

REGOLAMENTO RECIPROCA

Approvato dall'assemblea del

2019

Definizione dei termini usati nel Regolamento Soci

ISCRIZIONE, AMMISSIONE E RAPPORTO ASSOCIATIVO	5
Soci Sostenitori	5
Soci Ordinari	6
Sezioni Soci	10
FRUIZIONE DELLE ASSISTENZE	10
PIANI INDIVIDUALI	11
Piani Individuali Gestione Indiretta	11
Piani Individuali Gestione Diretta	11
Nucleo	12
Contributi	12
Prestazioni	13
Modalità Per Il Conseguimento Delle Prestazioni	13
PIANI COLLETTIVI 'Fondo Sanitario Pluriaziendale'	16
Piani Collettivi Gestione Indiretta	19
Piani Collettivi Gestione Diretta	19
DISPOSIZIONI GENERALI	20

DEFINIZIONE DEI TERMINI USATI NEL REGOLAMENTO SOCIALE

ACCERTAMENTO DIAGNOSTICO Prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo.

ACCOMPAGNATORE La persona che assiste e segue l'assistito, permanendo all'interno dell'Istituto di Cura e sostenendo le spese di carattere alberghiero (vitto e pernottamento).

ASSISTENZE Piani sanitari offerti al socio.

ASSISTITO Il soggetto che beneficia dei contenuti del Piano Sanitario dedicato.

CONTRIBUTI ASSOCIATIVI Importo del Piano Sanitario prescelto.

DAY HOSPITAL Degenza diurna senza necessità di pernottamento

DIARIA È l'indennità dovuta da IST al socio in caso di ricovero.

DIFETTO FISICO Deviazione del normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

DOCUMENTAZIONE OBBLIGATORIA L'insieme dei documenti indispensabili per poter ricevere il rimborso da IST e la cui elencazione è stabilita all'interno del Regolamento.

DOMANDA DI ISCRIZIONE A SOCIO Documento che prova l'adesione ad IST in qualità di socio e che dà diritto a sottoscrivere il piano sanitario prescelto per sé e per i componenti della propria famiglia.

FRANCHIGIA La somma determinata in misura fissa o variabile che rimane a carico del socio.

INDENNITÀ E' il contributo erogato in risarcimento del danno sofferto.

INTERVENTO CHIRURGICO Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici.

IST INSIEME SALUTE TOSCANA

ISTITUTO DI CURA Ospedale, clinica, Istituto Universitario o casa di cura, sia in convenzione con il SSN sia privata, regolarmente autorizzati dalle competenti autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno, e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

MALATTIA Qualunque alterazione dello stato di salute che non sia malformazione o difetto fisico anche non dipendente da infortunio.

MALFORMAZIONE Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

MASSIMALE La disponibilità unica ovvero la spesa massima liquidabile per ciascun associato per una o più malattie e/o infortuni che danno diritto al rimborso nell'anno associativo.

MALATTIA Qualunque alterazione dello stato di salute che non sia malformazione o difetto fisico anche non dipendente da infortunio.

MALFORMAZIONE Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

MASSIMALE La disponibilità unica ovvero la spesa massima liquidabile per ciascun associato per una o più malattie e/o infortuni che danno diritto al rimborso nell'anno associativo.

NUCLEO FAMILIARE si intendono tutti coloro che risultano iscritti nello stato di famiglia.

PIANO DI CURE ODONTOIATRICO È il documento, compilato dall'odontoiatra, che elenca i procedimenti curativi che saranno adottati per la definizione della prestazione, con i numeri di codice identificativi, che deve essere preventivamente trasmesso ad IST, dall'associato.

PIANO SANITARIO Insieme delle assistenze prescelte.

PREESISTENZE Patologie diagnosticate all'associato precedentemente alla data di adesione ad IST.

QUOTA DI ISCRIZIONE La quota versata dal socio, una tantum, per essere iscritto alla Mutua.

RETTA DI DEGENZA Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica.

RIMBORSO La somma che IST ritorna al socio a fronte della spesa sostenuta per una prestazione così come previsto dal proprio Piano Sanitario.

