

RICHIESTA DIARIE E SUSSIDI MEDICO-SANITARI

DA PRESENTARE ENTRO 180 GIORNI DALLA PRESTAZIONE



TEMA VITA
Via Maremmana 35
58015 Albinia (GR)

Il/la sottoscritto/a _____ Socio ordinario di TEMA VITA, nato/a a _____ prov. _____ il ____/____/____ N° Carta _____

CHIEDE

la concessione, ai sensi del Regolamento Diarie e Sussidi medico-sanitari, del contributo sotto indicato:

Per se stesso/a, titolare della carta MutuaSalus

DIARIA OSPEDALIERA

- per infortunio: N° giorni x € 20,00 = € _____ (massimale annuo – anno solare € 400,00)
- per malattia: N° giorni x € 20,00 = € _____ (massimale annuo – anno solare € 400,00)

La richiesta di diaria ospedaliera, dovrà essere accompagnata da documento in originale rilasciato dall’Ospedale, 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. 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 (vedi art.1 e 2 del “Regolamento Specifico Diarie e Sussidi Medico-Sanitari”).

Per se stesso/a, titolare Carta MutuaSalus

nato/a a.....prov. il/...../.....

VISITE MEDICHE SPECIALISTICHE C/O CONVENZIONATI - esclusi odontoiatri (massimale annuo - anno solare € 150,00)

30 % della fattura pagata dell’importo totale di € _____ x 30% = € _____

ESAMI CLINICI, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI, TRATTAMENTI FISIOTERAPICI E ASSISTENZA DOMICILIARE C/O CONVENZIONATI (massimale annuo-anno solare € 150,00)

20 % della fattura pagata dell’importo totale di € _____ x 20% = € _____

TRATTAMENTI TERMALI C/O CENTRI TERMALI CONVENZIONATI (massimale annuo - anno solare € 150,00)

20 % della fattura pagata dell’importo totale di € _____ x 20% = € _____

VISITE MEDICHE SPECIALISTICHE C/O CONVENZIONATI per i figli minori dei Soci fino a 18 anni (massimale annuo - anno solare € 100,00, da intendersi per nucleo familiare ossia riferito per tutti i figli assistiti e dichiarati dal Socio)

20 % della fattura pagata dell’importo totale di € _____ x 20% = € _____

NOME FIGLIO/A _____ nato/a il _____

Tutte le richieste di rimborso per visite mediche specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici e cure fisioterapiche e riabilitative dovranno essere accompagnate dalla fattura in originale pagata e dalla prescrizione del medico riportante la patologia/infortunio che ha causato la richiesta di prestazione.

SERVIZIO AMBULANZE CONVENZIONATI (solo da e per strutture medico sanitarie) (massimale annuo - anno solare € 100,00)

20 % della fattura pagata dell’importo totale di € _____ x 20% = € _____

La richiesta di rimborso per servizi dovrà essere accompagnata da fattura o documento in originale rilasciato dal prestatore del servizio ambulanze, allegando la documentazione medica comprovante che il servizio è stato erogato per raggiungere Istituti di cura per motivi di salute riguardanti l’avente diritto.

Mediante accredito sul C/C, aperto presso BANCA TEMA Socia Sostenitrice, già comunicato nella domanda di iscrizione e sul quale vengono regolate le quote annuali di adesione a TEMA VITA

A norma di regolamento allega la seguente documentazione:

- Ricevuta/Fattura n. _____ del ____/____/____
- Prescrizione del medico
- Documento di degenza rilasciato dall’Ospedale
- Verbale d’infortunio

➔ La documentazione può essere trasmessa in fotocopia apponendo la firma del richiedente ‘PER COPIA CONFORME’

Per quanto riguarda il trattamento dei dati sensibili acquisiti o che saranno acquisiti in relazione alle prestazioni rese da Tema Vita (ad esempio dati dai quali possa desumersi il mio stato di salute), sempre nei limiti in cui esso sia strumentale per le specifiche finalità perseguite dalle prestazioni da me richieste:

do il consenso

nego il consenso

_____ (data)

_____ (firma)

(parte riservata a Tema Vita)

Socio dal ____/____/____ Ha versato la quota di rinnovo per l’anno _____? SI NO

Assenso alla liquidazione della somma di € _____

NO, non si può procedere alla liquidazione per mancanza dei requisiti richiesti.

