

REGOLAMENTO DIARIE E SUSSIDI

ART. 1 - ASSISTITI

Le diarie e i sussidi di cui al presente regolamento sono prestati esclusivamente a favore dei Soci regolarmente iscritti a **MARCA SOLIDALE Cassa Mutua**.

I familiari dei Soci sono esclusi dalle prestazioni di cui al presente regolamento.

ART. 2 – PRESTAZIONI

Le diarie e sussidi sono suddivisi nelle seguenti categorie:

SERVIZI DI CATEGORIA "PRIORITARIA": hanno esclusivamente il loro massimale, non fanno cumulo tra loro e nemmeno con altre categorie;

SERVIZI DI CATEGORIA "ORDINARIA": oltre al proprio specifico massimale, tutti i rimborsi appartenenti a questa categoria fanno cumulo tra loro e possono avere dei massimali SEZIONE e di CATEGORIA.

SERVIZI DI CATEGORIA "PRIORITARIA"

MARCA SOLIDALE Cassa Mutua, in caso di ricovero in istituto di cura pubblico, accreditato o privato, corrisponde le seguenti indennità giornaliere per persona/evento/anno:

Tipo di ricovero	Diaria giornaliera	Massimale annuo	Massimale di SEZIONE	Massimale di CATEGORIA PRIORITARIA
INFORTUNIO	30,00 €	600,00 €	nessuno	nessuno
MALATTIA	20,00 €	400,00 €	nessuno	nessuno
R.S.A. (Residenza Sanitaria Assistenziale)	10,00 €	200,00 €	nessuno	nessuno

Le indennità 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.

SERVIZI DI CATEGORIA "ORDINARIA":

MARCA SOLIDALE Cassa Mutua rimborsa le spese sostenute, **esclusi odontoiatri**, dal Socio e dai figli minori (18 anni non compiuti) usufruendo del massimale annuo del Socio stesso, per le seguenti prestazioni e nei limiti di seguito riportati:

SEZIONE	Prestazioni (esclusi odontoiatri)	% Importo rimborsato	Massimale annuo	MASSIMALE DI SEZIONE	MASSIMALE DI CATEGORIA ORDINARIA
SALUTE E BENESSERE	Visite Mediche Specialistiche Private c/o centri convenzionati , ULSS 2 MARCA TREVIGIANA, AS FO (ex ASS 5 Friuli occidentale) ULSS N3 SERENISSIMA	30 %	€ 100,00	€ 300,00	€ 350,00
	Visite Mediche Specialistiche Private c/o centri non convenzionati ASL fuori territorio di competenza Marca Solidale	15%			
	Ticket Sanitari - Visite Mediche	30%			
	Esami ed accertamenti diagnostici c/o centri convenzionati ULSS 2 MARCA TREVIGIANA, AS FO (ex ASS 5 Friuli occidentale) ULSS N3 SERENISSIMA	30%	€ 100,00		
	Esami ed accertamenti diagnostici c/o centri non convenzionati ASL fuori territorio di competenza Marca Solidale	15%			
	Ticket Sanitari - Esami	30%	€ 100,00		
	Fisioterapia, cure termali, trattamenti per sclerosanti, iniezioni di sostanze terapeutiche, infiltrazioni e agopuntura c/o centri convenzionati	15%			
	Fisioterapia, cure termali, trattamenti per sclerosanti, iniezioni di sostanze terapeutiche, infiltrazioni e agopuntura c/o centri non convenzionati	15%	€ 105,00		
	Servizio Ambulanze (solo per destinazioni in Istituti di Cura)	40%			
	Servizio Taxi (solo per destinazioni in Istituti di Cura)	10%			
TEMPO LIBERO	CONVEZIONE PALESTRA	10%	€ 20,00	nessuno	
	BONUS CULTURA	10%	€ 30,00		
	BONUS CULTURA CONCERTI	€ 5,00			
SOSTEGNO ALLA PERSONA	STAI BENE MAMMA		€ 150,00	€ 200,00	
	A TUTTA ESTATE		fino a 110€		
	NON SOLO SCUOLA		fino a 110€		
	COMETE ATTIVAZIONE	100%	€ 100,00		
	COMETE SERVIZI	30% o 15%			
	COMETE EDUCA ATTIVAZIONE	100%	€ 150,00		
	COME TE EDUCA SERVIZI	30% o 15%			

Le prestazioni sono dovute solo se il Socio è in regola con il pagamento della quota di ammissione e dei contributi associativi annuali. Il socio può ricevere rimborsi nel limite del massimale previsto per la singola prestazione e comunque, OVE PREVISTO, nel limite previsto dal massimale di sezione e dal massimale di categoria ordinaria.

