

DA PRESENTARE ENTRO:
 - il **30 aprile** per le spese del **1° trimestre**;
 - il **31 luglio** per le spese del **2° trimestre**;
 - il **31 ottobre** per le spese del **3° trimestre**;
 - il **20 gennaio** dell'anno successivo,
 per le spese del **4° trimestre**.

Si ricorda che le prestazioni sanitarie prenotate con l'apposito Portale nell'Area Riservata del sito www.chiantimutua.it consentono di ottenere gli sconti e l'immediato rimborso del 50% senza dover presentare la richiesta di rimborso.

Vai sul sito www.chiantimutua.it o chiama il NUMERO VERDE 800 265657

La presente richiesta cartacea, unitamente agli allegati richiesti, va trasmessa in busta chiusa tramite la propria Filiale ChiantiBanca.

SI CONSIGLIA DI PRESENTARLA TRAMITE LA PROCEDURA WEB

CHIANTIMUTUA – 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)

CHIEDE

la concessione, ai sensi dei Regolamenti ChiantiMutua, Generale e Specifici in vigore, il seguente contributo:

Per se stesso/a Per il figlio minore (*) [SOLO SE ENTRAMBI I GENITORI SONO SOCI MUTUA] (Cognome e Nome) nato/a il ____/____/____
 INDICARE L'ALTRO GENITORE SOCIO (Cognome e Nome) nato/a il ____/____/____

(*) I rimborsi medico-sanitari delle spese sostenute per le prestazioni di cui ai punti 1, 2, 3, 5, 6, 7 e 8 erogate a favore dei figli minori regolarmente dichiarati (vedi punto 8) 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. In deroga a quanto sopra previsto, la Mutua ammette ai rimborsi sanitari i figli minori di un Associato, dietro espressa richiesta dello stesso Associato, quando manchi l'altro genitore e l'assenza venga documentata mediante dichiarazione sostitutiva rilasciata dall'interessato.

1 - VISITE MEDICHE SPECIALISTICHE - massimale annuo € 250,00
 C/O CONVENZIONATI 30 % della fattura pagata dell'importo totale di € _____ x 30% = € _____
 C/O NON convenzionati 10 % della fattura pagata dell'importo totale di € _____ x 10% = € _____

2 - ESAMI ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI - massimale annuo € 250,00
 C/O CONVENZIONATI 20 % della fattura pagata dell'importo totale di € _____ x 20% = € _____
 C/O NON convenzionati 10 % della fattura pagata dell'importo totale di € _____ x 10% = € _____

3 - CURE FISIOTERAPICHE E RIABILITATIVE - massimale annuo € 250,00
 C/O CONVENZIONATI 30 % della fattura pagata dell'importo totale di € _____ x 30% = € _____
 C/O NON convenzionati 10 % della fattura pagata dell'importo totale di € _____ x 10% = € _____

4 - VISITE OCULISTICHE C/O CONVENZIONATI - solo per i figli minori dei Soci - massimale annuo € 100,00
 C/O CONVENZIONATI 30 % della fattura pagata dell'importo totale di € _____ x 30% = € _____
 C/O NON convenzionati 10 % della fattura pagata dell'importo totale di € _____ x 10% = € _____

5 - TRATTAMENTI TERMALI C/O CONVENZIONATI - massimale annuo € 250,00
 C/O CONVENZIONATI 10 % della fattura pagata dell'importo totale di € _____ x 10% = € _____

6 - SERVIZIO TRASPORTO O TAXI (solo in abbinamento con i rimborsi 1, 2, 3 e 7) - massimale annuo € 100,00
 C/O CONVENZIONATI 30 % della fattura pagata dell'importo totale di € _____ x 10% = € _____
 C/O NON convenzionati 10 % della fattura pagata dell'importo totale di € _____ x 10% = € _____

7 - INTERVENTI CHIRURGICI AMBULATORIALI O IN DAY HOSPITAL (non finalità estetiche) - massimale annuo € 250,00
 C/O CONVENZIONATI 50 % della fattura pagata dell'importo totale di € _____ x 50% = € _____
 C/O NON convenzionati 10 % della fattura pagata dell'importo totale di € _____ x 10% = € _____

