

# REGOLAMENTO DIARIE E SUSSIDI 2024

## ART. 1 - ASSISTITI

Le diarie e i sussidi di cui al presente regolamento sono prestati esclusivamente a favore dei Soci regolarmente iscritti a *NOI X NOI - Associazione di Mutuo Soccorso ETS* e dei figli minori (18 anni non compiuti).

I familiari dei Soci sono esclusi dalle prestazioni di cui al presente regolamento.

## ART. 2 - PRESTAZIONI

*NOI X NOI - Associazione di Mutuo Soccorso ETS*, in caso di ricovero del Socio in istituto di cura pubblico, accreditato (convenzionato con S.S.N.) o privato, corrisponde le seguenti indennità giornaliere per persona/evento/anno:

Tipo di ricovero	Diaria giornaliera	Massimale annuo
INFORTUNIO	40,00 €	400,00 €
MALATTIA	30,00 €	300,00 €
R.S.A. (Residenza Sanitaria Assistenziale)	15,00 €	150,00 €

Le indennità sopra riportate **sono erogate solo per ricoveri superiori ai sette giorni** consecutivi e a partire dall'ottavo giorno di ricovero, con esclusione del giorno di uscita.

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

*NOI X NOI - Associazione di Mutuo Soccorso ETS* rimborsa le spese sostenute dal Socio, per se stesso e per i figli minori, per le seguenti prestazioni e nei limiti di seguito riportati:

Prestazioni sanitarie	Importo rimborsato %	Massimale annuo
Visite Mediche Specialistiche c/o strutture convenzionate	30% della fattura <b>calcolato su un importo massimo di € 150,00</b>	200,00 €
Visite Mediche Specialistiche c/o strutture ospedaliere pubbliche (escluso ticket) e strutture non convenzionate	20% della fattura <b>calcolato su un importo massimo di € 150,00</b>	
Esami, accertamenti diagnostici, ecografie, trattamenti terapeutici c/o strutture convenzionate	10% della fattura	200,00 €
Trattamenti c/o centri termali convenzionati	10% della fattura	
Esami, accertamenti diagnostici, ecografie, trattamenti terapeutici c/o strutture ospedaliere pubbliche (escluso ticket) e strutture non convenzionate	8% della fattura	
Trattamenti c/o centri termali non convenzionati	8% della fattura	

Per quanto riguarda le visite mediche specialistiche sia presso le strutture convenzionate che presso le strutture ospedaliere pubbliche vengono stabiliti euro 150,00 come limite massimo di ogni fattura sulla quale calcolare la percentuale di rimborso delle prestazioni sanitarie. E' possibile quindi presentare a NoixNoi fatture di importo superiore a tale limite che saranno però rimborsate solo fino alla cifra indicata.

Servizi	Importo rimborsato %	Massimale annuo
Servizio C.R.I. – Ambulanze (solo per destinazioni in Istituti di Cura)	40% della fattura	125,00
Servizio Taxi (solo per destinazioni in Istituti di Cura)	10% di quanto pagato	125,00

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.

### **ART. 3 – LIMITI ALLE PRESTAZIONI**

Le prestazioni non sono dovute se dipendenti da:

- le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
- 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 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);
- i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
- 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;
- le prestazioni erogate a tariffa ticket;
- le prestazioni erogate a tariffe agevolate nell'ambito delle campagne di prevenzione organizzate da NOI x NOI.

#### **ART. 4 - DECORRENZA DELLE GARANZIE - TERMINI DI ASPETTATIVA**

Le prestazioni 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.

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 forme di assistenza 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 a 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 Mutua.

La domanda di rimborso deve essere redatta in conformità ai modelli predisposti dalla Mutua e firmata dal beneficiario indicando il numero del conto corrente bancario per l'accredito. 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 alla Mutua **entro 90 giorni** dalla prestazione. Le domande che perverranno **dal 90° al 180° giorno** saranno decurtate del 50%. Nessun rimborso spetterà al Socio che presenterà la domanda trascorso tale termine.

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 le prestazioni sanitarie.*

La richiesta di rimborso per servizi dovrà essere accompagnata da:

- ✓ *Fattura o documento rilasciato dal prestatore del servizio per viaggi con mezzi CRI 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 dalla Mutua e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata (che ha causato il ricovero o richiesto le prestazioni sanitarie o i servizi), sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e/o 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 della Mutua apporterà variazioni alle condizioni previste nella presente normativa, compreso il contributo associativo annuale. Dette variazioni saranno attuate con l'inizio dell'esercizio successivo.

Il Socio che durante l'anno ha ottenuto dei rimborsi da parte della Mutua è obbligato a rimanere iscritto alla stessa per l'anno in corso e quello successivo.

