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 Valdarno Mutua, in seguito per brevità denominata Mutua.

I familiari dei Soci sono esclusi dalle diarie e sussidi di cui al presente regolamento.

ART. 2 - DIARIE E SUSSIDI MEDICO-SANITARI

La Mutua, in caso di ricovero in istituto di cura pubblico, accreditato o privato, 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	30,00 €	600,00 €
MALATTIA	20,00 €	400,00 €
R.S.A. (Residenza Sanitaria Assistenziale)	10,00 €	200,00 €

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, RSA compresa.

La diaria per la R.S.A. si eroga nei seguenti casi:

a) in caso di ricovero in regime convenzionato su disposizione dell'Unità di Valutazione distrettuale;

b) in caso di ricovero in regime privatistico presso; la diaria si dovrà considerare come una tantum per tutta la durata di iscrizione alla Mutua.

La Mutua rimborsa le spese sostenute dal Socio nei limiti di seguito indicati per le seguenti prestazioni dovute a malattia o infortunio:

TABELLA SUSSIDI MEDICO-SANITARI

N°	Prestazioni	SUSSIDI (Importo rimborsato %)	MASSIMALI (Massimale annuo)
1	Visite mediche specialistiche c/o convenzionati (esclusi odontoiatri)	30% della fattura	150,00 €
1 BIS	Visite mediche specialistiche c/o NON convenzionati e intramoenia (esclusi odontoiatri)	10% della fattura	
2	Esami clinici, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici c/o strutture convenzionate	20% della fattura	150,00 €
3	Trattamenti termali c/o centri termali convenzionati	10% della fattura	150,00 €
4	Servizio Ambulanze (solo da e per destinazioni in Istituti di Cura e Enti Ospedalieri)	30% della fattura	150,00 €
5	Interventi chirurgici ambulatoriali o in Day hospital, senza pernottamento (escluse finalità estetiche)	10% della fattura	150,00

I rimborsi delle spese sostenute per le prestazioni di cui ai punti 1, 2, 3 e 5 della tabella sopra riportata sono dovuti solo nel caso in cui le prestazioni siano richieste ad una struttura/operatore convenzionato del Network Sanitario COMIPA, Consorzio tra Mutue Italiane di Previdenza e Assistenza.

Per le prestazioni di cui al punto 1 BIS (visite mediche specialistiche effettuate presso strutture e professionisti non convenzionati), il rimborso è riconosciuto nella misura del 10% della fattura.

Sono tassativamente esclusi dal rimborso di cui al punto 1 BIS:

1. I ticket per prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN);
2. Le prestazioni odontoiatriche.

Salvo quanto espressamente previsto per le prestazioni di cui al punto 1 BIS, nel caso in cui si utilizzino strutture/operatori non convenzionati i rimborsi non sono dovuti.

I ticket inerenti alle prestazioni sanitarie erogate dal Servizio Sanitario Nazionale non sono rimborsati.

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.

Le diarie ed i sussidi sono prestate 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 – 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 alla sezione "Per i Soci" in home page e cliccando su "Documentazione" - "Modulistica" (www.valdarnomutua.it/documentazione).

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 DI CREDITO COOPERATIVO, 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 – www.valdarnomutua.it - ovvero sulla relativa APP, nella sezione "Rimborsi" cliccando il tasto "Richiedi un rimborso", portando a termine la procedura via web.

b. Accedendo all'Area Riservata presente sul sito internet della Mutua – www.valdarnomutua.it - ovvero sulla relativa APP, cliccando sul pulsante "Ricerca prestazioni sanitarie e prenotazioni online" e seguendo la procedura guidata del "Portale di Prenotazione".

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. 4 – LIMITI ALLE DIARIE E SUSSIDI

Le diarie ed i sussidi non sono dovuti se dipendenti da:

- Le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la 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;
- Le protesi dentarie ed ortodontiche, le 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;
- 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 e l'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;
- 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.

ART. 5 - DECORRENZA DELLE GARANZIE - TERMINI DI ASPETTATIVA

Le diarie ed i sussidi previsti dal presente regolamento ai punti 1, 1 BIS, 2, 3, 4 e 5 della TABELLA SUSSIDI MEDICO-SANITARI decorrono dalle ore 24:00 del 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 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. 6 – DURATA DELLA COPERTURA

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

ART. 7 - 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 pagamento deve essere redatta in conformità ai modelli predisposti dalla Mutua e firmata dal beneficiario indicando il numero del conto corrente bancario per l'accredito o altre modalità di pagamento. 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 60 giorni dalla prestazione. Nessun rimborso spetterà al Socio che presenterà la domanda trascorso tale termine.

DIARIE:

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

- (nei casi indicati dalla lettera a) del terzo capoverso Art. 2):
  Disposizione di ricovero rilasciata dall'Unità di Valutazione distrettuale su disposizione dell'Unità Valutazione distrettuale e documento rilasciato dalla R.S.A. riportante l'indicazione che il socio è tuttora degente se superati i 21 giorni dalla data di ricovero.
- (nei casi indicati dalla lettera b) del terzo capoverso Art. 2):
  Fattura rilasciata dalla RSA riferita al periodo di ricovero.

RIMBORSI MEDICO SANITARI:

La richiesta di pagamento per il rimborso delle spese sanitarie (Punti 1,1 BIS, 2,3,4,5) dovrà essere accompagnata da:

- La fattura pagata per la prestazione medico-sanitaria erogata (visita specialistica, esame clinico, accertamento diagnostico, trattamento fisioterapico o termale, intervento chirurgico). La prescrizione indicante la patologia/infortunio che ha causato la richiesta di prestazione può essere riportata dal medico specialista anche direttamente sulla fattura.

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

- Fattura o documento rilasciato dal prestatore del servizio per viaggi con mezzi CRI (o similari) allegando la documentazione medica comprovante che il servizio è stato erogato per raggiungere Istituti di cura ed Enti ospedalieri per motivi di salute riguardanti l'avente diritto.

La sopraindicata documentazione inerente alle cause del ricovero ospedaliero ed alla prescrizione medica indicante la patologia/infortunio che ha causato la richiesta di prestazione medico-sanitaria, è necessaria al fine di poter determinare l'effettiva presenza dei requisiti regolamentari necessari per ottenere il rimborso, escludendo quindi le limitazioni previste dall'Art. 4.

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.

ART. 8 – 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 vanti similari 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. 9 - 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. 10 - 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 01/01/2027

Approvato dal Consiglio di Amministrazione in data: 21/10/2026