SOCIO ORDINARIO Il soggetto persona fisica iscritta a IST che può beneficiare delle prestazioni.

STRUTTURA SANITARIA CONVENZIONATA Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico con cui IST ha definito un accordo.

SUSSIDIO La liberalità che il Consiglio di Amministrazione può decidere di erogare a soci che si trovino in particolare condizioni di disagio economico o sociale.

VARIAZIONE DI PIANO Il passaggio da un piano sanitario ad un altro che un socio può chiedere di fare.

VISITA SPECIALISTICA La visita effettuata da un medico fornito di specializzazione

ISCRIZIONE, AMMISSIONE E RAPPORTO ASSOCIATIVO

Articolo 1

Possono richiedere l'ammissione alla Società di Mutuo Soccorso **RECIPROCA** (d'ora innanzi indicata come Mutua) , quali soci ordinari (indicati nel presente Regolamento), tutte le persone fisiche, e i soggetti previsti dall'Articolo 4 dello Statuto, che ne facciano richiesta alla Mutua. Tutte le richieste verranno poi valutate dal Consiglio di Amministrazione (d'ora innanzi anche C.d.A.) della Società.

L'adesione alla Mutua è prevista sia per libera adesione da parte di privati cittadini, sia funzionale all'attuazione di contratti collettivi di lavoro o da accordi e regolamenti aziendali, con riferimento alle attività previste dall'oggetto sociale contenute nell'Articolo 3 dello Statuto, con particolare riferimento all'assistenza integrativa sanitaria e socio sanitaria.

Articolo 2

I Soci della Società di Mutuo Soccorso **RECIPROCA** si articolano in categorie, che lo Statuto individua nell'art. 4 : Soci Ordinari e Soci Sostenitori.

A ciascuna categoria di Soci competono diversi diritti e obblighi in relazione alle finalità che la stessa si propone come determinato dal dettato Statutario.

Soci Sostenitori

Articolo 3

Possono diventare Soci Sostenitori della Mutua persone fisiche e giuridiche, pubbliche, nonché Enti associativi che, attraverso la loro adesione e i loro conferimenti patrimoniali a titolo di liberalità, possono favorire in modo rilevante il perseguimento degli scopi della società.

I conferimenti in denaro possono avvenire mediante tutti gli strumenti telematici di pagamento consentiti e anche in contanti in base alla normativa vigente, o mediante altri mezzi predisposti dalla Società comunque confacenti al riconoscimento del contributo associativo versato ai fini fiscali.

L'Assemblea determina la quota minima di iscrizione.

L'Assemblea può anche determinare quote di iscrizione differenziate sia per le persone giuridiche che per le persone fisiche. Quote di iscrizione Soci Sostenitori

Categoria Socio	Persona Fisica	Persona Giuridica
SOCIO SOSTENITORE	euro 5	euro 1.000

Possono altresì diventare Soci Sostenitori anche i Soci Onorari che attraverso la loro adesione possono favorire in modo rilevante il conseguimento delle finalità della società e della sua crescita.

Articolo 4

L'ammissione, il recesso e l'esclusione del Socio Sostenitore sono regolate dalle stesse norme dei Soci Ordinari sopra citate.

I Soci Sostenitori non usufruendo delle prestazioni erogate dalla Mutua non hanno l'obbligo di versare i contributi associativi previsti da piani sanitari, ma possono aggiungere conferimenti di denaro a titolo di liberalità successivi alla quota d'iscrizione, che ha determinato il loro status di Soci Sostenitori.

Qualora un Socio Sostenitore decida di aderire a un piano di assistenze, questo comporterà la modifica di status da Socio Sostenitore a Socio Ordinario, e la relativa osservanza dei doveri di tale categoria, annessi ai diritti che al Socio Ordinario sono stati conferiti dallo Statuto.

Il socio receduto non ha diritto alla restituzione della quota di iscrizione.

L'estinzione del rapporto tra la Mutua e il socio determina la contestuale estinzione anche del rapporto tra la Mutua e gli aventi diritto.

