

REGOLAMENTO DIARIE E SUSSIDI

ART. 1 - ASSISTITI

Le diarie e i sussidi di cui al presente regolamento sono prestati esclusivamente a favore dei Soci regolarmente iscritti a **SAN BIAGIO PER NOI**.

I figli minorenni, anche se non conviventi, che risultino a carico del Socio, possono accedere alle prestazioni di cui al presente regolamento, purché indicati nella domanda di adesione.

ART. 2 - PRESTAZIONI

SAN BIAGIO PER NOI, in caso di ricovero in istituto di cura pubblico, accreditato o privato, corrisponde le seguenti indennità giornaliere per persona/evento/anno:

Tipo di ricovero	Diaria giornaliera	Massimale annuo
INFORTUNIO	35,00 €	400,00 €
MALATTIA	25,00 €	300,00 €
R.S.A. (Residenza Sanitaria Assistenziale)	20,00 €	200,00 €

Le indennità innanzi riportate sono erogate per degenze minime di 5 giorni, RSA compresa, sono escluse le degenze in Day Hospital.

Ai fini del computo dei giorni di ricovero vengono esclusi il giorno d'entrata e quello di uscita.

L'accesso alla RSA avviene mediante proposta del medico di medicina generale all'Unità di Valutazione distrettuale che ne dispone il ricovero.

SAN BIAGIO PER NOI rimborsa le spese sostenute dagli Assistiti, dove non c'è stata partecipazione da parte del S.S.N., rese necessarie da infortunio o malattia e/o prevenzione/controllo per le seguenti prestazioni e nei limiti di seguito riportati:

	Prestazioni	Importo rimborsato	Massimale annuo
1	Visite Mediche Specialistiche (Esclusi odontoiatri)	25 % della fattura (per un massimo di 35,00 euro di rimborso)	200,00 €
2	Esami ed accertamenti diagnostici	25% della fattura (per un massimo di 35,00 euro di rimborso)	200,00 €
3	Cure termali, fisioterapiche, sedute terapeutiche varie	10 % della fattura	100,00 €
4	Servizio – Ambulanze (solo da e per destinazioni in istituti di cura)	40 % della fattura	150,00 €
5	Servizio Taxi (solo da e per destinazioni in istituti di cura)	20 % di quanto pagato	105,00 €

Le prestazioni sono dovute solo se il Socio è in regola con il pagamento della quota di ammissione e dei contributi associativi annuali.

Le diarie e i sussidi sono prestate indipendentemente dalle condizioni di salute degli Assistiti, pertanto le prestazioni sono dovute anche nei casi di ricadute inerenti a situazioni patologiche preesistenti alla decorrenza delle garanzie.

I sussidi innanzi riportati sono erogati una volta per anno solare e per nucleo familiare. Si intendono appartenenti al nucleo familiare le persone indicate all' "ART. 1 – ASSISTITI" del presente Regolamento.

ART. 3 – LIMITI ALLE PRESTAZIONI

Le prestazioni non sono dovute se dipendenti da:

- cure e/o 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 di qualunque tipo. In caso di intervento di correzione della miopia, a meno che 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.
- cure delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici (e le deficienze logopediche);
- cure per malattie degenerative del sistema nervoso (es. morbo di Alzheimer, sclerosi multipla, morbo di Parkinson);
- prestazioni mediche aventi esclusivamente finalità di controllo;
- accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
- parto naturale, parto cesareo, aborto e interruzione volontaria della gravidanza, test DNA fetale;
- cure per stati patologici correlati dall'infezione HIV;
- prestazioni derivanti da 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.
- 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;
- prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività delle coperture). Fra queste vengono ricomprese le valutazioni nutrizionali, test per intolleranze alimentari, i percorsi e i controlli dietetici, salvo sussista una prescrizione medica che comprovi la necessità di seguire uno specifico percorso nutrizionale;
- medicazioni dermatologiche;
- ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- 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.

- trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- 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;
- infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assistito;
- 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;
- conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
- terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale;
- prestazioni erogate a tariffe agevolate nell'ambito delle campagne di prevenzione (ex. Screening) organizzate da San Biagio per Noi;
- atti illegali posti in essere dall'Assicurato o sua contravvenzione a norme o proibizioni di qualsiasi governo;
- visite specialistiche per l'idoneità sportiva agonistica;
- visite specialistiche per l'idoneità sportiva NON agonistica somministrate a soggetti diversi dai figli minorenni;
- plantari e tutti i dispositivi medici;
- visite per rinnovo patente.

Si specifica che le valutazioni podologiche verranno considerate sedute terapeutiche e che non saranno oggetto di rimborso bolli, spese di segreteria, spese di spedizione referti e spese per rincari energetici.

ART. 4 - DECORRENZA DELLE PRESTAZIONI - TERMINI DI ASPETTATIVA

Le prestazioni di cui al presente regolamento decorrono dalle ore 24:00 del **60esimo** 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 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 **60esimo** 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. 5 – DURATA DELLA COPERTURA

La copertura ha durata annuale e scade alle ore 24:00 della ricorrenza annuale del giorno di ammissione o del rinnovo della qualifica di Socio.

ART. 6 - CRITERI E PROCEDURE DI LIQUIDAZIONE

L'erogazione delle prestazioni previste dal presente regolamento avviene dietro presentazione della relativa domanda di rimborso alla **San Biagio per Noi**.

La domanda di rimborso deve essere redatta in conformità ai modelli predisposti dall'Associazione 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 rimborso devono pervenire all'Associazione entro 60 giorni dalla data della prestazione. Le domande che perverranno dal 60° al 120° giorno saranno decurtate del 50%. Nessun rimborso spetterà al Socio che presenterà la domanda trascorso tale termine.

Si specifica che nel caso di rimborso per diaria ospedaliera verrà considerata come data della prestazione quella delle dimissioni.

La richiesta di rimborso per diaria ospedaliera per i ricoveri dovuti a malattia o infortunio e per ricoveri in R.S.A., dovrà essere accompagnata da:

- ✓ *Documento 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 rimborso per prestazioni sanitarie dovrà essere accompagnata da:

- ✓ *La fattura pagata per terapie, visite specialistiche e servizi vari. Nessuna informazione del documento dovrà essere coperta da scontrini.*

La richiesta di rimborso per servizi dovrà essere accompagnata da:

- ✓ *Fattura o documento rilasciato dal prestatore del servizio per viaggi con mezzi CRI (o similari) e/o TAXI 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 dall'Associazione 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.

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 rimborso.

ART. 7 - GESTIONE MUTUALISTICA

In base alle risultanze di bilancio il Consiglio di Amministrazione dell'Associazione apporterà variazioni alle condizioni previste nella presente normativa, compreso il contributo associativo annuale. Dette variazioni saranno attuate con l'inizio dell'esercizio successivo. La comunicazione delle predette variazioni avviene entro e non oltre il 15 dicembre di ciascun anno.

Il Socio che durante l'anno ha ottenuto dei rimborsi da parte dell'Associazione è obbligato a mantenere l'iscrizione alla stessa anche per l'annualità successiva.

ART. 8 - DISPOSIZIONI ESECUTIVE

Il Socio è tenuto ad osservare le norme di funzionamento e le disposizioni di attuazione del presente regolamento emanate dal Consiglio di Amministrazione dell'Associazione e portate a conoscenza del Socio.

Il Socio, con la sottoscrizione della domanda di ammissione a **SAN BIAGIO PER NOI**, si impegna all'osservanza delle presenti norme regolamentari.

*Regolamento in vigore dal **01.01.2024***

*Approvato dal Consiglio di Amministrazione in data **21 novembre 2023***