



ALLEGATO A

REGOLAMENTO anno 2024

PIANO SANITARIO RISERVATO AI LAVORATORI DELLE AZIENDE ADERENTI

INTRODUZIONE

Il Fondo non ha scopo di lucro né finalità speculative. Svolge attività di natura esclusivamente assistenziale pertanto è dotato di tutti i requisiti di legge per svolgere l'assistenza sanitaria integrativa nel rispetto dell'art. 51 del TUIR ovvero in modo da garantire al datore di lavoro la deducibilità del contributo associativo versato per i propri lavoratori in ottemperanza agli accordi legati alla contrattazione collettiva. L'avente diritto è il lavoratore assunto a tempo indeterminato.

Il rapporto tra il Fondo e il Lavoratore si realizza per il tramite dell'azienda (in cui l'assistito è assunto come lavoratore a tempo indeterminato) e l'ufficio amministrativo della Mutua.

Il Fondo è presso la società di mutuo soccorso denominata RETE VENETA SMS con sede in Via Straelle San Pietro n. 12/G a Camposampiero (PD),

indirizzo e-mail reteveneta.sms@gmail.com

La copertura del Fondo va del 1 gennaio di ogni anno al 31 dicembre.

CONDIZIONI PER L'ISCRIZIONE

Ogni lavoratore assunto a tempo indeterminato dall'AZIENDA aderente viene iscritto alla Mutua. L'iscrizione alla Mutua del lavoratore è legata alla durata del contratto a tempo indeterminato con la propria azienda.

Il mancato pagamento dei contributi associativi sospende la copertura.

PIANO SANITARIO INTEGRATIVO

Il PIANO SANITARIO viene esaminato e approvato di anno in anno dal consiglio di amministrazione.

1 - DIARIE GIORNALIERE

- A) Al lavoratore iscritto è riconosciuto un contributo in caso di **ricovero in istituto di cura** pubblico, accreditato o privato i cui importi sono i seguenti:

Tipo di ricovero	Diaria giornaliera	Massimale annuo
INFORTUNIO	€ 40,00	€ 240,00
MALATTIA/PARTO	€ 30,00	€ 210,00

Le indennità 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.

Le indennità 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.

Rientra nel massimale annuo anche l'indennità di ricovero per parto.

Per aver diritto al sussidio è necessario presentare il documento rilasciato dall'Ospedale riportante la data di entrata ed uscita dalla struttura sanitaria e la motivazione "**malattia/infortunio/parto**" che ha causato il ricovero. In caso di inffortunio occorre allegare anche il verbale di inffortunio che viene rilasciato su richiesta dall'Ospedale.



B) Al lavoratore iscritto è riconosciuto un contributo in caso di **day hospital e day surgery** i cui importi sono i seguenti:

Day Hospital e Surgery	Per seduta giornaliera	Massimale annuo
Rimborso	euro 20,00	Euro 100

Il Socio deve presentare la dichiarazione della prestazione fatta dall'Ospedale in Day Hospital o Day Surgery, oppure eventuale documento equipollente indicante il numero di prestazioni in DH di cui il Socio ha usufruito.

2 - VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Al lavoratore iscritto sono rimborsate le spese sostenute per le seguenti prestazioni e nei limiti di seguito riportati:

Prestazioni Private	Importo rimborsato	Massimale annuo complessivo
Visite Mediche Specialistiche (esclusi odontoiatri)	50% della fattura	Euro 250
Esami ed accertamenti diagnostici	50% della fattura	
Riabilitazione Fisioterapica e trattamenti Osteopatici	50% della fattura	
Visita medica per rilascio patente	50% della fattura	
Prestazioni con IMPEGNATIVA	Importo rimborsato	
Visite Mediche Specialistiche	50% del ticket	
Esami ed accertamenti diagnostici	50% del ticket	

Per aver diritto al rimborso è necessaria:

1. la fattura pagata

3 - TICKET ABLAZIONE DEL TARTARO

Al lavoratore iscritto viene rimborsato un ticket annuale di € 25,00 sulle spese sostenute per pulizia dentale / ablazione tartaro.

Pulizia dentale / ablazione del tartaro	Ticket annuale una tantum	Euro 25
---	---------------------------	----------------

Per aver diritto al rimborso è necessaria:

1. la fattura pagata



- MASSIMALI PER ISCRIZIONI DURANTE L'ANNO SOLARE

Tutti i massimali si intendono per anno solare.

- LIMITI, MODALITÀ E TEMPI

Tutte le erogazioni sono effettuate in forma indiretta, il socio deve sostenere direttamente le spese e poi successivamente inoltrare domanda di rimborso al Fondo.

Le domande di rimborso devono pervenire al Fondo entro 90 giorni dalla prestazione, e al massimo entro il 15 gennaio dell'anno successivo a quello di riferimento. Nessun rimborso spetterà al Socio che presenterà la domanda trascorso tale termine.

I rimborsi verranno liquidati trimestralmente direttamente su c/c indicato.

A norma di legge le prestazioni sono erogate nei limiti delle disponibilità di bilancio.

- ESCLUSIONI

Le prestazioni non sono dovute se dipendenti da:

- ~ 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 ed ortodontiche, le cure dentarie e del paradonto, gli interventi pre-protesici e di implantologia;
- ~ le prestazioni mediche aventi finalità estetiche;
- ~ le visite mediche per abilitazione ad attività sportive;
- ~ i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- ~ le cure per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
- ~ il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- ~ gli infortuni e/o ricoveri 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 di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.
- ~ le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.
- ~ Acquisto o noleggio di dispositivi medici es: calzature ortopediche, plantari, carrozzine, apparecchi medicali.

