

REGOLAMENTO DIARIE E RIMBORSI MEDICO-SANITARI

ART. 1 – ASSISTITI

Le diarie e i rimborsi di cui al presente regolamento sono prestati esclusivamente a favore dei Soci regolarmente iscritti a **ChiantiMutua ETS**, 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.

ART. 2 - DIARIE E RIMBORSI 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/evento/anno:

TABELLA DIARIE

Tipo di ricovero	Diaria giornaliera	Massimale annuo
INFORTUNIO	30,00 €	600,00 €
MALATTIA	25,00 €	400,00 €
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.

La diaria per la R.S.A. si eroga nei seguenti casi:

- in caso di ricovero in regime convenzionato su proposta del medico di medicina generale all'Unità di Valutazione distrettuale che ne dispone il ricovero nell'ambito dei posti disponibili presso strutture convenzionate con il SSN;
 - in caso di ricovero in regime privatistico presso RSA convenzionate o non con il SSN;
- in questi due casi la diaria si dovrà considerare come **una tantum** per tutta la durata di iscrizione alla Mutua.
- in caso di ricovero a seguito di prescrizione del medico di medicina generale per motivate esigenze di cure temporanee o per ricoveri di riabilitazione post ricovero ospedaliero disposti direttamente dall'ospedale o dalla ASL.

Le diarie sono erogate, nella misura ed alle condizioni sopra esposte, esclusivamente a favore del Socio: i familiari del Socio non sono ammessi al beneficio.

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

TABELLA RIMBORSI MEDICO-SANITARI

		Canale di fruizione prestazioni			Massimale annuo
	TIPOLOGIA PRESTAZIONI	STRUTTURE NON CONVENZIONATE (presenti sul territorio Italiano)	STRUTTURE CONVENZIONATE		
			Direttamente presso la struttura	Direttamente presso la struttura	
		Modalità di rimborso	A presentazione richiesta (Art. 6)	A presentazione richiesta (Art. 6)	
1	Esami ed accertamenti diagnostici	10%	20%	50%	250,00 (**)
	Esami ematici (*)		50%		
2	Visite mediche specialistiche	10%	30%	50%	250,00 (**)
3	Cure fisioterapiche	10%	30%	50%	250,00
4	Visite oculistiche per i figli minori dei Soci	10%	30%	50%	100,00
5	Trattamenti termali c/o centri termali convenzionati	-	10%	-	250,00
6	Servizio trasporto o Taxi (solo da e per strutture medico/sanitarie in abbinamento con i rimborsi 1, 2, 3 e 7)	10%	30%	-	100,00
7	Interventi chirurgici ambulatoriali o in Day hospital, senza pernottamento (escluse finalità estetiche)	10%	50%	-	250,00
8	Ausili ortopedici o sanitari e apparecchiature elettromedicali anche a noleggio, prescritti dal medico in seguito ad infortunio o intervento chirurgico, se acquistati entro 6 mesi dall'infortunio o intervento chirurgico	10%	50%	-	250,00

(*) Il rimborso del 50% per gli esami ematici è previsto anche per le prenotazioni fatte direttamente dal Socio presso le strutture sanitarie convenzionate a condizione che le stesse siano presenti sul portale BCC Mutuality Service. Tale possibilità, viene concessa in quanto in alcuni casi la complessità del nomenclatore dei singoli esami può rendere difficoltosa la prenotazione sul portale.

(**) Concorrono al raggiungimento del massimale previsto ai punti 1 "Esami e accertamenti diagnostici" e 2 "Visite mediche specialistiche" del Regolamento "Servizi sanitari di base", i rimborsi per le prestazioni "PETS" ANIMALI DOMESTICI, art.2 del "Regolamento Servizi di base & "pets" animali domestici, indicate ai punti 4 e 5.

I rimborsi medico sanitari si distinguono in base al canale di fruizione; infatti, tramite il Portale dedicato disponibile per tutti i Soci nella propria Area Riservata del sito www.chiantimutua.it al quale si accede con le modalità indicate nel sito internet ChiantiMutua.it, le percentuali dei rimborsi per le prestazioni di cui ai punti 1, 2, 3 e 4, sono maggiorate rispetto agli altri canali.

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 ETS 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.

La Mutua, quando risultasse ineludibile necessità ai fini dell'adeguata valutazione, si riserva di richiedere ulteriori informazioni a supporto della situazione dichiarata, nel rispetto delle norme disposte a tutela dei dati personali.

I rimborsi erogati per prestazioni sanitarie effettuate dal minore concorrono al raggiungimento del massimale del genitore Associato.

