

REGOLAMENTO GENERALE RIMBORSO SPESE MEDICHE, SUSSIDI E EROGAZIONI A QUALSIASI TITOLO – Ed. 2023

Il presente regolamento si applica a tutti i casi di sussidi ed erogazioni elencati in seguito, e in via sussidiaria a tutte le erogazioni eventualmente deliberate dal CdA. Approvato dal CDA in data 21/11/2022. In vigore dal 01/01/2023 al 31/12/2023.

Art. 1 - Assistiti

I sussidi, di cui al presente regolamento, vengono riconosciuti esclusivamente:

- agli Associati regolarmente iscritti alla Associazione Mutualistica Garda Vita, di seguito denominata Mutua;
- ai loro coniugi o conviventi more-uxorio, risultanti dallo stato di famiglia e regolarmente iscritti nelle rispettive schede anagrafiche degli Associati.
- ai figli fino al compimento di anni 18, risultanti dallo stato di famiglia e regolarmente iscritti nelle rispettive schede anagrafiche degli Associati, limitatamente alle prestazioni "PER FIGLI FINO AL COMPIMENTO DI 18 ANNI" specificate nella Tabella 1 allegata al presente regolamento.

Gli Associati e i rispettivi coniugi/conviventi more-uxorio e figli verranno di seguito denominati Assistito e/o Assistiti.

Art. 2 – Rimborsi per prestazioni convenzionate

Gli Assistiti hanno diritto ai sussidi ed alle agevolazioni, previste nella tabella 1, colonna "Rimborso per prestazioni convenzionate", secondo i requisiti che seguono:

- la prestazione deve essere eseguita da una struttura o da un medico convenzionati con la rete Mutuasalus (rete del COMIPA - Consorzio tra Mutue Italiane di Previdenza ed Assistenza o direttamente con la Mutua);
- la fattura presentata deve essere intestata all'Assistito, e riportare in maniera inequivoca lo sconto praticato; inoltre deve essere indicato in maniera chiara e inequivoca che si tratta di una necessità sanitaria inerente all'Assistito.

In assenza dell'evidenza dello sconto praticato, il rimborso verrà calcolato come per le prestazioni NON convenzionate (art.3).

I ticket (inclusa la quota ricetta e ogni altra voce di spesa sanitaria compartecipata con il Sistema Sanitario Nazionale) inerenti le prestazioni sanitarie erogate dal Servizio Sanitario Nazionale non sono rimborsati.

Art.3 – Rimborsi per prestazioni NON convenzionate

Gli Assistiti hanno diritto ai sussidi ed alle agevolazioni per le prestazioni previste nella tabella 1, colonna "Rimborso per prestazioni non convenzionate", anche quando le stesse siano state contratte presso strutture non convenzionate.

La fattura presentata deve essere intestata all'Assistito ed inoltre deve essere indicato in maniera chiara e inequivoca che si tratta di una necessità sanitaria inerente all'Assistito.

In assenza dei requisiti sopra indicati, il rimborso non sarà erogato.

I ticket (inclusa la quota ricetta e ogni altra voce di spesa sanitaria compartecipata con il Sistema Sanitario Nazionale) inerenti le prestazioni sanitarie erogate dal Servizio Sanitario Nazionale non sono rimborsati.

Art. 4 – Limiti alle prestazioni

Le erogazioni in danaro previste dagli articoli precedenti non sono dovute se dipendenti da:

- visite mediche specialistiche, esami, accertamenti, terapie, analisi di laboratorio ed ogni altra prestazione rientrante nelle campagne sanitarie proposte dalla Mutua;
- trattamenti per sclerosanti, iniezioni di sostanze terapeutiche, infiltrazioni;
- le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale;

- visite per rinnovo patenti o per rilascio di certificati anamnestici;
- protesi dentarie ed ortodontiche, le cure dentarie e del paradonzo, gli interventi preprotetici e di implantologia;
- prestazioni mediche aventi mere finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva e le terapie resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi);
- 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 cure per stati patologici correlati ad infezione da virus HIV;
- le cure per malattie degenerative del sistema nervoso (es. morbo di Alzheimer, sclerosi multipla, morbo di Parkinson);
- il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- 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.