Soci Ordinari

Articolo 5

Per divenire Socio Ordinario è necessario aver sia la quota di iscrizione una tantum che il contributo associativo previsto dalla assistenza prescelta.

Inoltre possono divenire soci ordinari altre società di mutuo soccorso, a condizione che i membri persone fisiche siano beneficiarie delle prestazioni rese dalla società, nonché i fondi sanitari integrativi in rappresentanza dei lavoratori iscritti.

L'Assemblea determina la quota minima di iscrizione.

L'Assemblea può anche determinare quote minime di iscrizione differenziate distinguendo tra quota di iscrizione persone giuridiche e quote di iscrizione persone fisiche, eventuali deroghe vengono sottoposte all'assemblea per essere deliberate.

Quote di iscrizione Soci Ordinari

Categoria Socio	Persona Fisica	Altri soggetti
SOCIO ORDINARIO	euro 5	euro 200

Deroghe alla quota di iscrizione Socio Ordinario Persone Fisiche:

Euro 40 : Soci ordinari individuali gestione diretta

Euro 3: Piano sanitario NOI SALUTE

Euro 1: Piano sanitario dedicato alle cooperative sociali

Euro 1: Piano sanitario dedicato agli enti applicanti in CCNL UNEBA.

ai collaboratori del settore CALL CENTER OUTBOUND

Al Socio Ordinario, se e con le modalità previste dal piano di assistenze prescelto, è riconosciuta la facoltà di chiedere che siano ammessi a beneficiare delle prestazioni assistenziali e sanitarie della Mutua anche il proprio nucleo familiare così come risultante dal certificato di stato di famiglia o autocertificazione ai sensi di legge, intendendosi per nucleo familiare l'insieme formato dal socio, dal suo coniuge o **convivente more uxorio** e dai figli.

Si intendono aventi diritto del socio i seguenti componenti del nucleo familiare:

- a) il coniuge riconosciuto tale dallo Stato italiano **o la persona che vive sotto lo stesso tetto more uxorio con il socio**. Di tale stato more uxorio deve essere data tassativamente comunicazione alla Società con la compilazione del modulo di autocertificazione fornito dalla società o con il certificato dello stato di famiglia. La società può richiedere un certificato di residenza dei soggetti inclusi nel nucleo familiare.
- b) I figli.
- c) I genitori o chiunque altro soggetto sia iscritto nello stato di famiglia, residente.

In tal caso, il Socio Ordinario richiedente dovrà versare un contributo associativo maggiorato in ragione del numero dei componenti il proprio nucleo familiare, secondo quanto stabilito da apposita delibera del Consiglio di Amministrazione.

L'estensione ad altri componenti il nucleo familiare delle prestazioni, avrà effetto sulla base di quanto disposto dai singoli piani sanitari.

Se il piano di assistenza prescelto consente l'estensione delle assistenze al nucleo familiare, e il socio intende estendere la copertura ad un componente del nucleo familiare l'iscrizione deve comprendere, se non diversamente disposto dal singolo piano, tutti i componenti del nucleo familiare risultante dallo stato di famiglia.

Deroga nel caso in cui il coniuge abbia già un Piano sanitario tramite CCNL.

Articolo 6

La domanda di iscrizione, compilata sull'apposito modulo predisposto e completata di tutte le informazioni richieste, comprese quelle relative al nucleo familiare e ai relativi carichi fiscali se si richiede l'accesso alle prestazioni anche per il nucleo familiare, deve essere presentata alla sede legale della Mutua. La predetta documentazione può essere inviata per posta ordinaria, posta elettronica, via fax o per via telematica.

Alla domanda deve essere allegata la ricevuta di versamento della quota di iscrizione stabilita dall'Assemblea Ordinaria dei soci, contestualmente al relativo versamento dei contributi associativi relativi al piano delle assistenze prescelto, nella misura stabilita dal Consiglio di Amministrazione.

Con la domanda di ammissione, l'aspirante socio si impegna al rispetto delle norme dello Statuto, del Regolamento e delle delibere legalmente assunte dagli Organi Sociali, comprese quelle che disciplinano le modalità di versamento dei contributi associativi e la loro entità.

