

ALLEGATO 1:

PIANO SANITARIO DEI RIMBORSI REGOLAMENTO anno 2026

INTRODUZIONE

Rete Veneta Società di Mutuo Soccorso non ha scopo di lucro né finalità speculative. Svolge attività di natura esclusivamente assistenziale pertanto è dotata 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.

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.

TIPO DI ASSISTENZA

L'Assistenza avviene IN FORMA INDIRECTA. La mutua rimborsa per quota parte un importo già pagato dall'iscritto. In questo caso l'iscritto si reca presso la struttura sanitaria prescelta, paga il totale della sua prestazione e può chiedere il rimborso a RETE VENETA:

Area 1 – MAX 650,00 €

Diaria per la Degenza Ospedaliera – Unità Riabilitativa Territoriale - Day Hospital

Area 2 – MAX 500,00 €

- ✓ Rimborso al 100% dei Ticket Sanitari
- ✓ Assistenza alla maternità 100%
- ✓ Rimborso lenti da vista per cambio visus con evidenza in fattura.
- ✓ Rimborsi per la Fisioterapia e prestazioni specialistiche riabilitative non LEA al 75% fattura
- ✓ Rimborsi per altre prestazioni sanitarie diagnostica e visite in regime privato al 50%.

Area 3 – MAX 170,00 €

Prevenzione odontoiatrica

Area 4 – ANNO 2026 € 5.000,00

Tramite il **"FONDO DI SOLIDARIETA' TIZIANA TRENTIN"** la Mutua eroga contributi economici per favorire l'autonomia, la permanenza a domicilio, la cura di persone fragili, disabili e minori.

Area 5 – ANNO 2026 € 9.000,00

La Mutua gestisce un **"FONDO PROGETTI DI PREVENZIONE E CURA socio-sanitaria"** promosso dai soci sostenitori per i lavoratori beneficiari iscritti alla mutua.

DETTAGLIO PIANO SANITARIO

Area 1 - DIARIE GIORNALIERE fino ad un massimale di 650,00 euro

Area 1- 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 (massimo 6 giorni)	€ 240,00
MALATTIA/PARTO/INTERVENTO	€ 30,00 (massimo 7 giorni)	€ 210,00

Il rimborso è erogato con almeno una notte di ricovero

Le indennità innanzi riportate sono erogate per ogni giorno di degenza ad esclusione del giorno 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/INTERVENTO/parto/Ospedale di Comunità"** che ha causato il ricovero. In caso di infortunio occorre allegare anche il verbale di infortunio che viene rilasciato su richiesta dall'Ospedale.*

Area 1 – B) Al lavoratore iscritto è riconosciuto un contributo in caso di assistenza presso l'UNITA' RIABILITATIVA TERRITORIALE **"PROGETTO DIMISSIONI PROTETTE"**:

Day Hospital e Surgery	Per seduta giornaliera	Massimale annuo
Rimborso	€ 20,00 (max 5 gg)	€ 100,00

Area 1 – C) 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	€ 20,00 (max 5 gg)	€ 100,00

L'iscritto deve presentare la dichiarazione della prestazione fatta dall'Ospedale in Day Hospital o Day Surgery e la fattura dell'U.R.T., oppure eventuale documento equipollente indicante il numero di prestazioni in DH di cui l'iscritto ha usufruito, accompagnato dal modulo di richiesta rimborso compilato.

Area 2 - VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI
fino ad un massimale di 500,00 euro

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

- Ticket sanitari al **100%**
- Per la riabilitazione il 75% della fattura
- Per l'attività privata rimborso al 50%;
- Non vi sono vincoli burocratici.

Area 2 – A) Rimborso TICKET	Importo rimborsato
Visite Mediche Specialistiche intramoenia	100% del ticket
Esami ed accertamenti diagnostici	100% del ticket
Assistenza alla maternità	100% del ticket

A solo titolo esemplificativo: ecografia, risonanza magnetica, PET, TAC, analisi di laboratorio, radiologia, test allergologico, ticket Pronto Soccorso, visite ortopediche, oculistiche, ginecologiche, dermatologiche, ecc.

Area 2 – B) Rimborso TICKET	Importo rimborsato
Visita medica per rilascio patente	100% ticket SSN o max 30 €
Riabilitazione Fisioterapia/trattamenti Osteopatici/psicoterapia/agopuntura	100% ticket SSN

Area 2 – C) Prestazioni INTEGRATIVE al SSN - RIABILITAZIONE	Importo rimborsato
Riabilitazione Fisioterapia/trattamenti Osteopatici/psicoterapia/agopuntura	75% della fattura

Area 2 – D) Altre prestazioni Sanitarie SOSTITUTIVE del SSN	Importo rimborsato
Visite Mediche Specialistiche Private (<i>esclusi odontoiatri</i>)	50% della fattura
Esami ed accertamenti diagnostici in regime Privato	50% della fattura
Acquisto lenti da vista per cambio visus indicato in modo esplicito nella fattura (cambio lenti da vista per peggioramento visus)	75% della fattura Max 100,00 € anno

Area 3 – TICKET ABLAZIONE DEL TARTARO – € 170,00/anno

Odontoiatria	Importo rimborsato	Massimale annuo
Ablazione tartaro / igiene dentale	annuale per 2 interventi da € 35,00 max	70,00 euro
Cure dentarie con il SSN	100% ticket	100,00 euro

