

DA PRESENTARE ENTRO 120 GIORNI DALLA DIMISSIONE

**CHIANTI MUTUA – Ass. Cassa Mutua**  
P.za Arti e Mestieri,1  
50026 - San Casciano in Val di Pesa (FI)

Il/la sottoscritto/a (in stampatello leggibile) \_\_\_\_\_ Socio ordinario ChiantiMutua,  
nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
N° Carta **T12FI/T2FI** \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
(cinque numeri)

## DENUNCIA

il seguente ricovero

dal giorno \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al giorno \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

e

## CHIEDE

per se stesso/a, titolare della carta MutuaSalus, la concessione, ai sensi dei regolamenti ChiantiMutua generale e specifici in vigore, il contributo sotto indicato:

- INFORTUNIO: N° giorni  x € 30.00 = € \_\_\_\_\_ (massimale annuo – anno solare € 600.00)
- MALATTIA: N° giorni  x € 25.00 = € \_\_\_\_\_ (massimale annuo – anno solare € 400.00)
- R.S.A: N° giorni  x € 10.00 = € \_\_\_\_\_ (massimale annuo – anno solare € 200.00)

La richiesta di diaria ospedaliera / RSA, dovrà essere accompagnata da documento in originale 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. L'accesso alla RSA avviene mediante proposta del medico di Medicina generale All'Unità di Valutazione distrettuale che ne dispone il ricovero. 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 e sono dovute esclusivamente per le degenze dei titolari della Carta MutuaSalus e non sono estese ai familiari.

mediante accredito sul C/C ChiantiBanca sul quale vengono regolate le quote annuali di adesione..

A norma di regolamento allega la seguente documentazione:

- Documento di degenza rilasciato dall'Ospedale / RSA.
- Verbale d'infortunio.
- Disposizione di ricovero in RSA da parte dell'Unità di Valutazione distrettuale, richiesta dal medico di MG.

➔ la documentazione può essere trasmessa in fotocopia apponendo la firma del richiedente *per copia conforme*. La Mutua si riserva comunque di poter visionare gli originali.

Data \_\_\_\_\_ Firma Socio \_\_\_\_\_

Con riferimento a quanto disposto dal Regolamento UE n. 679/2016 (Regolamento Generale per la Protezione dei Dati o "GDPR") ed ai requisiti dallo stesso definiti, in relazione a quanto richiesto dal D.Lgs.101/18, Le ricordiamo che, nella sua qualità di interessato, Le abbiamo precedentemente illustrato l'informativa sul trattamento dei dati personali e nei casi richiesti dalla legge abbiamo ricevuto il suo libero consenso; qualora volesse prendere visione dei documenti appena citati La invitiamo a richiederceli.

(parte riservata alla Mutua)

Socio dal \_\_\_\_\_ Ha versato la quota di rinnovo per l'anno  SI  NO

Assenso alla liquidazione della somma di € \_\_\_\_\_

NO, non si può procedere alla liquidazione per mancanza dei requisiti richiesti.

Firme:

\_\_\_\_\_ (per l'ufficio della Mutua)

\_\_\_\_\_ (per il Consiglio della Mutua)

## ESTRATTO REGOLAMENTO SPECIFICO 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 ChiantiMutua – Associazione assistenziale, in seguito per brevità denominata *Mutua*. I familiari dei Soci sono esclusi dalle diarie e sussidi di cui al presente regolamento, fatta eccezione per i sussidi indicati nella "Tabella sussidi medico-sanitari" del successivo art.2.

### ART. 2 - DIARIE E SUSSIDI MEDICO-SANITARI

#### (Omissis)

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.

L'accesso alla RSA avviene mediante proposta del medico di medicina generale all'Unità di Valutazione distrettuale che ne dispone il ricovero.

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

(Omissis) I sussidi medico-sanitari delle spese sostenute per le prestazioni di cui ai punti 1, 2, 3, 5 e 6 erogate a favore dei figli minori regolarmente dichiarati (vedi punto 7. della Parte prima del Regolamento Generale delle Prestazioni) sono dovuti a condizione che entrambi i genitori siano Soci di *ChiantiMutua* ed entro i massimali per evento/anno di questi ultimi. Nei casi in cui uno dei genitori non sia presente, il Consiglio potrà valutare di ammettere all'estensione dei sussidi sanitari anche i figli minori con l'eventuale partecipazione alla *Mutua* di altri parenti entro il 2° grado e sempre nei limiti dei loro massimali.

I rimborsi delle spese sostenute per le prestazioni di cui ai punti 1, 2, 3, 4 e 5 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. Nel caso in cui si utilizzino strutture/operatori non convenzionati i rimborsi di cui ai punti 1, 2, 3, 4 e 5 non sono dovuti.

I rimborsi delle spese per le prestazioni di cui ai punti 1, 2, 3, 4 e 5 erogati da Ospedali Pubblici o Enti Convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale sono dovuti solo per le prestazioni in regime di libera professione convenzionate con il Network Sanitario.

I ticket inerenti le 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 – 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 di difetti fisici o di malformazioni preesistenti all'accoglimento della domanda di ammissione a Socio, 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 paradonzo, gli interventi preprotetici 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.
- 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 alla 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. 4 - DECORRENZA DELLE GARANZIE - TERMINI DI ASPETTATIVA

Le diarie ed i sussidi di cui al presente regolamento decorrono dalle ore 24:00 del 90esimo giorno successivo all'accoglimento della domanda di ammissione a Socio e pagamento della quota di ammissione e del contributo associativo annuo.

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

I Soci con età superiore ai 75 anni avranno diritto alle diarie giornaliere da ricovero di cui al presente regolamento dopo un anno dall'accoglimento della domanda di ammissione a Socio. I Soci con età superiore agli 80 e 85 anni ne avranno diritto, rispettivamente, dopo due e tre. Per i sussidi invece rimane la decorrenza dalle ore 24:00 del 90esimo 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. 5 – DURATA DELLA COPERTURA

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

### ART. 6 - CRITERI E PROCEDURE DI LIQUIDAZIONE

L'erogazione delle diarie ed i sussidi previsti dal presente regolamento avviene 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 **120 giorni** dalla prestazione. 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 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 per il rimborso delle spese sanitarie dovrà essere accompagnata da:

- ✓ Prescrizione del medico di base o del medico specialista riportante la patologia/infortunio che ha causato la richiesta di prestazione e la 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 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 per motivi di salute riguardanti l'avente diritto.

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.