

5	Servizio Ambulanze (solo da e per destinazioni in Istituti di Cura)	40 % della fattura	100,00 €*
6	Servizio Taxi "medico" (solo da e per destinazioni in Istituti di Cura a favore dell'associato non autosufficiente)	10 % di quanto speso	100,00 €*

* *massimale annuo globale limitato ad euro 300,00.*

Presentazione della richiesta di rimborso

L'erogazione di 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 sul sito internet della Mutua 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 Annia, Associato 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

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

Quali documenti è necessario presentare

La richiesta di rimborso deve essere accompagnata da copia fotostatica dei documenti relativi alla:

1. *Prescrizione del medico di base o del medico specialista riportante la patologia/infortunio che ha causato la richiesta di prestazione;*
2. *Fattura inerente la prestazione medico-sanitaria erogata.*

Termini di presentazione della documentazione

La richiesta di rimborso deve pervenire alla Mutua **entro e non oltre il 28 febbraio dell'anno successivo** dall'esecuzione della prestazione.

Limitazioni ed esclusioni

I rimborsi delle spese sostenute per le prestazioni di cui ai punti 1, 2, 3 del presente articolo sono dovuti sia nel caso in cui le prestazioni siano erogate da una struttura operatore convenzionato del Network Sanitario COMIPA, Consorzio tra Mutue Italiane di Previdenza e Assistenza (elenco consultabile sul sito internet della Mutua alla pagina "*Convenzioni*") sia nel caso in cui si utilizzino strutture/operatori non convenzionati, secondo la percentuale di rimborso di cui alla tabella di cui al presente articolo.

L'associato deve consentire eventuali controlli disposti dalla Mutua e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria integrativa relativamente a notizie afferenti la richiesta di rimborso.

ART. 3 – 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 tempestiva comunicazione alla *Mutua*.

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 similari 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. 1910 e segg. CC).

ART. 4 – DEFINIZIONE DI ESERCENTE CONVENZIONATO E DI ESERCENTE NON CONVENZIONATO

Per “esercente convenzionato” si intende lo studio medico, il centro polispecialistico, il centro diagnostico, la clinica e più in generale ogni struttura sanitaria che abbia sottoscritto apposita convenzione con il Comipa, vale a dire il Consorzio tra Mutue Italiane di Previdenza e Assistenza a cui la Mutua aderisce.

Con l'accordo stipulato tra “esercente convenzionato” e Comipa, gli associati di ogni Mutua beneficiano di un trattamento di favore nella fruizione dei servizi erogati dalle strutture e dai professionisti convenzionati, oltre a poter richiedere l'eventuale liquidazione dei rimborsi indicati nell'art. 2 del presente regolamento.

Per “esercente non convenzionato” si intende, invece, lo studio medico, il centro polispecialistico, il centro diagnostico, la clinica e più in generale ogni struttura sanitaria che non abbia sottoscritto apposita convenzione con il Comipa.

ART. 6 – DECORRENZA DELLE GARANZIE - TERMINI DI ASPETTATIVA

I sussidi e rimborsi di cui al presente regolamento decorrono dalle ore 24:00 del 30° giorno successivo all'accoglimento della domanda di ammissione e al pagamento della quota di ammissione e del contributo associativo annuo.

ART. 7 - DISPOSIZIONI ESECUTIVE

L'associato 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 dell'associato.

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

Regolamento in vigore dal 1° gennaio 2025

Approvato dal Consiglio di Amministrazione in data 11 novembre 2024.