Articolo 7

L'ammissione a Socio Ordinario è deliberata dal Consiglio di Amministrazione, previa verifica del possesso dei requisiti di legge ed, in caso di accoglimento della domanda, il nuovo socio verrà contestualmente iscritto nel libro Soci della Mutua.

Il mancato accoglimento della domanda di ammissione sarà comunicato all'aspirante socio, con contestuale restituzione della quota di iscrizione e dei contributi associativi versati.

Le nuove iscrizioni e l'ammissione alle assistenze della società **RECIPROCA** sono consentite di norma fino al 85° anno di età, se non diversamente stabilito nelle successive sezioni e dalla guida del piano di assistenza prescelto.

Per poter cambiare tipo di assistenza è necessario attendere la scadenza naturale dell'assistenza in corso.

I soci ordinari, già iscritti ad un tipo di assistenza, possono passare ad un tipo di assistenza più ampia anche prima della scadenza del rapporto in corso. Il passaggio a tipi di assistenza più ampia (e l'abbinamento di più formule di assistenza) è consentito sino all'età massima prevista per la prima iscrizione. Il passaggio avviene di norma a partire dall'inizio dell'anno solare, salvo quanto stabilito nei singoli piani.

Al socio iscritto a una forma di assistenza e congiuntamente a una o più forme di assistenza aggiuntive, viene riconosciuto il sussidio nella sola forma di assistenza economicamente più favorevole.

Quando il massimale economicamente più favorevole viene completamente utilizzato, i rimborsi continueranno ad essere effettuati in base a quanto previsto nella convenzione con massimale più basso.

Il socio deve attenersi scrupolosamente a tutte le norme e prescrizioni contenute nello Statuto sociale e nel suo Regolamento, comprensivo degli allegati da ritenersi essenziali anche se nel tempo subiranno modifiche, nonché a tutte le delibere regolarmente assunte dagli organi statutari.

Articolo 8

Il socio ha l'obbligo di comunicare tempestivamente alla Mutua tutti i cambiamenti intervenuti nel proprio stato di famiglia e nel relativo carico fiscale. Il socio ha altresì l'obbligo di informare la Mutua di eventuali altre assistenze sanitarie e degli eventuali rimborsi da quest'ultime erogate.

Alcuna responsabilità sarà imputabile alla Mutua per le eventuali conseguenze derivanti dall'inosservanza, da parte del socio, dei predetti obblighi di comunicazione.

Articolo 9

Ai sensi di Statuto, il rapporto tra la Mutua e il socio si estingue per recesso, esclusione o per causa di morte come previsto dagli artt. 8, 9 e 10 dello Statuto.

L'estinzione del rapporto tra la Mutua e il socio determina la contestuale estinzione anche del rapporto tra la Mutua e gli aventi diritto del nucleo familiare del socio medesimo.

In caso di recesso da parte del socio, quest'ultimo non ha diritto alla restituzione della quota di iscrizione e, neppure dell'eventuale contributo di gestione come pure del contributo associativo.

L'esclusione avviene nel caso di:

- a) inadempienza od inosservanza da parte del socio dello Statuto e del Regolamento;
- b) morosità del socio nel pagamento della quota di iscrizione e dei contributi, etc., senza giustificato motivo;
- c) comportamenti del socio dannosi in genere per la Società ed il suo funzionamento;
- d) simulazione del verificarsi delle condizioni idonee ad ottenere le prestazioni mutualistiche della Società.

La deliberazione di esclusione deve essere comunicata al socio a mezzo lettera raccomandata con avviso di ricevimento.

L'esclusione ha effetto con il ricevimento della comunicazione del relativo provvedimento. Con la stessa decorrenza, il socio ordinario escluso non potrà più usufruire delle prestazioni mutualistiche della Società.

Il socio escluso non ha diritto alla restituzione della quota di iscrizione e, se socio ordinario, neppure dell'eventuale contributo di gestione e associativo.

In caso di morte del socio titolare del rapporto associativo, i familiari già iscritti continueranno a godere dell'assistenza per tutto il periodo coperto dai contributi versati, salvo quanto previsto dai singoli piani. Gli eredi non hanno diritto alla restituzione della quota di iscrizione e, neppure dell'eventuale contributo di gestione come pure del contributo associativo, salvo quanto previsto dai singoli piani.

