



Sussidi medico-sanitari Regolamento

Approvato dal Consiglio di Amministrazione in data 12 dicembre 2024
Regolamento in vigore dal 1° gennaio 2025

socio sostenitore



aderisce al **network**



Indice

Articolo 1	Assistiti	3
Articolo 2	Sussidi medico-sanitari	3
Articolo 3	Definizione di esercente convenzionato e di esercente non convenzionato	4
Articolo 4	Limiti ai sussidi sanitari	4
Articolo 5	Decorrenza delle garanzie - termini di aspettativa	5
Articolo 6	Durata della copertura	5
Articolo 7	Criteri e procedure di liquidazione	5
Articolo 8	Rimborso da altri soggetti	6
Articolo 9	Gestione mutualistica	6
Articolo 10	Disposizioni esecutive	7

Articolo 1 | ASSISTITI

I sussidi medico-sanitari di cui al presente regolamento sono prestati esclusivamente a favore degli Associati regolarmente iscritti a **Veneta Con Te ETS**. I familiari degli Associati sono esclusi dai sussidi di cui al presente regolamento.

Articolo 2 | SUSSIDI MEDICO-SANITARI

Veneta Con Te ETS rimborsa le spese sostenute dall'Associato nei limiti di seguito indicati per le seguenti prestazioni dovute a malattia o infortunio:

Tabella dei sussidi medico-sanitari

	PRESTAZIONI	SUSSIDI Importo rimborsato %	MASSIMALI Massimale rimborso annuo
1	Visite mediche specialistiche c/o convenzionati (esclusi odontoiatri)	40 % della fattura	200,00 €
	Visite mediche specialistiche c/o NON convenzionati (esclusi odontoiatri)	10 % della fattura	
2	Esami clinici, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici c/o strutture convenzionate	40 % della fattura	200,00 €
	Esami clinici, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici c/o strutture NON convenzionate	10 % della fattura	
3	Trattamenti termali c/o centri termali convenzionati	20 % della fattura	200,00 €
	Trattamenti termali c/o centri termali NON convenzionati	10 % della fattura	

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 alle prestazioni sanitarie erogate dal Servizio Sanitario Nazionale non sono rimborsabili.

I sussidi sono dovuti solo se l'Associato 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.

I sussidi sono prestati indipendentemente dalle condizioni di salute degli Assistiti; pertanto, i sussidi sono dovuti anche nei casi di ricadute inerenti a situazioni patologiche preesistenti alla decorrenza delle garanzie.

Articolo 3 | DEFINIZIONE DI ESERCENTE CONVENZIONATO E DI ESERCENTE NON CONVENZIONATO

È “esercente convenzionato” lo studio medico, il centro polispecialistico, il centro diagnostico, la clinica, 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 Veneta Con Te ETS aderisce.

Con l'accordo stipulato tra “esercente convenzionato”, COMIPA e la BCC, gli Associati di ogni Mutua aderente 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 sussidi 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, più in generale ogni struttura sanitaria che non abbia sottoscritto apposita convenzione con il COMIPA.

Articolo 4 | LIMITI AI SUSSIDI SANITARI

I sussidi non sono dovuti se dipendenti da:

- i ticket inerenti prestazioni sanitarie erogate dal Servizio Sanitario Nazionale;
- le prestazioni sanitarie specialistiche erogate da un professionista sanitario non medico (es. psicologo/psicologa, dietologo, nutrizionista, logopedista, infermiere/infermiera) ad eccezione delle prestazioni eseguite da fisioterapista regolarmente iscritto al proprio Albo;
- 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 preprotesi 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.

Articolo 5 | DECORRENZA DELLE GARANZIE - TERMINI DI ASPETTATIVA

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

Negli anni successivi al primo, l'erogazione 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 **30esimo** giorno successivo al pagamento delle quote arretrate. Le visite specialistiche, gli esami, gli accertamenti diagnostici e le altre assistenze previste, eseguite durante il periodo di morosità, non possono essere oggetto di sussidi qualunque sia la causa del ritardato pagamento.

Articolo 6 | DURATA DELLA COPERTURA

La copertura ha durata annuale e scade alle **ore 24:00** della ricorrenza annuale del giorno di ammissione ad Associato.

Articolo 7 | CRITERI E PROCEDURE DI LIQUIDAZIONE

L'erogazione dei sussidi previsti dal presente regolamento avviene dietro presentazione della relativa domanda di rimborso a Veneta Con Te ETS, utilizzando preferibilmente modalità telematica disponibile nel sito internet.

La domanda di rimborso deve essere redatta in conformità ai modelli predisposti da Veneta Con Te ETS 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 dall'Associato di Veneta Con Te ETS in fase di ammissione, salvo successiva comunicazione di avvenuta variazione del numero di conto corrente.

Le richieste di pagamento devono pervenire a Veneta Con Te ETS entro **180 giorni** dalla prestazione. Nessun rimborso spetterà all'Associato che presenterà la domanda trascorso tale termine.

La richiesta 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);
- laddove non sia possibile identificare, tramite quanto riportato in fattura, il tipo di trattamento svolto o la visita effettuata, allegare la prescrizione del medico di base o del medico specialista riportante la patologia o l'infortunio che ha causato la richiesta di prestazione.

Il Socio deve consentire eventuali verifiche sulla documentazione trasmessa in copia, controlli medici disposti da Veneta Con Te ETS 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.

Articolo 8 | RIMBORSO DA ALTRI SOGGETTI

Veneta Con Te ETS, in caso di presentazione da parte dell'Associato o dei suoi aventi causa di documenti di spesa precedentemente rimborsati da altra assicurazione, cassa mutua o simile, rimborsa tali spese in base alla percentuale prevista dall'articolo 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 a Veneta Con Te ETS in modo da consentire alla stessa il rimborso delle spese sanitarie fino alla concorrenza del 100% della spesa tenuto conto di quanto già rimborsato.

Nel caso in cui Veneta Con Te ETS rimborsi la spesa sanitaria prima degli altri soggetti (assicurazioni o soggetti privati) nei confronti dei quali l'Associato vanti simili diritti di rimborso, è responsabilità dello stesso di informare gli uffici liquidativi degli altri enti del rimborso ottenuto attraverso Veneta Con Te ETS sulla spesa sostenuta, non potendo in nessun caso Veneta Con Te ETS essere chiamata a rifondere danni subiti dagli altri enti per la mancata o scorretta comunicazione dell'Associato con riferimento a tale rimborso.

Articolo 9 | GESTIONE MUTUALISTICA

In base alle risultanze di bilancio il Consiglio di Amministrazione di Veneta Con Te ETS 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.

Articolo 10 | 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 di Veneta Con Te ETS e portate a conoscenza dell'Associato.

L'Associato, con la sottoscrizione della domanda di ammissione a Veneta Con Te ETS, si impegna all'osservanza delle presenti norme regolamentari.