

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 TEMA Vita – Mutua con Socio Sostenitore Banca TEMA Ets, in seguito per brevità denominata *Mutua*. È previsto il sussidio per i familiari del socio (meglio specificati all'art. 4 del Regolamento generale delle prestazioni) nei limiti di quanto indicato nella tabella riportata all'art.2 del presente regolamento.

Per raggiungere un obiettivo di salute evitando dispersione di risorse economiche, è opportuno che l'Associato effettui gli accertamenti concordando con il proprio medico curante la tipologia di esami e di visite specialistiche cui sottoporsi, usufruendo, quando possibile, di medici e strutture convenzionate Comipa, con diritto allo sconto. La prescrizione medica è obbligatoria per i trattamenti fisioterapici.

ART. 2 - DIARIE E SUSSIDI MEDICO-SANITARI

La *Mutua*, in caso di ricovero in istituto di cura pubblico o privato accreditato, 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	20,00 €	250,00 €
MALATTIA	20,00 €	250,00 €
R.S.A.		100,00 €*
Centro di sollievo diurno		100,00€*

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.

***Il contributo per l'accesso alla RSA e per il Centro di sollievo diurno è una tantum.**

La *Mutua* rimborsa le spese sostenute dal Socio nei limiti di seguito indicati per le seguenti prestazioni:

TABELLA SUSSIDI MEDICO-SANITARI – validità (01/01/2024-31/12/2024)

	PRESTAZIONI	SUSSIDIO CON DOMANDA PRESENTATA SU SUPPORTO CARTACEO	SUSSIDIO CON DOMANDA PRESENTATA WEB/APP	MASSIMALE annuo per socio
1	Visite mediche specialistiche	25 % della fattura	+10%	200,00€
2	Day surgery	25 % della fattura	+10%	100,00€
3	Esami clinici, accertamenti diagnostici	25 % della fattura	+10%	150,00 €
4	trattamenti fisioterapici (con prescrizione medica obbligatoria)	25 % della fattura	+10%	100,00 €
5	Trattamenti termali	25 % della fattura	+10%	100,00 €
6	Servizio Ambulanze/mezzi di trasporto attrezzato (solo da e per destinazioni in Istituti di cura)	25 % della fattura	+10%	150,00 €
7	Visite mediche specialistiche, esami clinici e diagnostici, per i familiari (meglio specificati all'art. 4 del Regolamento generale delle prestazioni)	25 % della fattura	+10%	100,00 €
8	Assistenza domiciliare	25 % della fattura	+10%	150,00 €
9	Logopedia	25 % della fattura	+10%	100,00 €

Specifiche sulle prestazioni indicate nella tabella sopra riportata

- ✓ Nelle visite mediche specialistiche è compresa la visita odontoiatrica senza e con igiene orale.

- ✓ Nella categoria del *Day surgery* sono comprese, quale esempio indicativo ma non esaustivo:
 - Dermatologia: asportazione basaliomi, epitelomi, verruche; curettage verruche cutanee , crioterapia verruche cutanee.
 - Ortopedia: tunnel carpale, le infiltrazioni endo-articolari con finalità antalgiche;
 - Chirurgia generale: incisione ascessi, onicectomia, biopsia.
 - Urologia: cistoscopia, posizionamento catetere vescicale nell'uomo, fimosi.
 - Oculistica: cataratta, pterigio.

- ✓ Nei trattamenti fisioterapici sono compresi tutti i trattamenti manuali e strumentali effettuati presso centri fisioterapici o fisioterapisti accreditati. Sono comprese le seguenti prestazioni: le onde d'urto, l'idrochinesiterapia, il trattamento algonix, il trattamento SIS (Sistema Super Induttivo), la magnetoterapia, la electroterapia, l'agopuntura, la laserterapia con finalità antalgica, la ozonoterapia, i trattamenti con autoinfusione, la riabilitazione posturale, il trattamento podologico.

- ✓ Nei trattamenti termali sono compresi le inalazioni, l'aereosol, la bagnoterapia e la fangoterapia per finalità non estetiche.

- ✓ Nell'assistenza domiciliare sono compresi, quale esempio indicativo ma non esaustivo, la somministrazione di terapie, le medicazioni, i prelievi, le iniezioni, il cambio catetere, i clismi, il trattamento ulcere; le prestazioni devono essere eseguite da **operatori qualificati** a svolgere il loro lavoro, regolarmente **iscritti agli ordini professionali o da personale di cooperative abilitate alla cura della persona**.

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. L'anno di riferimento del massimale è quello civile. In merito ai rimborsi riservati ai familiari di cui al punto 7, il massimale è da intendersi per nucleo familiare ossia riferito a tutti i figli assistiti e dichiarati dal Socio.