Articolo 10

Le prestazioni offerte dalla Mutua, in conformità allo stato di attuazione della riforma del Servizio Sanitario Nazionale, consistono in forme di assistenza integrativa sanitaria e socio sanitaria, che sono deliberate dal Consiglio di Amministrazione in stretta coerenza con lo scopo perseguito dalla Mutua medesima, di cui **all'Articolo 3 dello Statuto**.

Il Consiglio di Amministrazione approva specifiche convenzioni relative a piani sanitari e assistenziali, rivolti ai soci ed aventi diritto, deliberandone la tipologia e le modalità di erogazione, in conformità alle leggi vigenti.

Articolo 11

Fatto salvo quanto previsto dai singoli piani sanitari, in termini generali, sono escluse dalle prestazioni della Mutua:

- le malattie e/o infortuni provocati da fatti colposi del singolo socio;

- le conseguenze derivanti da abuso di alcolici o di psicofarmaci o da uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni;
- le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla data di iscrizione;
- le applicazioni di carattere estetico, salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva, resi necessari da infortunio;
- le malattie e/o gli infortuni derivanti da risse ed ubriachezza, da maneggio di armi o, in genere, da manifesta imprudenza;
- le conseguenze di guerre, di tumulti popolari, di inondazioni o movimenti tellurici;
- le malattie e gli infortuni causati da competizioni sportive.

Sono considerate spese accessorie extra e quindi non rimborsabili le spese in regime di ricovero quali Tv, telefono, vitto accompagnatore, bar, ecc.

I Ricoveri per le malattie croniche sono riconosciuti solo per brevi periodi di riacutizzazione.

Articolo 12

Il versamento della quota di iscrizione, il cui importo é stabilito dall'Assemblea dei Soci su proposta del Consiglio d'Amministrazione ed il versamento dei contributi associativi devono essere effettuati mediante bonifico bancario intestato alla Mutua o mediante altri strumenti tracciabili.

La quota d'iscrizione deve essere versata all'atto di presentazione della domanda di ammissione, essendo l'ammissione a Socio Ordinario condizionata a tale versamento.

I contributi associativi devono essere versati nei termini stabiliti dal Consiglio di Amministrazione.

Alcuna responsabilità potrà essere imputata alla Mutua per le conseguenze che dovessero derivare al socio in caso di omesso o ritardato pagamento dei contributi associativi ai fini del godimento delle prestazioni del piano sanitario.

Il titolare del rapporto associativo che non ottemperi al tempestivo versamento dei contributi perde il diritto a qualsiasi assistenza per sé e per i familiari. L'assistenza verrà ripristinata 30 giorni dopo l'avvenuta regolarizzazione amministrativa, consistente nel versamento dei contributi. Ove tale morosità superi i quattro mesi, il socio potrà riacquistare i suoi diritti con una carenza di mesi tre e dietro presentazione di un certificato medico attestante le buone condizioni di salute del socio, accettato dalla Mutua.

Se la morosità non viene sanata è causa di decadenza automatica ed esclusione dal libro da socio.

La Mutua non è tenuta ad avvisare i soci di eventuali ritardi nel pagamento dei contributi associativi.

I contributi associativi potranno subire un adeguamento periodico, in base all'andamento economico delle forme di assistenza, all'aumento delle spese collegate ai rimborsi ed alla gestione mutualistica.

Articolo 13

L'assistenza integrativa sanitaria e socio sanitaria sono erogate dalla Mutua in forma diretta o indiretta, di regola attraverso la sottoscrizione di convenzioni con primarie compagnie assicurative o con enti che erogano direttamente la prestazione.

Articolo 14

Al socio e all'eventuale avente diritto del nucleo familiare spettano le prestazioni indicate nel piano delle assistenze prescelto.

Le modalità ed i limiti delle prestazioni, i rimborsi, nonché le procedure di accesso, sono deliberati dal Consiglio di Amministrazione e trovano definizione puntuale nei singoli piani delle assistenze.