I rimborsi delle spese sostenute per le prestazioni di cui ai punti 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 8 sono dovuti in percentuali diverse in funzione del canale di fruizione utilizzato (prenotazione attraverso il Portale o direttamente presso la struttura operatore) e del fatto che la struttura operatore sia o meno convenzionato del Network Sanitario COMIPA, Consorzio tra Mutue Italiane di Previdenza e Assistenza. Nel caso in cui si utilizzino le strutture/operatori non convenzionati i rimborsi di cui ai punti 1, 2, 3, 4, 6, 7 e 8, sono dovuti nella percentuale del 10%.

I rimborsi delle spese per le prestazioni di cui ai punti 1, 2, 3, 4, 5, 7 e 8 erogati da Ospedali Pubblici o Enti Convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale sono dovuti solo per le prestazioni in regime di libera professione convenzionate o meno con il Network Sanitario.

I ticket inerenti le prestazioni sanitarie erogate dal Servizio Sanitario Nazionale non sono rimborsati.

I rimborsi 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.

I rimborsi sono prestati indipendentemente dalle condizioni di salute degli Assistiti, pertanto i rimborsi sono dovuti anche nei casi di ricadute inerenti a situazioni patologiche preesistenti alla decorrenza delle garanzie.

ART. 3 – 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 rientrino 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 specificatamente le diarie ed i rimborsi non sono dovuti se dipendenti da:

- le protesi dentarie ed ortodontiche, le cure dentarie e del paradonzo, gli interventi preprotetici e di implantologia, di prevenzione, chirurgia orale e gnatologia. 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 cure omeopatiche;
- 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 6 mesi 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/cesareo 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. 4 - 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 01.01.2026 fino al 31.12.2026 le garanzie riferite al presente Regolamento decorrono dalle ore 24,00 del giorno dell'accoglimento della domanda di ammissione a Socio.

ART. 5 – DURATA DELLA COPERTURA

La copertura ha durata annuale dalle ore 00:00 del 1° gennaio alle ore 24:00 del 31 dicembre 2026.

ART. 6 – TERMINI E PROCEDURE DI LIQUIDAZIONE

TERMINI

La domanda di rimborso, corredata della necessaria documentazione, dovrà essere presentata **entro e non oltre 30 giorni dall'emissione della fattura**.

Le domande presentate oltre i termini suindicati non saranno rimborsate.

PROCEDURE

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 ETS 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 ETS, Piazza Arti e Mestieri 1, 50026 San Casciano V.Pesa) presso una **delle Filiali ChiantiBanca, che apporrà la data che farà fede per il termine di presentazione**.

La domanda di pagamento deve essere redatta in conformità ai modelli predisposti dalla *Mutua* e firmata dal beneficiario.

DIARIE:

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:

- ✓ *(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 e documento rilasciato dalla R.S.A. riportante l'indicazione che il socio è tuttora degente se superati i 21 giorni dalla data di ricovero.*
- ✓ *(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.*

RIMBORSI MEDICO SANITARI:

La richiesta di pagamento per il rimborso delle spese sanitarie (Punti 1,2,3,4,5,7 e 8) 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, ausili ortopedici o sanitari e apparecchiature elettromedicali anche a noleggio). 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 (Punto 6) dovrà essere accompagnata da:

- ✓ *Fattura o documento rilasciato dal prestatore del servizio per viaggi con ambulanze (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 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, e fornire alla Mutua ogni informazione sanitaria relativamente alla patologia/infortunio denunciata, nel rispetto della sua riservatezza e dei principi generali di pertinenza, adeguatezza e necessità, nel rispetto inoltre dei principi di correttezza e buona fede.

Con riferimento alle prestazioni mediche fruita tramite il portale il Socio deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla *Mutua* e fornire la documentazione attinente la 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.

ART. 7 – RIMBORSO DA ALTRI SOGGETTI

La *Mutua*, in caso di presentazione da parte del Socio 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 dall'articolo di riferimento, fino alla concorrenza del 100% delle medesime tenuto conto di quanto già rimborsato, secondo le previsioni di legge.

Il Socio 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 tempestiva comunicazione alla *Mutua* in modo da consentire alla stessa il rimborso delle spese sanitarie fino alla concorrenza del 100% della spesa tenuto conto di quanto già rimborsato.

Nel caso in cui la Mutua rimborsi la spesa sanitaria prima degli altri soggetti (assicurazioni o soggetti privati) nei confronti dei quali il Socio vanti simili diritti di rimborso, è responsabilità del Socio di informare gli uffici liquidativi degli altri enti del rimborso ottenuto attraverso la Mutua sulla spesa sostenuta, non potendo in nessun caso la Mutua essere chiamata a rispondere dei danni subiti dagli altri enti per la mancata o scorretta comunicazione del Socio con riferimento a tale rimborso.

ART. 8 - GESTIONE MUTUALISTICA

In base alle risultanze di bilancio il Consiglio di Amministrazione della Mutua apporterà 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 viene riportata sul sito www.chiantimutua.it

ART. 9 - 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 alla *Mutua*, si impegna all'osservanza delle presenti norme regolamentari.