

REGOLAMENTO DIARIE E RIMBORSI

REGOLAMENTO DIARIE E RIMBORSI MEDICO-SANITARI

ART. 1 – ASSISTITI E LIMITI ALLE PRESTAZIONI

Le diarie ed i rimborsi di cui al presente regolamento sono prestati esclusivamente per eventi riguardanti i Soci regolarmente iscritti ad ABRUZZESE SALUTE Mutua del Credito Cooperativo, in seguito per brevità denominata **Mutua**, salvo che per i rimborsi medico-sanitari previsti per visite mediche specialistiche, esami clinici, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici, il cui massimale annuo è utilizzabile, oltre che per il Socio stesso, anche per i figli minori iscritti come familiari, anche non conviventi, e per gli animali domestici (cani e gatti) iscritti dotati di microchip.

Il Socio ha diritto al rimborso parziale delle spese veterinarie (per cani e gatti) a patto che:

- *La fattura sia intestata al Socio, indichi la prestazione effettuata e riporti il codice del microchip dell'animale domestico;*
- *La relazione possessore dell'animale (nonché Socio della Mutua) – codice del microchip risulti sul registro pubblico nazionale degli animali domestici (cani e gatti) con microchip;*
- *Il Socio abbia comunicato (mediante l'apposito modulo), al momento dell'ammissione a Socio (o anche successivamente se il microchip viene installato o l'animale viene acquisito in data posteriore), gli animali domestici (cani e gatti) dotati di microchip posseduti;*
- *Il documento di spesa sia emesso in data non anteriore al sorgere del diritto alle prestazioni ed alla consegna alla Mutua della suddetta comunicazione.*

L'erogazione delle diarie ed il rimborso percentuale delle spese medico-sanitarie non può che far riferimento al **costo rimasto effettivamente a carico del Socio**, in linea con i principi mutualistici; pertanto, a fronte di diarie e rimborsi usufruiti e/o spettanti allo stesso titolo da parte di altre strutture, il sostegno avviene per la parte residuale.

ART. 2 – DIARIE

La **mutua**, in caso di ricovero in istituto di cura pubblico, accreditato o privato, reso necessario da malattia o infortunio, o in RSA, corrisponde le seguenti diarie per Socio e per anno solare (riferito agli eventi che danno diritto alla prestazione):

TABELLA DIARIE

TIPO DI RICOVERO	DIARIA GIORNALIERA	MASSIMALE PER ANNO SOLARE COMPLESSIVO
MALATTIA E/O INFORTUNIO	20,00 €	200,00 €
RSA	10,00 €	

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, al netto di eventuali importi erogati e/o da erogare allo stesso titolo da parte di altre strutture.

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

TABELLA RIMBORSI PERCENTUALI MEDICO-SANITARI

Il sostegno percentuale alle spese medico-sanitarie dei Soci non può che far riferimento al costo rimasto effettivamente a carico del Socio, in linea con i principi mutualistici; pertanto, a fronte di rimborsi usufruiti e/o spettanti per le stesse spese da parte di altre strutture, il calcolo percentuale avviene sulla parte residuale di spesa.

I massimali fanno riferimento agli eventi in ciascun anno solare che danno diritto ai rimborsi.

Visite Mediche Specialistiche, esami clinici, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici c/o qualsiasi struttura medico sanitaria

SUSSIDI: 25% della fattura (decurtata degli eventuali rimborsi usufruiti e/o spettanti da parte di altre strutture) | **MASSIMALE PER ANNO SOLARE: 200,00€**

Trattamenti termali c/o centri termali convenzionati

SUSSIDI: 10 % della fattura (decurtata degli eventuali rimborsi usufruiti e/o spettanti da parte di altre strutture) | **MASSIMALE PER ANNO SOLARE: 100,00€**

Servizio Ambulanze (solo da e per Istituti di Cura)

SUSSIDI: 25% della fattura (decurtata degli eventuali rimborsi usufruiti e/o spettanti da parte di altre strutture) | **MASSIMALE PER ANNO SOLARE: 100,00€**

Le diarie ed i rimborsi sono dovuti solo se il Socio è in regola con il pagamento della quota di ammissione e dei contributi associativi annuali.

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

ART. 3 – LIMITI A DIARIE E RIMBORSI

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

– cure e/o 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.

– cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
– cure per stati patologici correlati dall'infezione HIV;

- 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 non è operante in caso di infortunio; 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);
- i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- 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.
 - 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 conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.
- le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

ART. 4 – DECORRENZA DELLE GARANZIE – TERMINI DI ASPETTATIVA

Le diarie e i sussidi di cui al presente regolamento decorrono dal primo giorno del mese successivo all'acquisizione dello status di Socio e al pagamento della quota di ammissione e del contributo associativo annuo.

Nell'anno solare di ammissione, i massimali annui delle diarie e dei rimborsi medico-sanitari sono proporzionati ai trimestri (anche parziali) di permanenza del nuovo Socio. Di conseguenza, se lo status di Socio viene acquisito tra il 1° gennaio ed il 31 marzo, egli ha diritto all'intero massimale; se acquisito tra il 1° aprile ed il 30 giugno, al 75%; se acquisito tra il 1° luglio ed il 30 settembre al 50%; se acquisito tra il 1° ottobre ed il 31 dicembre al 25%.

Per le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio, le diarie e i sussidi di cui al presente regolamento decorrono dal primo giorno del nono mese successivo all'acquisizione dello status di Socio e al 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'acquisizione dello status di Socio.

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 immediatamente e si ripristina il primo giorno del secondo mese successivo al pagamento delle quote arretrate. I ricoveri, le visite specialistiche, gli esami e gli accertamenti diagnostici e le altre forme di assistenza previste, eseguite dal momento dell'insorgenza della morosità e fino al ripristino del diritto, non possono essere oggetto di diarie né di sussidi, qualunque sia la causa del ritardato pagamento.

ART. 5 – DURATA DELLA COPERTURA

La copertura ha durata annuale e scade alle ore 24:00 del giorno precedente la ricorrenza annuale del giorno di acquisizione dello status di Socio. Salvo i casi di recesso, esclusione e decesso, la copertura si rinnova automaticamente, senza soluzione di continuità.

ART. 6 – CRITERI E PROCEDURE DI LIQUIDAZIONE

L'erogazione delle diarie e i sussidi previsti dal presente regolamento avviene dietro presentazione della relativa domanda di pagamento, corredata dai documenti richiesti.

La domanda di pagamento deve essere redatta in conformità ai modelli, debitamente compilati, predisposti dalla **mutua** e pubblicati sul sito, e firmata dal beneficiario con l'indicazione del numero del conto corrente bancario per l'accredito. La presentazione del modulo da parte di persona delegata va accompagnata da una copia del documento d'identità del socio beneficiario del rimborso. La domanda, corredata dai documenti necessari, può essere inviata anche mediante mail all'indirizzo rimborsi@abruzzesesalute.it o comunicazione@abruzzesesalute.it o l'applicazione su smartphone, ma sempre debitamente compilata e sottoscritta, sia ai fini del rispetto della normativa sulla privacy che dell'acquisizione della dichiarazione di responsabilità.

Le richieste di pagamento devono pervenire alla Mutua entro **90 giorni** dalla prestazione. Dal **91° giorno al 180° giorno** i rimborsi saranno erogati con una decurtazione del 50%. Nessun rimborso spetterà trascorso tale ulteriore termine.

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 e di 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. Per i ricoveri alle RSA bisogna presentare anche il documento del medico di medicina generale dell'Unità di Valutazione che ne dispone il ricovero.*

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

- *Copia della 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 di ambulanza dovrà essere accompagnata da:

- *Fattura o documento rilasciato dal prestatore del servizio per viaggi con mezzi CRI (o similari), 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 esibire, a richiesta, l'originale dei documenti presentati in copia e consentire eventuali controlli medici disposti dalla **mutua**, fornendo altresì 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 sottoscrivono 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. 7 – GESTIONE MUTUALISTICA

In base alle risultanze di bilancio, il Consiglio di Amministrazione della *mutua* può apportare variazioni alle condizioni previste nella presente normativa, nonché al contributo associativo annuale. Dette variazioni vanno applicate con l'inizio dell'esercizio successivo e la comunicazione delle predette variazioni avviene entro e non oltre il 15 dicembre di ciascun anno mediante la pubblicazione sul sito ufficiale.

Al Socio che nell'annualità corrente ha ottenuto il pagamento di diarie o sussidi medico-sanitari da parte della *mutua* e che presenta domanda di recesso, viene addebitato un importo pari ad una annualità, come già specificato in precedenza.

ART. 8 – 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* e portate a conoscenza del Socio mediante pubblicazione sul sito ufficiale.

Il Socio, con la sottoscrizione della domanda di ammissione alla *mutua*, si impegna all'osservanza delle presenti norme regolamentari.