ANNO 2025

1 RICHIESTA DIARIA PER RICOVERO OSPEDALIERO E RSA

REGOLAMENTO DI RIFERIMENTO "SERVIZI SANITARI DI BASE"

ChiantiMutua ETS

SI CONSIGLIA DI PRESENTARE LA RICHIESTA TRAMITE L'APPOSITA PROCEDURA WEB DALL'AREA RISERVATA DEL SITO WWW.CHIANTIMUTUA.IT

LA PRESENTE RICHIESTA CARTACEA VA PRESENTATA IN BUSTA CHIUSA TRAMITE LA PROPRIA FILIALE CHIANTIBANCA, UNITAMENTE AGLI ALLEGATI RICHIESTI, 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**.

Spett.le
CHIANTIMUTUA ETS – *Associazione Cassa Mutua*
Via Giuseppe di Vittorio, 4/6
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 **TI2FI/T2FI** __ __ __ __ __
Codice Fiscale_____
(cinque numeri)

DENUNCIA

il seguente ricovero

dal giorno ____/____/_____ al giorno ____/____/_____

e

C H I E D E

per se stesso/a, titolare della carta MutuaSalus, la concessione, ai sensi dei regolamenti ChiantiMutua generale e specifici in vigore, il contributo sottoindicato:

☐ INFORTUNIO: **N° giorni** [ ] x € 30.00 = € _____ (massimale annuo – anno solare € 600.00)

☐ MALATTIA: **N° giorni** [ ] x € 25.00 = € _____ (massimale annuo – anno solare € 400.00)

☐ R.S.A: **N° giorni** [ ] x € 10.00 = € _____ (massimale annuo – anno solare € 200.00)

La diaria per la R.S.A. si eroga nei seguenti casi:
a) 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 convenzionale con il SSN;
b) 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.
c) 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 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.

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

A norma di regolamento allega la seguente documentazione:

☐ **Documento di degenza rilasciato dall'Ospedale / RSA.**
☐ **Verbale d'infortunio.**
☐ **Disposizione di ricovero in RSA da parte dell'Unità di Valutazione distrettuale, richiesta dal medico di MG.**

➔ la documentazione può essere trasmessa in fotocopia apponendo la firma del richiedente preceduta da *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") e alla normativa nazionale in materia di privacy, le ricordiamo che abbiamo precedentemente fornito l'informativa sul trattamento dei dati personali e nei casi richiesti dalla legge, ed abbiamo ricevuto il suo libero consenso; qualora volesse prendere visione dei documenti appena citati la invitiamo a richiederceli al seguente indirizzo www.info@chiantimutua.it

ESTRATTO REGOLAMENTO SPECIFICO DIARIE E RIMBORSI MEDICO SANITARI – (In vigore dal 01.01.2025)

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.
(Omissis)

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 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 specificatamente le diarie ed i rimborsi non sono dovuti se dipendenti da: ● le 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; ● 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 spermiogramma. ● 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 01.01.2025 fino al 31.12.2025 le garanzie riferite al presente Regolamento decorrono dalle ore 24,00 del giorno dell'accoglimento della domanda di ammissione a Socio.

(Omissis)

ART. 6 - 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 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, 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.

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.

(Omissis)

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, ivi compresi 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.

(Omissis)