#### **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 della Mutua e portate a conoscenza del Socio.

Il Socio, con la sottoscrizione della domanda di ammissione a **NOI X NOI - Associazione di Mutuo Soccorso ETS**, si impegna all'osservanza delle presenti norme regolamentari.

Approvato dal Consiglio di Amministrazione di NOIxNOI in data 14 novembre 2023

# REGOLAMENTO DIARIE E SUSSIDI 2023

## ART. 1 - ASSISTITI

Le diarie e i sussidi di cui al presente regolamento sono prestati esclusivamente a favore dei Soci regolarmente iscritti a *NOI X NOI - Associazione di Mutuo Soccorso ETS* e dei figli minori (18 anni non compiuti).

I familiari dei Soci sono esclusi dalle prestazioni di cui al presente regolamento.

## ART. 2 - PRESTAZIONI

*NOI X NOI - Associazione di Mutuo Soccorso ETS*, in caso di ricovero del Socio in istituto di cura pubblico, accreditato (convenzionato con S.S.N.) o privato, corrisponde le seguenti indennità giornaliere per persona/evento/anno:

Tipo di ricovero	Diaria giornaliera	Massimale annuo
INFORTUNIO	40,00 €	400,00 €
MALATTIA	30,00 €	300,00 €
R.S.A. (Residenza Sanitaria Assistenziale)	15,00 €	150,00 €

Le indennità sopra riportate **sono erogate solo per ricoveri superiori ai sette giorni** consecutivi e a partire dall'ottavo giorno di ricovero, con esclusione del giorno di uscita.

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

*NOI X NOI - Associazione di Mutuo Soccorso ETS* rimborsa le spese sostenute dal Socio, per se stesso e per i figli minori, per le seguenti prestazioni e nei limiti di seguito riportati:

Prestazioni sanitarie	Importo rimborsato %	Massimale annuo
Visite Mediche Specialistiche c/o strutture convenzionate (esclusi odontoiatri)	30% della fattura <b>calcolato su un importo massimo di € 120,00</b>	120,00 €
Visite Mediche Specialistiche c/o strutture ospedaliere pubbliche (escluso ticket)	20% della fattura <b>calcolato su un importo massimo di € 120,00</b>	
Esami, accertamenti diagnostici, ecografie, trattamenti terapeutici c/o strutture convenzionate	10% della fattura	120,00 €
Trattamenti c/o centri termali convenzionati	10% della fattura	

Per quanto riguarda le visite mediche specialistiche sia presso le strutture convenzionate che presso le strutture ospedaliere pubbliche vengono stabiliti euro 120,00 come limite massimo di ogni fattura sulla quale calcolare la percentuale di rimborso delle prestazioni sanitarie. E' possibile quindi presentare a NoixNoi fatture di importo superiore a tale limite che saranno però rimborsate solo fino alla cifra indicata.

Servizi	Importo rimborsato %	Massimale annuo
Servizio C.R.I. – Ambulanze (solo per destinazioni in Istituti di Cura)	40% della fattura	125,00
Servizio Taxi (solo per destinazioni in Istituti di Cura)	10% di quanto pagato	125,00

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.

### **ART. 3 – LIMITI ALLE PRESTAZIONI**

Le prestazioni non sono dovute 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 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 protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
- 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);
- i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
- 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;
- le prestazioni erogate a tariffe agevolate nell'ambito delle campagne di prevenzione organizzate da NOIxNOI.

### **ART. 4 - DECORRENZA DELLE GARANZIE - TERMINI DI ASPETTATIVA**

Le prestazioni 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.

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 forme di assistenza 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 a 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 Mutua.

La domanda di rimborso deve essere redatta in conformità ai modelli predisposti dalla Mutua e firmata dal beneficiario indicando il numero del conto corrente bancario per l'accredito. 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 alla Mutua **entro 90 giorni** dalla prestazione. Le domande che perverranno **dal 90° al 180° giorno** saranno decurtate del 50%. Nessun rimborso spetterà al Socio che presenterà la domanda trascorso tale termine.

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 le prestazioni sanitarie.*

La richiesta di rimborso per servizi dovrà essere accompagnata da:

- ✓ *Fattura o documento rilasciato dal prestatore del servizio per viaggi con mezzi CRI 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 dalla Mutua e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata (che ha causato il ricovero o richiesto le prestazioni sanitarie o i servizi), sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e/o 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 della Mutua 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 della Mutua è obbligato a rimanere iscritto alla stessa per l'anno in corso e quello successivo.

## 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 della Mutua e portate a conoscenza del Socio.

Il Socio, con la sottoscrizione della domanda di ammissione a **NOI X NOI - Associazione di Mutuo Soccorso ETS**, si impegna all'osservanza delle presenti norme regolamentari.

**Approvato dal Consiglio di Amministrazione di Noi x Noi Associazione di Mutuo Soccorso Ets in data 8 novembre 2022.**