

REGOLAMENTO SUSSIDI MEDICO SANITARI

ART. 1 - ASSISTITI

I Sussidi Medico Sanitari di cui al presente regolamento sono prestati esclusivamente a favore degli Associati regolarmente iscritti a *Vita Amica - Mutua del Credito Cooperativo ETS*.

I sussidi sono estesi anche ai figli minori (18 anni non compiuti) dell'Associato a condizione che il rimborso cumulativo delle spese medico-sanitarie dell'Associato e dei figli minori sia effettuato nei limiti dei massimali annui indicati nella tabella di cui al seguente art. 2 del presente regolamento.

ART. 2 - PRESTAZIONI

Vita Amica - Mutua del Credito Cooperativo ETS garantisce all'Associato sussidi per le spese medico-sanitarie sostenute nei limiti e modalità del presente regolamento.

Vita Amica - Mutua del Credito Cooperativo ETS rimborsa le spese sostenute dall'Associato nei limiti di seguito indicati per le seguenti prestazioni dovute a malattia o infortunio:

PRESTAZIONI	IMPORTO RIMBORSATO	MASSIMALE ANNUO
1. Visite mediche specialistiche (escluse quelle odontoiatriche), esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici presso strutture convenzionate COMIPA	20%	300 €
2. Visite mediche specialistiche (escluse quelle odontoiatriche), esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici presso strutture NON convenzionate	10%	
3. Trattamenti termali presso Centri Termali convenzionati COMIPA	20%	
4. Trattamenti termali presso Centri Termali NON convenzionati	10%	
5. Servizio Ambulanze e Servizio Taxi (solo da e per destinazioni in istituti di Cura)	40%	

I rimborsi delle spese inerenti visite medico-specialistiche (escluse quelle odontoiatriche), esami ed accertamenti diagnostici, e trattamenti termali in centri termali di cui ai punti 1. e 3. della tabella erogati da ospedali ed enti convenzionati con il Sistema Sanitario Nazionale sono dovuti solo per le prestazioni in regime di libera professione convenzionate con il Network Sanitario COMIPA, Consorzio tra Mutue Italiane di Previdenza e Assistenza.

I Sussidi Medico Sanitari 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 AI SUSSIDI MEDICO SANITARI

I sussidi medico-sanitari non sono dovuti se dipendenti da:

- *visite mediche specialistiche, esami, accertamenti, terapie, analisi di laboratorio ed ogni altra prestazione rientrante nelle campagne sanitarie proposte dalla Mutua;*
- *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 ad Associato, 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 preprotesi 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, il parto cesareo e l'aborto;*
- *gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;*
- *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 conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.*
- *le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale;*
- *ginnastica posturale e di altro tipo se non praticata individualmente con un fisioterapista.*

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

ART. 4 – DECORRENZA DELLE GARANZIE - TERMINI DI ASPETTATIVA

I sussidi di cui al presente regolamento decorrono dalle ore 24:00 del 30esimo giorno successivo all'accoglimento della domanda di ammissione ad Associato e pagamento della quota di ammissione e del contributo associativo annuo, e decadono al 31 dicembre di ogni anno.

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

Negli anni successivi al primo l'erogazione dei Sussidi Medico Sanitari non ha luogo se il contributo associativo non è stato regolarmente pagato alla scadenza annuale. In caso di morosità il diritto ai sussidi 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 medico-sanitari qualunque sia la causa del ritardato pagamento.

ART. 5 – DURATA DELLA COPERTURA

La copertura scade alle ore 24:00 del 31 dicembre di ogni anno, e si intende tacitamente rinnovata di anno in anno salvo l'esercizio del diritto di recesso da parte dell'Associato, nei termini e modalità definiti nel Regolamento Generale delle Prestazioni.

ART. 6 - CRITERI E PROCEDURE DI LIQUIDAZIONE

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

La richiesta di sussidio 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 dell'Associato beneficiario del sussidio. La richiesta di sussidio può essere presentata anche attraverso la procedura on line dall'Area Riservata dell'Associato sul sito della Mutua www.vitaamica.it

Le richieste di sussidio devono pervenire alla Mutua entro 90 giorni dalla prestazione. Le domande che perverranno dal 90° al 180° giorno saranno decurtate del 50%. Nessun sussidio spetterà all'Associato che presenterà la domanda trascorso tale termine.

Il termine dell'anno sanitario è fissato al 31 dicembre di ogni anno. Le richieste riguardanti eventi avvenuti durante l'anno sanitario devono pervenire entro il 31 gennaio dell'anno successivo.

La richiesta di sussidio per prestazioni sanitarie dovrà essere accompagnata da:

- ✓ *Prescrizione del medico di base/specialista riportante la patologia/infortunio che ha causato la richiesta di prestazione e la fattura pagata per visite specialistiche, esami, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e trattamenti termali.*

La richiesta di sussidio 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.*

Nel caso sia intervenuto un Ente di assistenza sanitaria sociale e/o una polizza di assicurazione privata, le notule 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.

Gli originali delle notule di spesa prodotti alla Mutua a documentazione del sinistro saranno restituiti.

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'Associato 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 di sussidio, 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 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 31 dicembre di ciascun anno.

ART. 8 - DISPOSIZIONI ESECUTIVE

L'Associato 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 dell'Associato.

L'Associato, con la sottoscrizione della domanda di ammissione a *Vita Amica - Mutua del Credito Cooperativo ETS*, si impegna all'osservanza delle presenti norme regolamentari.