La mancata esibizione della Carta Personale Mutuasalus ® o l'utilizzo improprio della stessa può comportare la perdita di qualsiasi rimborso o sussidio da parte della Mutua e, nei casi di uso illecito, l'esclusione dalla compagine associativa.

Art. 5 – Decorrenza delle agevolazioni – Termini di aspettativa

Le prestazioni di cui al presente regolamento decorrono dalle ore 24:00 del 90esimo giorno successivo alla data di ammissione¹, fermo restando il requisito di cui all'art.1. I nuovi associati potranno pertanto richiedere rimborso per fatture datate successivamente il termine di tale periodo di carenza.

L'erogazione dei sussidi non avrà luogo se il contributo associativo² 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.

Le visite specialistiche, gli esami ed accertamenti diagnostici e le altre assistenze previste eseguite durante il periodo di morosità non possono essere oggetto di sussidi qualunque sia la causa del ritardato pagamento, salvo delibera difforme del CdA.

Art. 6 – Durata della copertura

La copertura ha durata annuale e scade alle ore 24:00 della ricorrenza annuale del giorno del pagamento del contributo associativo annuo, fermo restando che la perdita dello status di Associato della Mutua determina automaticamente il venir meno del diritto a presentare richieste di rimborso e la decadenza immediata di eventuali richieste in corso di valutazione.

¹ L'ammissione degli associati avviene mensilmente, il giorno 21 successivo alla data di iscrizione.

² Contributo associativo annuo: quota versata dall'Associato in occasione del rinnovo annuale della propria iscrizione alla mutua.

Art. 7 – Modalità di richiesta dei rimborsi

L'erogazione delle prestazioni previste dal presente regolamento avviene dietro presentazione della relativa domanda di rimborso alla Mutua.

Le richieste di rimborso devono pervenire alla Mutua entro 90 giorni dalla data della prestazione. Nessun rimborso spetterà all'Assistito che presenterà la domanda trascorso tale termine. La domanda di rimborso deve essere redatta in conformità ai modelli predisposti dalla Mutua (Modello "gv001_Modulo Rimborsi 2022") e firmata dal beneficiario indicando il conto corrente bancario acceso presso la BCC del Garda per l'accredito. La presentazione del modulo, da parte di persona delegata, deve essere accompagnata da un documento di identità del socio beneficiario del rimborso.

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

- prescrizione del medico di base o del medico specialista riportante la patologia/infortunio che ha causato la richiesta di prestazione o, in alternativa, referto medico confermando un infortunio/patologia non pre-esistente o altra documentazione medico-sanitaria coerente con la prestazione oggetto della richiesta di rimborso; nel caso di visite di controllo, ai fini della rimborsabilità, l'eventuale referto presentato dovrà evidenziare un peggioramento della patologia/infortunio rispetto alla visita precedente.
- 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 trasporto dovrà essere accompagnata dalle fotocopie di:

- fattura o documento rilasciato dal prestatore del servizio ambulanza;
- documentazione medica comprovante che il servizio è stato erogato per raggiungere Istituti di cura per motivi di salute riguardanti l'avente diritto.

La documentazione deve essere presentata in fotocopia, che non verrà restituita al termine della gestione della pratica.

Nel caso sia intervenuto un Ente di assistenza sanitaria sociale e/o una polizza di assicurazione privata, le note di spesa devono essere presentate in copia, unitamente alla prova della quota di concorso erogata dall'Ente stesso e/o a documento comprovante le spese rimborsate in forza di altra copertura. La somma complessiva dei rimborsi non potrà, in ogni caso, eccedere l'importo pagato risultante dalla fattura.