Le diarie e i sussidi sono prestate indipendentemente dalle condizioni di salute degli Assistiti, pertanto le prestazioni sono dovute anche nei casi di ricadute inerenti a situazioni patologiche preesistenti alla decorrenza delle garanzie.

ART.2) a – SOSTEGNO ALLA MATERNITA' (CATEGORIA PRIORITARIA)

MARCA SOLIDALE Cassa Mutua rimborsa le spese sostenute connesse alla gravidanza, e tutte le altre indicate nel regolamento generale delle prestazioni, inclusi i ticket, per un periodo di 12 mesi dall'attestazione della maternità.

Prestazioni (inclusi ticket)	% Importo rimborsato	Massimale annuo
Rimborso 1° ticket sanitario	100% della fattura	150,00 €
Visite Mediche Specialistiche ed Esami c/o centri convenzionati	30 % della fattura	(per visite) 150,00 €
Visite Mediche Specialistiche ed Esami c/o centri non convenzionati	15% della fattura	(per esami)

ART. 3 – LIMITI ALLE PRESTAZIONI

Le prestazioni **non** sono dovute se dipendenti da:

- cure e/o 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;~~
- cure dermatologiche: crioterapia, diatermocoagulazione, rimozione nei, rimozione verruche etc;
- cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici. (colloqui e consulenza psicologica);
- cure per stati patologici correlati dall'infezione HIV;
- cure per malattie degenerative del sistema nervoso (es. morbo di Alzheimer, sclerosi multipla, morbo di Parkinson);
- 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;
- 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);
- ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale; applicazione e rimozione di metodi contraccettivi;
- 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.
- interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
- trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- 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;
- infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assistito;

- 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;
- conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.
- terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale, come biorisonanza, visite e trattamenti di naturopatia, pranoterapia;
- Visite per rinnovo patenti o per rilascio di certificati anamnestici.

ART. 4 - DECORRENZA DELLE GARANZIE - TERMINI DI ASPETTATIVA

Le prestazioni di cui al presente regolamento decorrono **dalle ore 24:00 del giorno dell'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 prestazioni eseguite presso i centri convenzionati decorrono **dalle ore 24:00 del giorno** dell'accoglimento della domanda di ammissione a socio ed avranno diritto alle diarie, di cui al presente regolamento, 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 di cui al presente regolamento **dopo un anno** dall'accoglimento della domanda di ammissione a Socio, mentre per le prestazioni eseguite presso i centri convenzionati **dalle ore 24:00 del giorno** dell'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 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 assistenza 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 prestazioni previste dal presente regolamento avviene dietro presentazione della relativa domanda di rimborso alla Mutua.

La domanda di rimborso 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, e dovrà essere accompagnata dalla fattura in originale o copia. 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 90 giorni dalla prestazione. Le domande che perverranno dal 90° al 180° giorno saranno decurtate del 50%. Nessun rimborso spetterà al Socio che presenterà la domanda trascorso tale termine.

Il termine ultimo per la presentazione di domande relative all'anno precedente è fissato all'ultimo giorno di febbraio di ciascun anno.

La richiesta di rimborso per diaria ospedaliera 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 rimborso per prestazioni sanitarie dovrà essere accompagnata da:

- ✓ *Copia della fattura pagata per terapie, visite specialistiche e servizi vari.*

La richiesta di rimborso per servizi dovrà essere accompagnata da:

- ✓ *Fattura o documento rilasciato dal prestatore del servizio per viaggi con mezzi CRI (o similari) e/o TAXI 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 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 rimborso.

ART. 7 - 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. Dette variazioni saranno attuate con l'inizio dell'esercizio successivo. La comunicazione delle predette variazioni avviene entro e non oltre il 15 dicembre di ciascun anno.

Il Socio che durante l'anno ha ottenuto dei rimborsi e/o usufruiti delle iniziative e servizi da parte della Mutua è obbligato a rimanere iscritto alla stessa per l'anno in corso e quello successivo.

ART. 8 - 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 a **MARCA SOLIDALE Cassa Mutua**, si impegna all'osservanza delle presenti norme regolamentari.

Regolamento in vigore dal 01/04/2021

Approvato dal Consiglio di Amministrazione in data 31/03/2021