

VENICE CARE – Cassa Mutua del Veneziano

DIARIE E RIMBORSI

Art. 1 - Assistiti.

Le diarie e i rimborsi di cui al presente regolamento sono prestati esclusivamente a favore dei Soci regolarmente iscritti alla Cassa Mutua del Veneziano, di seguito per brevità denominata Mutua. I familiari dei Soci sono esclusi dalle prestazioni di cui al presente regolamento, fatta eccezione per i figli minorenni per i quali è previsto un rimborso pari al 20% delle spese sostenute per visite, accertamenti e terapie nei limiti stabiliti al successivo Art. 2 - Prestazioni.

Ai fini del calcolo del massimale annuo, l'ammontare di tali rimborsi farà cumulo con quelli del genitore.

Art. 2 - Prestazioni.

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

DIARIE OSPEDALIERE (con franchigia di quattro giorni)

TIPO DI RICOVERO	Diaria giornaliera	Massimale annuo
RICOVERO PER INFORTUNIO	Euro 30,00	Euro 1.000,00
RICOVERO PER MALATTIA	Euro 20,00	Euro 400,00
R.S.A. (Resid. Sanitaria Assistenziale)	Euro 10,00	Euro 200,00

N.B. Le indennità innanzi riportate sono erogate per ogni notte di degenza, escluse le prime tre. Quindi oltre il giorno di entrata e di uscita, i primi due giorni non vengono rimborsati.

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

RIMBORSI SPESE SANITARIE

La Mutua rimborsa le spese sostenute dal Socio in conseguenza di malattie o infortunio.

I rimborsi sono corrisposti nei limiti di seguito indicati:

PRESTAZIONI	Importo rimborsato %	Massimale annuo
Visite Mediche specialistiche (esclusi odontoiatri)	20% della fattura	Euro 100,00
Esami clinici, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici	10% della fattura	Euro 100,00
Trattamenti termali	10% della fattura	Euro 100,00
Ticket su fatture per prestazioni sanitarie (dal 1 gennaio 2015)	20% della fattura	Euro 100,00
Servizio Ambulanze (solo da e per destinazioni in Istituti di Cura)	40% della fattura	Euro 105,00

Servizio Taxi (solo da e per destinazioni in Istituti di Cura)	10% di quanto pagato	Euro 105,00
--	-----------------------------	--------------------

N.B. Dal 1 gennaio 2010 la franchigia in caso di ricovero ospedaliero è passata da 2 a 4 giorni e il massimale annuo rimborsabile per infortunio è passato da euro 600,00 ad euro 1.000,00. Inoltre i rimborsi per le visite specialistiche, esami clinici e trattamenti fisioterapici, sono corrisposti anche se sostenuti in strutture non convenzionate.

Dal 1 gennaio 2015, oltre all'apprezzata novità del rimborso del 20% dei Ticket, è stato stabilito che i Soci non devono più inviare gli originali delle fatture ma soltanto una fotocopia delle stesse. Quindi la Mutua non restituisce nessun documento presentato. I rimborsi verranno corrisposti anche in presenza di altre polizze sanitarie stipulate dal Socio. In questo caso l'ammontare complessivo dei rimborsi ricevuti non potrà superare il costo sostenuto dal Socio. I Soci iscritti anche ad altre Mutue hanno la responsabilità di dichiarare all'altra Mutua i rimborsi ottenuti dalla Cassa Mutua del Veneziano.

IMPORTANTE

Le prestazioni sono dovute solo se il Socio è in regola con il pagamento della quota di ammissione e dei contributi associativi annuali.

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

Art. 3 - Limiti alle prestazioni.

Le prestazioni **non sono dovute** 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).
- protesi dentarie ed ortodontiche, cure dentarie e del paradonzio, gli interventi preprotesici 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;
- 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);
- 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;

- parto naturale e 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;
- interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
- trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- 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;
- infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assistito;
- 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;
- conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
- terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

Art. 4 - Decorrenza delle garanzie - Termini di aspettativa. N.B.

Le prestazioni 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 prestazioni 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. 5 - Durata della copertura.

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

Art. 6 - Criteri e procedure di liquidazione.

L'erogazione delle prestazioni previste dal presente regolamento avviene previa presentazione della relativa domanda di rimborso che deve pervenire alla mutua entro **180** giorni dalla prestazione. Nessun rimborso spetterà al Socio che presenterà la domanda trascorso tale termine.

La domanda di rimborso deve essere redatta in conformità ai modelli predisposti dalla Mutua e firmata dal beneficiario. La presentazione della domanda, da parte di persona delegata, deve essere accompagnata da un documento di identità del socio beneficiario del rimborso.

La richiesta di rimborso per diaria ospedaliera per i ricoveri dovuti a malattia o infortunio e per ricoveri in R.S.A., dovrà essere accompagnata dal **documento rilasciato dall'Ospedale riportante la data di entrata ed uscita dalla struttura sanitaria e la malattia/infortunio che ha causato il ricovero.**

La richiesta di rimborso per prestazioni 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 rimborso per servizi dovrà essere accompagnata da:

Fattura o documento rilasciato dal prestatore del servizio per viaggi con mezzi CRI (o similari) e/o TAXI 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 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 rimborso.

Art. 7 - Gestione mutualistica.

In base alle risultanze di bilancio il Consiglio di Amministrazione della Mutua apporterà variazioni alle condizioni previste nella presente normativa, compreso il contributo associativo annuale. Dette variazioni saranno attuate con l'inizio dell'esercizio successivo. La comunicazione delle predette variazioni avviene entro e non oltre il 15 dicembre di ciascun anno.

Il Socio che durante l'anno ha ottenuto rimborsi da parte della Mutua è obbligato a rimanere iscritto alla stessa per l'anno in corso e quello successivo.

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.

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