Resta ferma la facoltà della Mutua di richiedere, ai singoli Assistiti, apposita documentazione atta a determinare il loro diritto ad usufruire delle garanzie di cui al presente regolamento. In caso di mancata presentazione delle integrazioni richieste dopo 60 giorni la Mutua si riserva la facoltà di respingere la richiesta di rimborso.

L'Assistito deve in ogni caso consentire eventuali controlli medici disposti dalla Mutua e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, esonerando espressamente a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato; in ogni caso la Mutua utilizzerà le informazioni acquisite nel rispetto della normativa sulla privacy.

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 firmata da tutti i coeredi.

Art. 8 – Procedure di liquidazione

La Mutua verserà l'importo del rimborso sul conto corrente indicato dall'Assistito in sede di iscrizione alla Mutua stessa e sul

quale è annualmente addebitata la quota associativa. E' facoltà dell'Assistito richiedere, mediante la domanda di rimborso, l'accredito su altro conto presso la BCC del Garda purché tale conto sia a lui intestato o co-intestato.

La Mutua provvederà a liquidare le domande risultate ammissibili entro 100 giorni dal loro ricevimento.

Art. 9 – Gestione mutualistica

L'ammontare complessivo dei sussidi e rimborsi di competenza di ciascun anno solare non può superare il budget di spesa esplicitamente previsto per questa finalità dal Consiglio di Amministrazione nell'ambito del bilancio preventivo di gestione per il medesimo anno.

Di anno in anno, sulla base dell'andamento della gestione dell'attività qui regolamentata, il Consiglio di Amministrazione della Mutua potrà apportare variazioni alle condizioni previste nella presente normativa o al contributo associativo annuale. Dette variazioni saranno attuate con l'inizio dell'esercizio successivo a quello di riferimento. La comunicazione delle predette variazioni avviene, normalmente durante l'Assemblea annuale o con comunicazione diretta agli Associati.

Art. 10 – Disposizioni esecutive

L'Assistito 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 della compagine associativa.

Il presente regolamento può essere modificato con delibera specifica del Cda, o con ulteriori regolamenti che ne divengono parte integrante e sono vincolanti per gli Assistiti.

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

Approvato dal CDA in data 21/11/2022. IL PRESENTE REGOLAMENTO ENTRA IN VIGORE DAL 01/01/2023.

* CONIUGE/CONVIVENTE MORE UXORIO E I FIGLI DEVONO RISULTARE ISCRITTI NELLA SCHEDA ANAGRAFICA DELL'ASSOCIATO

Tabella 1

PRESTAZIONI – Private, no SSN	MASSIMALE ANNUO	PERCENTUALE DI RIMBORSO	
		Per prestazioni CONVENZIONATE	Per prestazioni NON CONVENZIONATE
VISITE MEDICHE SPECIALISTICHE* (Esclusi odontoiatri)	€ 200,00	30%	15%
ESAMI CLINICI, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI, FISIOTERAPIA, CORSI PREPARTO* (Esclusi: trattamenti per sclerosanti, iniezioni di sostanze terapeutiche, infiltrazioni; le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale)	€ 150,00	20%	10%
TRATTAMENTI TERMALI C/O CENTRI TERMALI*	€ 150,00	20%	10%
SERVIZIO AMBULANZE (SOLO DA E PER DESTINAZIONI IN ISTITUTI DI CURA)*	€ 100,00	40% percentuale unica	
PER FIGLI FINO AL COMPIMENTO DI 18 ANNI*: - VISITE MEDICHE SPECIALISTICHE - SPESE PER CICLI DI RIABILITAZIONE LOGOPEDICA - SPESE PER DISTURBI SPECIFICI DELL'APPRENDIMENTO (DSA) - VISITE MEDICHE DI IDONEITA' SPORTIVA (AL 20% FISSO) - ORTOPANTOMOGRFIA	€ 150,00	30%	15%