Firme:

_____ (per l’ufficio di Tema Vita)

_____ (per il Consiglio di Tema Vita)

RICHIESTA DIARIE E SUSSIDI MEDICO-SANITARI

DA PRESENTARE ENTRO 180 GIORNI DALLA PRESTAZIONE

ESTRATTO REGOLAMENTO SPECIFICO DIARIE E SUSSIDI MEDICO SANITARI

ART. 1 – ASSISTITI

Le diarie e i sussidi di cui al presente regolamento sono prestati a favore dei Soci iscritti a Tema Vita. I familiari dei Soci, così come definiti al punto 4. della Parte Generale del Regolamento delle Prestazioni (figli minori anche non conviventi con il Socio) sono esclusi dalle prestazioni di cui al presente regolamento, fatta eccezione per le prestazioni pecuniarie a loro riservate.

ART. 2 – DIARIE E SUSSIDI MEDICO-SANITARI

(Omissis)

Tutti i sussidi di cui ai punti 1, 2, 3, 4 e 5 sono dovuti solo 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) o direttamente da Tema Vita e non rientrino tra le prestazioni rese dal Servizio Sanitario Nazionale, direttamente o tramite accreditamento. Nel caso in cui si utilizzino strutture/operatori non convenzionati i rimborsi di cui ai punti 1, 2, 3, 4 e 5 non saranno dovuti.

Le diarie ed i sussidi sono dovuti solo se il Socio è in regola con il pagamento della quota di ammissione e dei contributi associativi annuali. (omissis)

ART. 3 – LIMITI ALLE PRESTAZIONI

Le diarie ed i sussidi non sono dovuti se dipendenti da:

- ☒ 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 la 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 preprotetici 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 analogo 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; i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- ☒ il parto naturale e l'aborto;
- ☒ i 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 conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.
- ☒ le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

ART. 4 - DECORRENZA DELLE GARANZIE - TERMINI DI ASPETTATIVA

Le diarie ed i sussidi 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 sussidi 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 e ai sussidi 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.

Negli anni successivi al primo l'erogazione delle diarie e dei sussidi 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 sussidi qualunque sia la causa del ritardato pagamento.

ART. 6 - CRITERI E PROCEDURE DI LIQUIDAZIONE

L'erogazione delle diarie e dei sussidi previsti dal presente regolamento avviene dietro presentazione della relativa domanda a Tema Vita.

La domanda di erogazione deve essere redatta in conformità ai modelli predisposti da Tema Vita e firmata dal beneficiario indicando il numero del conto corrente bancario per l'accredito o altre modalità di pagamento. La presentazione del modulo, da parte di persona delegata, deve essere accompagnata da un documento di identità del socio beneficiario del rimborso

Le richieste di erogazione devono pervenire a Tema Vita entro 180 giorni dalla prestazione. Nessun rimborso spetterà al Socio che presenterà la domanda trascorso tale termine.

- La richiesta di erogazione della diaria ospedaliera per ricoveri dovuti a malattia o infortunio dovrà essere accompagnata da:

- *Documento in originale rilasciato dall'Ospedale, 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 erogazione dei sussidi medico-sanitari dovrà essere accompagnata da:

- *Prescrizione del medico riportante la patologia/infortunio che ha causato la richiesta di prestazione e la fattura in originale pagata per visite specialistiche, esami clinici e accertamenti diagnostici o cure fisioterapiche e riabilitative.*

- La richiesta di erogazione per il rimborso dei servizi ambulanze dovrà essere accompagnata da:

- *Fattura o documento in originale rilasciato dal prestatore del servizio ambulanze allegando la documentazione medica comprovante che il servizio è stato erogato per raggiungere Istituti di cura per motivi di salute riguardanti l'avente diritto.*

Il Socio deve consentire eventuali controlli medici disposti da Tema Vita e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti alla patologia/infortunio denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato. 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.