

RICHIESTA DIARIE E SUSSIDI MEDICO-SANITARI

DA PRESENTARE ENTRO 180 GIORNI DALLA PRESTAZIONE



AMICI PER SEMPRE
Via G. Mameli 32
53043 Chiusi Scalo (SI)

Il/la sottoscritto/a _____ Socio ordinario di AMICI PER SEMPRE, nato/a a _____ prov. _____ il ____/____/____ N° Carta _____ e-mail _____ cellulare _____

CHIEDE

la concessione, ai sensi del Regolamento Diarie e Sussidi medico-sanitari, del contributo sotto indicato:

Per se stesso/a, titolare della carta MutuaSalus

DIARIA OSPEDALIERA

- per infortunio: N° giorni x € 20.00 = € _____ (massimale annuo – anno solare € 400.00)
- per malattia: N° giorni x € 20.00 = € _____ (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, 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. 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 (vedi art.1 e 2 del “Regolamento Specifico Diarie e Sussidi Medico-Sanitari”).

Per se stesso/a, titolare Carta MutuaSalus

Per il figlio/a _____

nato/a a.....prov. il/...../.....

VISITE MEDICHE SPECIALISTICHE C/O CONVENZIONATI - esclusi odontoiatri (massimale annuo-anno solare € 150,00)

30 % della fattura pagata dell’importo totale di € _____ x 30% = € _____

ESAMI CLINICI, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI, TRATTAMENTI FISIOTERAPICI, ASSISTENZA DOMICILIARE C/O CONVENZIONATI, VISITE IN INTRAMOENIA C/O STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE E TICKET SANITARI (massimale annuo-anno solare € 200,00)

20 % della fattura pagata dell’importo totale di € _____ x 20% = € _____

TRATTAMENTI TERMALI C/O CENTRI TERMALI CONVENZIONATI (massimale annuo-anno solare € 200,00)

30 % della fattura pagata dell’importo totale di € _____ x 30% = € _____

VISITE MEDICHE SPECIALISTICHE C/O CONVENZIONATI per i figli di cui all’art.4 del regolamento generale (massimale annuo- anno solare € 100,00, da intendersi per nucleo familiare ossia riferito per tutti i figli assistiti e dichiarati dal Socio)

20 % della fattura pagata dell’importo totale di € _____ x 20% = € _____

SERVIZIO AMBULANZE CONVENZIONATI (solo da e per strutture medico sanitarie) (massimale annuo – anno solare € 200,00)

30 % della fattura pagata dell’importo totale di € _____ x 30% = € _____

mediante accredito sul c/c n. _____ fil. _____, aperto presso BANCA TEMA, già comunicato nella domanda di iscrizione e sul quale vengono regolate le quote annuali di adesione a AMICI PER SEMPRE.

A norma di regolamento allega la seguente documentazione:

- Ricevuta/Fattura n. _____ del ____/____/____
- Prescrizione del medico
- Documento di degenza rilasciato dall’Ospedale
- Verbale d’infortunio

➔ La documentazione può essere trasmessa in fotocopia apponendo la firma del richiedente per copia conforme

Ai sensi di quanto disposto dal Regolamento UE n. 679/2016 (Regolamento Generale per la Protezione dei Dati o “GDPR”) 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.

(data)

(firma)

(parte riservata ad Amici per Sempre)

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 di Amici per Sempre)

_____ (per il Consiglio di Amici per Sempre)

RICHIESTA DIARIE E SUSSIDI MEDICO-SANITARI

DA PRESENTARE ENTRO 180 GIORNI DALLA PRESTAZIONE

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 AMICI PER SEMPRE-CASSA MUTUA VALDICHIANA, in seguito per brevità denominata CASSA MUTUA VALDICHIANA.

E' previsto il sussidio per i familiari del socio (meglio specificati all'art. 4 del Regolamento generale delle prestazioni) per visite mediche specialistiche c/o convenzionati (esclusi odontoiatri) e visite specialistiche effettuate in regime di libera professione - intramoenia presso Strutture Sanitarie pubbliche.

ART. 2 - DIARIE E SUSSIDI MEDICO-SANITARI

(omissis) I rimborsi delle spese sostenute per le prestazioni di cui ai punti precedenti, quando indicato, 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 non sono dovuti tranne che il socio sia residente in una zona non coperta da strutture/operatori convenzionati COMIPA.

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. L'anno di riferimento del massimale è quello civile. (omissis)

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 paradonto, 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 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. 6 - CRITERI E PROCEDURE DI LIQUIDAZIONE

L'erogazione delle diarie ed i sussidi previsti dal presente regolamento avvengono dietro presentazione della relativa domanda di sussidio completa alla CASSA MUTUA VALDICHIANA o cartacea (nelle filiali Banca Tema e negli uffici della CASSA MUTUA VALDICHIANA) o digitale attraverso il sito internet della CASSA MUTUA VALDICHIANA o la relativa app. (omissis)

Le richieste di pagamento devono pervenire alla CASSA MUTUA VALDICHIANA entro **180 giorni** dalla data presente sul documento fiscale emesso a seguito del pagamento della prestazione per la quale si richiede il sussidio. 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) con data non anteriore a 180 giorni dalla data di presentazione della domanda.

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

Fattura o documento rilasciato dal prestatore del servizio per viaggi allegando la documentazione medica comprovante che il servizio è stato erogato per raggiungere Istituti di cura per motivi di salute riguardanti l'avente diritto.

L'Associato che abbia avanzato richieste di rimborso per le medesime spese nei confronti di terzi (assicurazioni o soggetti privati), avendo ottenuto ristoro, deve darne tempestiva comunicazione alla CASSA MUTUA VALDICHIANA.

(omissis)