

REGOLAMENTO RIMBORSO SPESE MEDICO SANITARIE

PREAMBOLO

In attuazione dell'articolo 5 dello Statuto e ai sensi dell'articolo 5 del Dlgs. 117/2017 (Codice del Terzo Settore) l'associazione, nel perseguimento di finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale, si impegna ad assistere gli associati mediante l'organizzazione di attività aventi ad oggetto interventi e prestazioni sanitarie. In particolare l'associazione prevede l'erogazione di sussidi nella forma di rimborso delle spese medico sanitarie.

Il Consiglio di Amministrazione della Mutua approva il presente regolamento.

ART. 1 – BENEFICIARI

I rimborsi di cui al presente regolamento sono prestati esclusivamente a favore degli associati regolarmente iscritti a Mutua Madonna del Granato ETS, in seguito per brevità denominata Mutua.

I familiari degli associati ovvero i figli minori (18 anni non compiuti), sono esclusi dal beneficio delle prestazioni disciplinate dal presente regolamento.

In caso di morte del beneficiario, gli eredi presenteranno la richiesta di rimborso, allegando il certificato di morte e la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dei legittimi eredi con indicazione delle modalità di pagamento.

RIMBORSO SPESE MEDICO SANITARIE

ART. 2 – RIMBORSO DELLE SPESE MEDICO SANITARIE

La Mutua rimborsa le spese medico sanitarie sostenute dall'associato per prestazioni dovute a malattie o infortunio, nei limiti e secondo le categorie di seguito indicate:

	Prestazioni	<u>SUSSIDI</u> Importo rimborsato %	<u>MASSIMALI</u> Massimale annuo
1	Visite mediche specialistiche c/o convenzionati (escluse spese odontoiatriche)	40 % della fattura	200,00 €
	Visite mediche specialistiche c/o NON convenzionati (escluse spese odontoiatriche)	10 % della fattura	
2	Esami clinici, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici c/o strutture convenzionate	40 % della fattura	200,00 €
	Esami clinici, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici c/o strutture NON convenzionate	10 % della fattura	
3	Trattamenti termali c/o centri termali convenzionati	20 % della fattura	200,00 €
	Trattamenti termali c/o centri termali NON convenzionati	10 % della fattura	

Presentazione della richiesta di rimborso

L'erogazione di 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 BCC di Capaccio Paestum e Serino, Associato 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.

Quali documenti è necessario presentare

La richiesta di rimborso deve essere accompagnata da:

1. *Prescrizione del medico di base o del medico specialista riportante la patologia/infortunio che ha causato la richiesta di prestazione;*
2. *Fattura inerente la prestazione medico-sanitaria erogata.*

Termini di presentazione della documentazione

La richiesta di rimborso deve pervenire alla Mutua entro 120 giorni dall'esecuzione della prestazione e comunque entro il 31/12 dell'anno cui si riferisce. Qualora si intenda comunque godere del rimborso, avanzando richiesta oltre il 31/12 dell'anno cui si riferisce la prestazione, l'erogazione dello stesso andrà a decurtare il massimale dell'anno successivo.

Limitazioni ed esclusioni

I rimborsi delle spese sostenute per le prestazioni di cui ai punti 1, 2, 3 del presente articolo sono dovuti sia nel caso in cui le prestazioni siano erogate da una struttura operatore convenzionato del Network Sanitario COMIPA, Consorzio tra Mutue Italiane di Previdenza e Assistenza (elenco consultabile sul sito internet della Mutua alla pagina “*Convenzioni*”) sia nel caso in cui si utilizzino strutture/operatori non convenzionati, secondo la percentuale di rimborso di cui alla tabella di cui al presente articolo.

Non sono rimborsabili: i ticket inerenti le prestazioni sanitarie erogate dal Servizio Sanitario Nazionale; le prestazioni odontoiatriche; le visite di controllo (ove nel giustificativo fiscale sia riportata la dicitura “*visita di controllo*” il rimborso non potrà essere erogato) ovvero quelle prestazioni che si devono ripetere durante l'annualità a mero fine di controllo in quanto già previste dal rispettivo piano sanitario/terapeutico. Con riferimento a quest'ultima casistica (visite di controllo) potrà essere ammessa a rimborso unicamente la prima visita specialistica eseguita a seguito di infortunio/malattia.

L'associato deve consentire eventuali controlli disposti dalla Mutua e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria integrativa relativamente a notizie afferenti la richiesta di rimborso.

ART. 3 – 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. 4 – DEFINIZIONE DI ESERCENTE CONVENZIONATO E DI ESERCENTE NON CONVENZIONATO

Per “esercente convenzionato” si intende lo studio medico, il centro polispecialistico, il centro diagnostico, la clinica e più in generale ogni struttura sanitaria che abbia sottoscritto apposita convenzione con il Comipa, vale a dire il Consorzio tra Mutue Italiane di Previdenza e Assistenza a cui la Mutua aderisce.

Con l'accordo stipulato tra “esercente convenzionato” e Comipa, gli associati di ogni Mutua beneficiano di un trattamento di favore nella fruizione dei servizi erogati dalle strutture e dai professionisti convenzionati, oltre a poter richiedere l'eventuale liquidazione dei rimborsi indicati nell'art. 2 del presente regolamento.

Per “esercente non convenzionato” si intende, invece, lo studio medico, il centro polispecialistico, il centro diagnostico, la clinica e più in generale ogni struttura sanitaria che non abbia sottoscritto apposita convenzione con il Comipa.

ART. 6 – DECORRENZA DELLE GARANZIE - TERMINI DI ASPETTATIVA

I sussidi e rimborsi di cui al presente regolamento decorrono dalle ore 24:00 del 90esimo giorno successivo all'accoglimento della domanda di ammissione e al pagamento della quota di ammissione e del contributo associativo annuo.

ART. 7 - 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 alla Mutua, si impegna all'osservanza delle presenti norme regolamentari.

Regolamento in vigore dal **19/09/2023**.

Approvato dal Consiglio di Amministrazione in data **19/09/2023**.