prestazione erogata verrà comunque emessa dalla struttura operatore sanitario a carico dell'Associato, per l'intero importo dovuto per la prestazione sanitaria.

Con riferimento alle prestazioni fruite tramite il portale, l'Associato deve consentire eventuali controlli richiesti dalla Mutua e fornire la documentazione attinente la prestazione denunciata anche successivamente al pagamento effettuato da parte della Mutua.

ART. 4 – LIMITI ALLE DIARIE E SUSSIDI

Le diarie ed i sussidi non sono dovuti se dipendenti da:

- le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti all'accoglimento della domanda di ammissione a Socio, in particolare artroprotesi e sostituzione di impianti protesici. In caso di intervento di correzione della miopia, la garanzia opererà soltanto



qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 4 diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 diottrie.

- la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- le cure per stati patologici correlati dall'infezione HIV;
- le cure per malattie degenerative del sistema nervoso (es.. morbo di Alzheimer, sclerosi multipla, morbo di Parkinson);
- le protesi dentarie ed ortodontiche, le cure dentarie e del paradonzio, gli interventi preprotetici e di implantologia. La presente esclusione è operante salvo nel caso di infortunio, caso in cui le richieste di rimborso (avanzate a questo titolo) devono essere accompagnate dal certificato di pronto soccorso ospedaliero o di analoga struttura ospedaliera da cui risulti il danno subito;
- le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
- le prestazioni mediche aventi esclusivamente finalità di controllo; i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- il parto naturale e l'aborto;
- i ricoveri causati dalla necessità dell'Assistito di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assistito che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
- gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
- 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;

ART. 5 - DECORRENZA DELLE GARANZIE - TERMINI DI ASPETTATIVA

Le diarie ed i sussidi di cui al presente regolamento decorrono dalle ore 24:00 del **90esimo** giorno successivo all'accoglimento della domanda di ammissione a Socio e pagamento della quota di ammissione e del contributo associativo annuo.

Per le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio le diarie ed i sussidi di cui al presente regolamento decorrono dalle ore 24:00 del **300esimo** giorno successivo all'accoglimento della domanda di ammissione a Socio e pagamento della quota di ammissione e del contributo associativo annuo.



I Soci con età superiore ai 75 anni avranno diritto alle diarie giornaliere da ricovero di cui al presente regolamento dopo **un anno** dall'accoglimento della domanda di ammissione a Socio. I Soci con età superiore agli 80 e 85 anni ne avranno diritto, rispettivamente, dopo **due e tre**. Per i sussidi invece rimane la decorrenza dalle ore 24:00 del **90esimo** giorno successivo all'accoglimento della domanda di ammissione a Socio e pagamento della quota di ammissione e del contributo associativo annuo.

Negli anni successivi al primo l'erogazione delle diarie e dei sussidi non ha luogo se il contributo associativo non è stato regolarmente pagato alla scadenza annuale. In caso di morosità il diritto alle prestazioni cessa e si ripristina alle ore 24:00 del 90esimo giorno successivo al pagamento delle quote arretrate. I ricoveri, le visite specialistiche, gli esami ed accertamenti diagnostici e le altre assistenza previste eseguite durante il periodo di morosità non possono essere oggetto di diarie né di sussidi qualunque sia la causa del ritardato pagamento.

ART. 6 – DURATA DELLA COPERTURA

La copertura ha durata annuale e scade alle ore 24:00 della ricorrenza annuale del giorno di ammissione a Socio.

ART. 7 - CRITERI E PROCEDURE DI LIQUIDAZIONE

L'erogazione delle diarie ed i sussidi previsti dal presente regolamento avviene dietro presentazione della relativa domanda di pagamento alla *Mutua Valdarno Fiorentino - ETS*.

La domanda di pagamento deve essere redatta in conformità ai modelli predisposti dalla *Mutua Valdarno Fiorentino - ETS*, scaricabili anche dal sito web <https://mutuavaldarnoflorentino.it/>, e firmata dal beneficiario indicando l'Iban del conto corrente bancario per l'accredito o altre modalità di pagamento. La presentazione del modulo, da parte di persona delegata, deve essere accompagnata da un documento di identità del socio beneficiario del rimborso.