8 - AUSILI ORTOPEDICI POST INFORTUNIO O INTERVENTO CHIRURGICO (entro 90 gg) - massimale annuo € 250,00
 C/O CONVENZIONATI 50 % della fattura pagata dell'importo totale di € _____ x 50% = € _____
 C/O NON convenzionati 10 % della fattura pagata dell'importo totale di € _____ x 10% = € _____

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

A norma di regolamento allega la seguente documentazione:

- Ricevuta/Fattura n. _____ del ____/____/____
- Prescrizione del medico

→ 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) 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 RIMBORSI MEDICO SANITARI – (In vigore dal 01.01.2024)

ART. 1 – ASSISTITI

Le diarie e i rimborsi 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, intesi come tali i figli minori conviventi e non, sono ammessi ai benefici di cui al presente regolamento nel rispetto dei limiti e delle condizioni esposti in corrispondenza di ciascuna prestazione.

(Omissis)

ART. 4 – LIMITI ALLE DIARIE E RIMBORSI

Premessa:
il sistema *mutualistico* di erogazione di rimborsi sanitari si fonda sulla probabilità *epidemiologica* (modalità d'insorgenza, di diffusione e di frequenza delle malattie in rapporto alle condizioni dell'organismo) che gli associati abbiano bisogno di accedere a prestazioni sanitarie ordinarie (ovvero che rientrano nelle prestazioni del SSN previste dai LEA e dalle linee guida) prescritte da un medico al verificarsi di determinati sintomi o a causa di infortunio e che quindi non abbiano carattere di cronicità.

Pertanto, in via generale non sono rimborsabili le spese per prestazioni sanitarie che non hanno i suddetti requisiti di probabilità epidemiologica, come ad esempio i check up e le visite mediche per certificazioni, o che abbiano carattere di cronicità, ovvero siano prestazioni sanitarie con carattere continuativo come per esempio, trattamenti fisioterapici di mantenimento, visite mediche periodiche di controllo, oppure non rientrino tra quelle ordinarie, come per esempio test genetici o altra diagnostica innovativa.

Più specificamente le diarie ed i rimborsi non sono dovuti se dipendenti da:

- le protesi dentarie ed ortodontiche, le cure dentarie e del parodontio, 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 terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale;
- le visite per cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici, visite psicologiche e trattamenti psicoterapeutici;
- le prestazioni mediche aventi esclusivamente finalità di controllo (come ad esempio quelle successive ad un primo accesso);
- 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);
- fatta eccezione per quanto previsto all'Art. 2, comma 3, lettere a) e b), i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- fatta eccezione per quanto previsto all'Art. 2, comma 3, lettere a) e b), le prestazioni mediche relative a 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;
- ausili ortopedici che, seppur prescritti dal medico, vengono acquistati dopo 90 giorni dall'infortunio o intervento chirurgico.
- le cure per malattie degenerative del sistema nervoso (es. morbo di Alzheimer, sclerosi multipla, morbo di Parkinson);
- 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.
- 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 cure per stati patologici correlati dall'infezione HIV;
- il parto naturale e l'aborto;
- gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale, ad eccezione dello spermogramma;
- il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- 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 epidemie aventi caratteristica di pandemia (dichiarata da OMS), di gravità e virulenza tale da comportare una elevata mortalità ovvero da richiedere misure restrittive al fine di ridurre il rischio di trasmissione alla popolazione civile. A solo titolo esemplificativo e non limitativo: chiusura di scuole e aree pubbliche, limitazione di trasporti pubblici in città, limitazione al trasporto aereo;
- le quarantene;
- le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.

ART. 5 - DECORRENZA DELLE GARANZIE - TERMINI DI ASPETTATIVA

Le diarie ed i rimborsi 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 rimborsi 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 rimborsi 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 rimborsi 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 rimborsi qualunque sia la causa del ritardato pagamento.

DISPOSIZIONE DI DEROGA TEMPORANEA - TERMINI DI ASPETTATIVA - In via eccezionale, dal 01.01.2024 fino al 31.12.2024 le garanzie riferite al presente Regolamento decorrono dalle ore 24,00 del giorno dell'accoglimento della domanda di ammissione a Socio.

