RICHIESTA SUSSIDI MEDICO SANITARI

*DA PRESENTARE ENTRO **90 GIORNI** DALLA PRESTAZIONE*

Il/la sottoscritto/a _____Socio ordinario a RivieraMutua ETS, nato/a _____prov._____il____/___/_____
E-mail _____codice fiscale_____

DICHIARA

di aver usufruito delle seguenti prestazioni medico-sanitarie:

☐ **VISITE SPECIALISTICHE (rimborso massimale annuo €200,00)** – *40% del documento fiscale se presso struttura sanitaria convenzionata/ 10% del documento fiscale se presso struttura sanitaria NON convenzionata -*

☐ **ESAMI CLINICI / ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI / TRATTAMENTI FISIOTERAPICI (rimborso massimale annuo €200,00)** – *40% del documento fiscale se presso struttura sanitaria convenzionata/ 10% del documento fiscale se presso struttura sanitaria NON convenzionata –*

☐ **TRATTAMENTI TERMALI (rimborso massimale annuo €200,00)** – *20% del documento fiscale se presso struttura sanitaria convenzionata/ 10% del documento fiscale se presso struttura sanitaria NON convenzionata –*

come da documentazione allegata:

1. Ricevuta/e – Fattura/e n. _____del_____/_____/_____
2. Ricevuta/e – Fattura/e n. _____del_____/_____/_____
3. Ricevuta/e – Fattura/e n. _____del_____/_____/_____
4. Ricevuta/e – Fattura/e n. _____del_____/_____/_____
5. Ricevuta/e – Fattura/e n. _____del_____/_____/_____

CHIEDE il rimborso ai sensi del Regolamento Sussidi Sanitari attualmente in vigore. Il sussidio richiesto sarà da voi pagato attraverso una disposizione bancaria sul conto corrente a me intestato, nel quale vengono addebitati i contributi associativi annuali.

DICHIARA:
☐ di non aver percepito alcun rimborso da altra cassa mutua, assicurazione o simile sulle medesime spese sanitarie oggetto della presente richiesta di rimborso;
☐ di aver percepito il rimborso di Euro_____da altra cassa mutua, assicurazione o simile sulle medesime spese sanitarie oggetto della presente richiesta di rimborso;

Nel caso in cui la Mutua rimborsi la spesa sanitaria prima degli altri soggetti (assicurazioni o soggetti privati) su cui il Socio vanta similari diritti di rimborso, è responsabilità del Socio informare gli uffici liquidativi degli altri enti del rimborso ottenuto attraverso la Mutua sulla spesa sostenuta, pertanto in nessun caso la Mutua può essere chiamata a rifondere danni subiti dagli altri enti per la mancata o scorretta comunicazione del Socio con riferimento a tale rimborso.

Con riferimento a quanto disposto dal Regolamento UE n. 679/2016 (Regolamento Generale per la Protezione dei Dati o "GDPR") ed ai requisiti dallo stesso definiti, in relazione a quanto richiesto dal D.Lgs.101/18, 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 Socio _____

(parte riservata a RivieraMutua ETS)

Socio dal_____/_____/_____ Ha versato la quota di rinnovo per l'anno 202_? ☐ SI ☐ NO

RIMBORSO EURO _____ ☐ SI PUO' PROCEDERE ALLA LIQUIDAZIONE ☐ NON SI PUO' PROCEDERE ALLA LIQUIDAZIONE

Data_____ _____
(per l'ufficio della Mutua)

RICHIESTA SUSSIDI MEDICO SANITARI

*DA PRESENTARE ENTRO **180 GIORNI** DALLA PRESTAZIONE*

Estratto del Regolamento

ART. 1 - ASSISTITI

Le diarie e i sussidi di cui al presente regolamento sono prestati esclusivamente a favore dei Soci regolarmente iscritti a RivieraMutua ETS, in seguito per brevità denominata Mutua. I familiari dei Soci sono esclusi dai sussidi di cui al presente regolamento.

ART. 2 - SUSSIDI MEDICO-SANITARI

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. L'anno di riferimento del massimale è quello civile. I rimborsi delle spese sostenute per le prestazioni di cui alla tabella sopra riportata sono dovuti sia 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, sia nel caso in cui si utilizzino strutture/operatori NON convenzionati. I rimborsi delle spese per le prestazioni di cui alla tabella sopra riportata erogati da Ospedali Pubblici o Enti Convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale sono dovuti solo per le prestazioni in regime di libera professione (intramoenia). I ticket inerenti le prestazioni sanitarie erogate dal Servizio Sanitario Nazionale non sono rimborsabili.

ART. 5 – LIMITI ALLE DIARIE E SUSSIDI

I sussidi non sono dovuti per le seguenti prestazioni:

- 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 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 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;
- gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
- 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;
- 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 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;
- le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale

ART. 7 - CRITERI E PROCEDURE DI LIQUIDAZIONE

L'erogazione dei 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. La presentazione del modulo, da parte di persona delegata, deve essere accompagnata da un documento di identità del socio beneficiario del rimborso. Il sussidio viene accreditato sul conto corrente bancario indicato dal Socio della Mutua in fase di ammissione, salvo successiva comunicazione di avvenuta variazione del numero di conto corrente. Le richieste di pagamento devono pervenire alla Mutua entro 90 giorni dalla prestazione. Nessun rimborso spetterà al Socio che presenterà la domanda trascorso tale termine.

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

- 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.