Le diarie ed i sussidi sono prestati 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 – DEFINIZIONE DI MEDICO/CENTRO MEDICO CONVENZIONATO

Per "medico/centro medico convenzionato" si intendono tutti i professionisti o strutture sanitarie che hanno sottoscritto apposita convenzione con il COMIPA Consorzio tra le Mutue Italiane di Previdenza ed Assistenza, a cui la Mutua aderisce. Tale convenzione prevede che i soci della Mutua hanno diritto ad un trattamento di favore (sconto sul prezzo

della prestazione), da chiedere al momento della accettazione, prima della emissione della fattura, qualificandosi come socio ed esibendo la propria Carta Mutuasalus.

Tale sconto andrà a sommarsi al sussidio indicato nell'art.2 del presente regolamento.

ART. 4 – 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 Terre Etrusche di Valdichiana e di Maremma Credito Cooperativo S.C., Socio 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 alla 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 alla

prestazione denunciata anche successivamente al pagamento effettuato da parte della *Mutua*.

ART. 5 – LIMITI ALLE DIARIE E SUSSIDI

Le diarie ed i sussidi non sono dovuti per le seguenti prestazioni:

- le protesi dentarie ed ortodontiche, le cure dentarie e del paradonto, gli interventi preprotesi e di implantologia;
- le prestazioni mediche aventi finalità estetiche;
- il parto naturale e l'aborto;
- gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
- 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;
- l'acquisto di lenti da vista, di protesi e ausili medici;
- la visita effettuata presso un ottico.
- Visite per rilascio certificazioni
- Ogni altra prestazione medica non contemplata nell'art.2 del presente regolamento.

ART. 6 - DECORRENZA DELLE GARANZIE - TERMINI DI ASPETTATIVA

Le prestazioni previste nel presente regolamento decorrono dalle ore 24:00 del 30esimo giorno successivo alla firma della domanda di ammissione a Socio rilasciata presso le filiali Banca Tema o negli uffici della *Mutua*. Nel caso di adesione online attraverso il sito internet della *Mutua* o la relativa app i sussidi decorrono dalle ore 24:00 del 30esimo giorno successivo alla domanda di ammissione completata, caricata e firmata. In tutti i casi previa verifica dell'accettazione della domanda e il 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 30esimo giorno successivo al pagamento delle quote arretrate. I ricoveri, le visite specialistiche, gli esami ed accertamenti diagnostici e le altre assistenze previste eseguite durante il periodo di morosità

non possono essere oggetto di diarie né di sussidi qualunque sia la causa del ritardato pagamento.

ART. 7 – DURATA DELLA COPERTURA

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

ART. 8 - CRITERI E PROCEDURE DI LIQUIDAZIONE

L'erogazione delle diarie ed i sussidi previsti dal presente regolamento avvengono dietro presentazione della relativa domanda di pagamento alla *Mutua*.

La domanda di rimborso deve essere redatta in conformità ai modelli predisposti dalla *Mutua* e firmata dal beneficiario indicando il numero del conto corrente bancario 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.

Le richieste di pagamento devono pervenire alla *Mutua* entro **90 giorni** dalla data presente sul documento fiscale emesso a seguito del pagamento della prestazione per la quale si richiede il sussidio. Nessun rimborso spetterà al Socio che presenterà la domanda trascorso tale termine.

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

- ✓ *Documento rilasciato dalla struttura riportante la data di entrata.*

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

- ✓ *fattura pagata per la prestazione medico-sanitaria erogata (visita specialistica, esame clinico, accertamento diagnostico, trattamento fisioterapico o termale) con data non anteriore a 90 giorni dalla data di presentazione della domanda.*
- ✓ *Ticket sanitario con indicazione della tipologia di prestazione; nel caso di ricevuta senza indicazione della prestazione, è necessario allegare autocertificazione attestante la visita o l'esame eseguito;*

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

- ✓ *Fattura o documento rilasciato dal prestatore del servizio per viaggi allegando la documentazione medica comprovante che il servizio è stato erogato per raggiungere una struttura ospedaliera o clinica di degenza per motivi di salute riguardanti l'avente diritto. Il rimborso è previsto anche per il viaggio di rientro nel domicilio del socio. Anche in questo caso la richiesta deve essere corredata da documentazione medica comprovante i motivi di salute che ne hanno determinato la prestazione.*

Il Socio deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla *Mutua* e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti alla 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.

Gli importi rimborsati verranno calcolati sulla spesa sostenuta dal socio al netto dei bolli.

ART. 9 – 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 vanta simili 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. 10 - 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. Il Consiglio di Amministrazione della *Mutua* definisce per tempo le suddette variazioni ed in ogni caso con congruo anticipo rispetto all'entrata in vigore del nuovo regolamento affinché tutti gli associati ne siano debitamente informati.

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

ART. 11 - 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.

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

Regolamento in vigore dal 01/01/2024 al 31/12/2024
Approvato dal Consiglio di Amministrazione in data