

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 e loro figli minori regolarmente iscritti a SMS Centro ETS, in seguito per brevità denominata *Mutua*.

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 (compresi i figli minori)/evento/anno:

TABELLA DIARIE

Tipo di ricovero	Diaria giornaliera	Massimale annuo
INFORTUNIO	25,00 €	400,00 €
MALATTIA	20,00 €	300,00 €
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. 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:

TABELLA SUSSIDI MEDICO-SANITARI

	Prestazioni	Importo rimborsato%	Massimale annuo
1	Visite Mediche Specialistiche c/o convenzionati (esclusi odontoiatri) o intramoenia	30 % della fattura	200,00 €
2	Esami clinici, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici c/o strutture convenzionate o intramoenia	20 % della fattura	200,00 €
3	Trattamenti termali c/o centri termali convenzionati	20 % della fattura	150,00 €
4	Servizio Ambulanze (solo da e per destinazioni in Istituti di Cura)	40% della fattura	150,00 €

I rimborsi delle spese sostenute per le prestazioni di cui ai punti 1, 2, 3 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 non sono dovuti.

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

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 dei massimali annui indicati 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 presso tutte le filiali di Banca Centro Credito Cooperativo Toscana-Umbria e sul sito internet www.smscentro.it 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 Banca Centro Credito Cooperativo Toscana-Umbria, Socio 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

Accedendo all'Area Riservata presente sul sito internet www.smscentro.it ovvero sulla relativa APP, cliccando sul pulsante "*Rimborsi*" e conseguentemente su "*Richiedi un rimborso*", portando a termine la procedura via web.

Non verranno prese in carico in le richieste di rimborso inoltrate via mail.

ART. 4 – LIMITI ALLE DIARIE E SUSSIDI

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

- interventi chirurgici di qualunque tipo o natura;
- 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.
- 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);
- 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;
- gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
- 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;
- la ginnastica posturale e di altro tipo se non praticata individualmente da un fisioterapista.

Diarie e sussidi, inoltre, non sono dovuti se dipendenti da:

- presentazione di domanda di sussidio da più di un Socio per i medesimi beneficiari.

ART. 5 - DECORRENZA DELLE GARANZIE - TERMINI DI ASPETTATIVA

Le diarie ed i sussidi di cui al presente regolamento decorrono dalle ore 24:00 del **60esimo** 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.

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 **60esimo** giorno successivo all'accoglimento della domanda di ammissione a Socio.

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 semestrale.

ART. 6 – DURATA DELLA COPERTURA

La copertura ha durata annuale e scade alle ore 24:00 del 31/12 dell'anno in corso.

ART. 7 - 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.

Il rimborso avverrà mediante accredito su cc aperto presso Banca Centro Credito Cooperativo Toscana-Umbria, già comunicato nella domanda di iscrizione, e sul quale vengono regolate le quote annuali di adesione alla *Mutua*.

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 rimborso devono pervenire alla *Mutua* entro **60 giorni** dalla prestazione. Nessun rimborso spetterà al Socio che presenterà la domanda trascorso tale termine.

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

- ✓ *Copia della fattura pagata per la prestazione medico-sanitaria erogata (visita specialistica, esame clinico, accertamento diagnostico, trattamento fisioterapico o termale).*

La richiesta 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 la 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.

In base all'attuale normativa fiscale, le somme rimborsate restano comunque a carico del socio (art. 15 del TUIR), le stesse potranno quindi essere portate in detrazione dal reddito imponibile come ogni altra spesa sanitaria.

Le richieste che risultino incomplete o prive della documentazione richiesta non saranno accolte.

L'eventuale diniego verrà comunicato ai soci esclusivamente via mail all'indirizzo indicato nel modulo di richiesta rimborso/contributo.

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 comunicazione alla *Mutua* inserendo, nella richiesta di rimborso, l'importo erogato dall'altro ente.

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. 10- GESTIONE MUTUALISTICA

In base alle risultanze di bilancio il Consiglio di Amministrazione della *Mutua* apporgerà 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. 11 - 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 mediante pubblicazione sul sito www.smscentro.it.

Il Socio, con la sottoscrizione della domanda di ammissione alla *Mutua*, si impegna all'osservanza delle presenti norme regolamentari.

Regolamento in vigore dal 01/01/2023.

Approvato dal Consiglio di Amministrazione in data 21/12/2022.