Le richieste di pagamento devono pervenire alla *Mutua Valdarno Fiorentino - ETS* entro **180 giorni** dalla prestazione. Nessun rimborso spetterà al Socio che presenterà la domanda trascorso tale termine.

Le richieste di sussidio devono riferirsi esclusivamente ad eventi successivi alla data di ammissione a Socio della Mutua Valdarno Fiorentino - ETS.

La richiesta di pagamento delle diarie ospedaliere per i ricoveri dovuti a malattia o infortunio e per ricoveri in R.S.A., dovrà essere accompagnata da:

- ✓ *Documento rilasciato dall'Ospedale riportante la data di entrata ed uscita dalla struttura sanitaria e la malattia/infortunio che ha causato il ricovero. In caso di infortunio occorre allegare anche il verbale di infortunio che viene rilasciato su richiesta dall'Ospedale.*

La richiesta di pagamento per il rimborso delle spese sanitarie dovrà essere accompagnata da:

- ✓ *Prescrizione del medico di base o del medico specialista riportante la patologia/infortunio che ha causato la richiesta di prestazione e la fattura pagata per la prestazione medico-sanitaria erogata (visita specialistica, esame clinico, accertamento diagnostico, trattamento fisioterapico o termale).*

La richiesta di pagamento per il rimborso dei servizi dovrà essere accompagnata da:

- ✓ *Fattura o documento rilasciato dal prestatore del servizio per viaggi con mezzi CRI (o associazioni/Onlus analoghe) allegando la documentazione medica comprovante che il servizio è stato erogato per raggiungere Istituti di cura per motivi di salute riguardanti l'avente diritto.*

Il Socio deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla *Mutua Valdarno Fiorentino - ETS* e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia/infortunio denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.



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

ART. 8 – RIMBORSO DA ALTRI SOGGETTI

La Mutua Valdarno Fiorentino - ETS, 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 Valdarno Fiorentino – ETS.

Nel caso in cui la Mutua Valdarno Fiorentino - ETS rimborsi la spesa sanitaria prima degli altri soggetti (assicurazioni o soggetti privati) nei confronti dei quali l'associato vanta simili diritti di rimborso, è responsabilità dell'associato informare gli uffici liquidativi degli altri enti del rimborso ottenuto attraverso la Mutua Valdarno Fiorentino - ETS sulla spesa sostenuta, non potendo in nessun caso la Mutua Valdarno Fiorentino – ETS, essere chiamata a rifondere l'indebitato.

ART. 9 - GESTIONE MUTUALISTICA

In base alle risultanze di bilancio il Consiglio di Amministrazione della *Mutua Valdarno Fiorentino - ETS* apporterà variazioni alle condizioni previste nella presente normativa, compreso il contributo associativo annuale. Il Consiglio d'Amministrazione della Mutua Valdarno Fiorentino – ETS definisce per tempo le suddette variazioni ed in ogni caso con congruo anticipo rispetto all'entrata in vigore del nuovo regolamento affinché tutto gli associati ne siano debitamente informati.

Il nuovo regolamento troverà attuazione con l'inizio dell'esercizio successivo.

Il Socio che durante l'anno ha ottenuto il pagamento di diarie o sussidi medico-sanitari da parte della Mutua Valdarno Fiorentino – ETS è obbligato a rimanere iscritto alla stessa per l'anno in corso.

ART. 10 - DISPOSIZIONI ESECUTIVE

Il Socio è tenuto ad osservare le norme di funzionamento e le disposizioni di attuazione del presente regolamento emanate dal Consiglio di Amministrazione della *Mutua Valdarno Fiorentino - ETS* e portate a conoscenza del Socio.

Il Socio, con la sottoscrizione della domanda di ammissione alla *Mutua Valdarno Fiorentino - ETS*, si impegna all'osservanza delle presenti norme regolamentari.

**Revisionato e approvato dal Consiglio di Amministrazione il giorno 17 gennaio 2022
Regolamento in vigore dal 17 gennaio 2022**

**Revisionato e approvato dal Consiglio di Amministrazione il giorno 12 settembre 2022
Regolamento in vigore dal 12 settembre 2022**

**Revisionato e approvato dal Consiglio di Amministrazione il giorno 19 dicembre 2022
Regolamento in vigore dal 01 gennaio 2023**