Area 4 – INTERVENTI FONDO SOLIDARIETA' TIZIANA TRENTIN

Tramite il FONDO DI SOLIDARIETA' TIZIANA TRENTIN la Mutua eroga contributi economici finalizzati all'erogazione di **servizi di assistenza ai soci che si trovino in condizione di gravissimo disagio socio-sanitario ed economico a seguito dell'improvvisa perdita di fonti reddituali personali e familiari e in assenza di provvidenze pubbliche**. In particolare vuole sostenere prestazioni sociali a rilevanza sanitaria da garantire alle persone non autosufficienti al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio, con particolare riguardo all'assistenza tutelare, all'aiuto personale nello svolgimento delle attività quotidiane, nonché le prestazioni della medesima natura da garantire presso le strutture residenziali e semi-residenziali per le persone non autosufficienti non assistibili a domicilio, incluse quelle di ospitalità alberghiera.

Il FONDO interviene con un contributo economico alla persona segnalata dai soci sostenitori della Mutua e su un programma di spese definito.

INTERVENTI PROGRAMMATI	MASSIMALE 2026
n. 10	5.000,00 euro

Per il 2026 il fondo avvierà una campagna di raccolta fondi per implementare gli interventi anche in corso del medesimo esercizio.



Il fondo esprime l'attenzione di Tiziana per gli ultimi. Nel 2019 ha fondato ed è stata la prima Presidente di questa società RETE VENETA SMS che aiuta i soci delle cooperative con i fondi sanitari nel rimborso delle spese socio-sanitarie.

In suo ricordo abbiamo avviato una raccolta fondi denominata "**FONDO DI SOLIDARIETA' TRENTIN TIZIANA**" a favore delle persone più fragili. Il fondo vuole aiutare le persone che necessitano di cure e che sono in difficoltà.

I fondi vanno versati sul seguente cc: BCC ROMA -
iban: IT44L0832789330000000800239

Causale: contributo al "Fondo di solidarietà TRENTIN TIZIANA"

Nel 2026 si attiverà un link nel sito della SMS per agevolare i versamenti nelle diverse forme delle erogazioni liberali delle persone e/o società che vogliono partecipare a questo progetto.

Ai benefattori ogni fine anno la SMS renderà conto di come è stato utilizzato il denaro. Allo stesso modo in sede di Bilancio la SMS renderà conto ai soci l'utilizzo dei fondi.

Area 5 – PROGETTI DI PREVENZIONE E CURA SOCIO-SANITARIA

La Mutua ha costituito un FONDO PROGETTI DI PREVENZIONE E CURA socio-sanitaria promosso dai soci sostenitori per i lavoratori beneficiari e iscritti alla mutua. I progetti di PREVENZIONE E CURA vanno presentati al Consiglio di Amministrazione della mutua che determinerà la loro fattibilità e l'importo del contributo a sostegno della iniziativa di welfare aziendale socio-sanitario.

Saranno privilegiati i progetti presentati da soci che hanno contribuito alla costituzione dei fondi a tal fine destinati.

PROGETTI PROGRAMMATI	MASSIMALE 2026
n. 3	9.000,00 euro

In sede di Bilancio la SMS renderà ai soci l'utilizzo del fondo finalizzato a tal fine.

DOMANDA DI RIMBORSO e LIQUIDAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Per aver diritto al rimborso è necessario che:

- 1) la domanda di rimborso sia compilata **CHIARAMENTE** in tutte le sue parti;
- 2) la fattura pagata deve essere **CHIARA & LEGGIBILE** in tutte le sue parti;
- 3) va **INDICATA LA COOPERATIVA** di appartenenza per individuare il beneficiario e caricare il gestionale che facilita le procedure di liquidazione.

Potranno essere richiesti documenti integrativi alla domanda

- MASSIMALI PER ISCRIZIONI DURANTE L'ANNO SOLARE

Tutti i massimali si intendono per anno solare e le tre aree di intervento sono cumulabili.

- LIMITI, MODALITÀ' E TEMPI

Tutte le erogazioni sono effettuate in forma **INDIRETTA**, l'iscritto deve sostenere direttamente le spese e poi successivamente inoltrare domanda di rimborso alla Mutua.

Le domande di rimborso devono pervenire alla Mutua **entro 90 giorni dalla prestazione, e nell'ultimo trimestre dell'anno - al massimo - entro il 15 gennaio dell'anno successivo a quello di riferimento**. Nessun rimborso spetterà all'iscritto che presenterà la domanda trascorso tale termine.

I rimborsi sono liquidati trimestralmente direttamente su c/c indicato nella domanda.

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

ESCLUSIONI

Le prestazioni **non sono** dovute se dipendenti da:

1. **cure dentarie e del paradonto, le protesi dentarie ed ortodontiche, gli interventi pre-protesi e di implantologia;**
2. *¹cure 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.*
3. *le prestazioni mediche aventi finalità estetiche;*
4. le visite mediche per abilitazione ad attività sportive;
5. i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
6. le cure per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
7. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
8. 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;
9. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assistito;
10. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.
11. le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.
12. Acquisto o noleggio di dispositivi medici es: calzature ortopediche, plantari, carrozzine, apparecchi medicali.
13. Acquisto farmaci.

¹ **NB:** Sui punti 2) e 3) potranno essere richieste delle informazioni **SULLA CURA DI PATOLOGIE** per distinguere gli interventi estetici da interventi di cura.