(Omissis)

ART. 7 - CRITERI E PROCEDURE DI LIQUIDAZIONE

L'erogazione dei rimborsi previsti dal presente regolamento avviene con due distinte modalità in relazione al canale di fruizione utilizzato dal Socio:

- in caso di fruizione delle prestazioni prenotate attraverso il Portale riservato ai Soci, i rimborsi previsti saranno versati in nome e per conto del Socio stesso direttamente alle strutture/operatori sanitari. In tal modo il socio provvederà a pagare per la parte di sua spettanza la fattura, emessa a suo carico per l'importo totale della spesa, mentre la restante parte corrispondente al rimborso, in quanto dovuto e nei limiti dei massimali previsti, verrà versata da ChiantiMutua direttamente alla struttura/operatore sanitario che ha emesso la fattura. Il Socio pertanto usufruirà del rimborso previsto al momento del pagamento della prestazione sanitaria e non dovrà quindi procedere a presentare domanda di rimborso tramite la modalità *on line* o cartacea;
- in caso di fruizione delle prestazioni con prenotazione effettuata dal socio direttamente presso la struttura/operatore sanitario, dovrà essere presentata apposita richiesta di rimborso con una delle seguenti due modalità:
 - 1) tramite l'apposita procedura web dall'Area Riservata del sito www.chiantimutua.it (**MODALITA' CONSIGLIATA**);
 - 2) tramite gli appositi Moduli di richiesta cartacei scaricabili dal sito che, unitamente ai documenti richiesti devono essere consegnati in busta chiusa (indirizzata a ChiantiMutua, Piazza Arti e Mestieri 1, 50026 San Casciano V. Pesa) presso una delle Filiali ChiantiBanca. La domanda di pagamento deve essere redatta in conformità ai modelli predisposti dalla *Mutua* e firmata dal beneficiario.

In entrambe le suindicate modalità di trasmissione, la domanda di rimborso, corredata della necessaria documentazione, dovrà essere inserita in procedura web o consegnata alla Filiale ChiantiBanca entro:

- il **30 aprile** dell'anno in corso, per le spese del **1° trimestre** (data compresa fra il 1° gennaio e il 31 marzo);
- il **31 luglio** dell'anno in corso, per le spese del **2° trimestre** (data compresa fra il 1° aprile e il 30 giugno);
- il **31 ottobre** dell'anno in corso, per le spese del **3° trimestre** (data compresa fra il 1° luglio e il 30 settembre);
- il **20 gennaio** dell'anno successivo, per le spese del **4° trimestre** (data compresa fra il 1° ottobre e il 31 dicembre).

Le domande presentate oltre i termini suindicati non saranno rimborsate.

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:

- ✓ Lettera di dimissioni rilasciata dall'Ospedale/ Casa di Cura 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:

- ✓ Documento rilasciato dalla R.S.A. riportante la data di entrata e di uscita dalla struttura, oppure l'indicazione che è tuttora degente se superati i 21 giorni dalla data di ricovero.
- ✓ (nei casi indicati dalla lettera a) del terzo capoverso Art. 2)
Disposizione di ricovero rilasciata dall'Unità di Valutazione distrettuale su proposta del medico di medicina generale.
- ✓ (nei casi indicati dalla lettera b) del terzo capoverso Art. 2)
Fattura rilasciata dalla RSA riferita al periodo di ricovero.
- ✓ (nei casi indicati dalla lettera c) del terzo capoverso Art. 2)
Prescrizione di ricovero del medico di medicina generale per motivate esigenze di cure temporanee o documento indicante la necessità di riabilitazione post ricovero ospedaliero rilasciata direttamente dall'ospedale o dalla ASL.

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

- ✓ Prescrizione del medico di base o del medico specialista indicante 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, intervento chirurgico, ausilio ortopedico). 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 trasporto o Taxi** 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.

La sopraindicata documentazione inerente alle cause del ricovero ospedaliero/RSA 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 verifiche sulla documentazione trasmessa in copia, ivi compresi 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.

Con riferimento alle prestazioni mediche fruitive tramite il portale il Socio deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla *Mutua* e fornire la documentazione attinente alla patologia/infortunio denunciata anche successivamente al pagamento effettuato dalla *Mutua* per tali prestazioni medico-sanitarie.

Nel caso in cui a seguito delle verifiche documentali e dei controlli medici disposti dalla *Mutua*, o in caso di diniego degli stessi, non fosse possibile riscontrare la patologia/infortunio che in base ai regolamenti dia diritto al pagamento, la *Mutua* provvederà a stornare l'importo versato alla struttura/operatore sanitario addebitandolo sul conto corrente bancario del Socio tramite la procedura SDD SEPA.

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.