REGOLAMENTO RIMBORSO SPESE MEDICO SANITARIE

PREAMBOLO

In attuazione dell'articolo 5 dello Statuto e ai sensi dell'articolo 5 del Dlgs. 117/2017 (Codice del Terzo Settore) l'associazione, nel perseguimento di finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale, si impegna ad assistere gli associati mediante l'organizzazione di attività aventi ad oggetto interventi e prestazioni sanitarie. In particolare l'associazione prevede l'erogazione di sussidi nella forma di rimborso delle spese medico sanitarie.
Il Consiglio di Amministrazione della Mutua approva il presente regolamento.

ART. 1 - BENEFICIARI

I rimborsi di cui al presente regolamento sono prestati esclusivamente a favore degli associati regolarmente iscritti a Cassa Mutua Annia -Annia Care ETS, in seguito per brevità denominata Mutua.
I familiari degli associati, **ad eccezione dei figli minori di anni 14 (14 anni non compiuti),** sono esclusi dal beneficio delle prestazioni disciplinate dal presente regolamento.
In caso di morte del beneficiario, gli eredi presenteranno la richiesta di rimborso, allegando il certificato di morte e la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dei legittimi eredi con indicazione delle modalità di pagamento.

RIMBORSO SPESE MEDICO SANITARIE

ART. 2 - RIMBORSO DELLE SPESE MEDICO SANITARIE

La Mutua rimborsa le spese medico sanitarie sostenute dall'associato per prestazioni dovute a malattie o infortunio, nei limiti e secondo le categorie di seguito indicate:

	Prestazioni	**SUSSIDI** Importo rimborsato%	**MASSIMALI** Massimale annuo
1	Visite mediche specialistiche da infortunio/malattia, dichiarata o presunta c/o **CONVENZIONATI**	40% della fattura	200,00 €*
	Visite mediche specialistiche da infortunio/malattia, dichiarata o presunta c/o NON CONVENZIONATI	15% della fattura	
2	Esami clinici e/o Accertamenti diagnostici da infortunio/malattia, dichiarata o presunta. Trattamenti fisioterapici da inabilità temporanea c/o strutture CONVENZIONATE	40% della fattura	200,00 €*
	Esami clinici e/o Accertamenti diagnostici da infortunio/malattia, dichiarata o presunta. Trattamenti fisioterapici da inabilità temporanea c/o strutture NON CONVENZIONATE	15% della fattura	
3	Trattamenti termali per cure riabilitative temporanee da infortunio/malattia dichiarata c/o centri termali **CONVENZIONATI**	20% della fattura	200,00 €*
	Trattamenti termali per cure riabilitative temporanee da infortunio/malattia dichiarata c/o centri termali NON **CONVENZIONATI**	15% della fattura	
4	Ticket SSN per prestazioni sanitarie da infortunio/malattia, dichiarata o presunta	20% della fattura	200,00 €*

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)	15% di quanto speso	100,00 €*

** massimale annuo globale limitato ad euro* 350.

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 o Ticket SSN inerente la prestazione medico – sanitaria erogata.
   Ricevuta **PagoPa** quale attestazione del pagamento di ticket sanitario: la ricevuta sarà ritenuta valida se accompagnata dal modulo di prenotazione della prestazione dal quale emerga il beneficiario e l'importo della tassa dovuta.
   Sono esclusi estratti di carte di credito / debito, ricevute Satispay e altri documenti non fiscali.

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.

Esclusioni

Non sono rimborsabili da ANNIA CARE le seguenti prestazioni:

- le prestazioni odontoiatriche quali a titolo esemplificativo le protesi dentarie e ortodontiche, le cure dentarie, gli interventi di implantologia;
- le prestazioni riguardante l'esecuzione di interventi chirurgici di ogni tipo ovvero inserimento/sostituzione di protesi di qualunque natura**.** I corsi preparatori all'intervento chirurgico;
- trattamenti di cura e terapia riabilitativa, inclusa fisioterapia, avente natura cronica, che preveda ciclicità di trattamento nel tempo (non rispondente al requisito dell'inabilità temporanea), causata da malattia ed infortunio dichiarata;
- nell'ambito dei trattamenti di cura e/o terapia cronica rientrano tra le esclusioni anche le infiltrazioni riabilitative e trattamenti sclerosanti;
- le prestazioni riguardanti medicine non convenzionali/alternative: omeopatia, ayurvedica, agopuntura, fitoterapia;

- le prestazioni sanitarie erogate da un professionista non avente titolo di laurea in medicina (es. psicologo, dietista, nutrizionista, infermiere) ad eccezione delle prestazioni eseguite da fisioterapista/osteopata regolarmente iscritto al rispettivo Albo di categoria in presenza di prescrizione di un fisiatra;
- esami e visite pre e post partum;
- diaria da ricovero;
- le visite mediche necessarie per acquisire un certificato amministrativo o di abilità (es. patente o altra idoneità) nonché le visite mediche di idoneità sportiva;
- il titolo del medico specialista che esegue la prestazione deve essere attinente alla tipologia di visita/accertamento/diagnosi sanitaria effettuata ed oggetto di rimborso;
- sono escluse da rimborso inoltre tutte le prestazioni prive di scopi diagnostici o terapeutici non correlate a malattia/infortuni quali visite di routine, checkup, test eseguiti a scopo preventivo.

L'elenco sopra indicato ha valore meramente esemplificativo* e *devono ritenersi in ogni caso escluse dal rimborso tutte le fattispecie non espressamente ricomprese fra quelle inserite nella tabella di cui al primo paragrafo dell'artico/o 2.

Limitazioni

- Richieste di rimborsi a fronte di **esami di laboratorio** privi della prescrizione medica e/o eseguiti in regime privato: senza idonea certificazione medica verrà rimborsato il ticket relativo alle prestazioni erogate dal SSN;

- **Cicli di fisioterapia**: il rimborso potrà avvenire solo se vi è una prescrizione fisiatrica dalla quale emerga che la causa sia dovuta ad un fatto traumatico e non ad una patologia cronica. La prescrizione del medico riabilitatore potrà essere sostituita da quella di un altro specialista (es. traumatologo, neurologo, ortopedico …) ma dovrà sempre fare riferimento ad un "infortunio" di carattere non permanente.

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 vanti 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. 191O 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. 5- 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. 6 - 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 2026.

Approvato dal Consiglio di Amministrazione in data 11 novembre 2024, con successive modifiche ed integrazioni in data 28 ottobre 2026.