Il mancato rispetto, da parte del socio, delle procedure previste costituisce causa di decadenza dal diritto alle assistenze.

Articolo 15

Il Consiglio di Amministrazione ha piena autonomia di realizzare convenzioni per coperture collettive con gruppi aziendali, associazioni o categorie, e deliberare formule di assistenza nonché la costituzione o la gestione di fondi sanitari integrativi, che potranno avere autonomi regolamenti e prevedere obblighi associativi, durata e carenza assistenziale diversi da quanto previsto dal presente Regolamento.

Sezioni Soci

Articolo 16

Al fine di facilitare la formazione della volontà dei Soci ordinari, gli stessi si possono organizzare in sezioni in relazione alla comune residenza territoriale, le cui finalità sono in particolare quelle della condivisione di interessi all'interno della Mutua, della migliore diffusione fra i Soci delle notizie relative alla vita sociale e quella della massima partecipazione dei Soci all'attività della Mutua stessa.

Articolo 17

L'attività fondamentale delle sezioni Soci, quando costituite si esplica prevalentemente nello svolgimento di incontri tra i Soci del territorio, anche al fine di proporre iniziative, suggerimenti al Consiglio di Amministrazione.

Articolo 18

La costituzione delle sezioni Soci può essere promossa dal Consiglio di Amministrazione o da un gruppo omogeneo di Soci. Qualora un gruppo omogeneo di Soci intendesse promuovere la costituzione di una sezione Soci, dovrà darne preventiva comunicazione scritta al Consiglio di Amministrazione, trasmettendo successivamente il verbale di costituzione completo dell'elenco sottoscritto dagli aderenti alla riunione di costituzione. La sezione Soci si potrà costituire al raggiungimento almeno di **quaranta aderenti**. Delle riunioni si provvederà alla redazione di un verbale solo nel caso in cui le decisioni assunte vadano a costituire una specifica proposta di indirizzo che deve essere portata all'attenzione del Consiglio di Amministrazione o dell'Assemblea dei Soci. All'interno della Sezione viene autonomamente scelto tra i membri, un riferimento incaricato di rendicontare almeno una volta l'anno al Consiglio di Amministrazione il numero dei membri della Sezione, le eventuali proposte da sottoporre al Consiglio e piano di attività della Sezione.

Articolo 19

Le sezioni Soci non prevedono la costituzione obbligatoria di alcuna struttura per l'organizzazione del loro funzionamento.

FRUIZIONE DELLE ASSISTENZE

Articolo 20

Le assistenze possono essere fruito mediante l'adesione a piani individuali o collettivi:

- Individuale: piano sottoscritto privatamente da singola persona fisica;
- Collettivo: piano sottoscritto in forza di una contrattazione collettiva confluyente nel fondo sanitario pluriaziendale.

I suddetti piani possono essere erogati in due modalità:

- Diretta: erogazione diretta da parte della Mutua;
- Indiretta: attraverso la sottoscrizione di convenzioni con primarie compagnie assicurative o con enti che erogano direttamente la prestazione.

Articolo 21

Le modalità di erogazione delle prestazioni e delle assistenze sono regolate e definite all'interno del presente Regolamento e della guida del piano di assistenza prescelto dal socio ordinario.

Articolo 22

Aspetti fiscali

Quando si usufruisce della deduzione dal reddito dei contributi di assistenza sanitaria (copertura sanitaria aziendale), o detrazione d'imposta dei contributi associativi per assistenza sanitaria integrativa (adesione individuale volontaria non derivante da una contrattazione), la spesa sanitaria detraibile è solo quella residua non rimborsata.

Dal momento che nella ipotesi di una copertura aziendale, non è possibile portare in detrazione spese sanitarie che sono state rimborsate a fronte di contributi di assistenza sanitaria che non hanno concorso a formare reddito imponibile (avendo già usufruito della deducibilità dal reddito) le spese mediche detraibili sono pertanto solo quelle rimaste effettivamente a carico, cioè quelle (o quella quota) non rimborsate.

La Mutua provvederà nei tempi adeguati a fornire all'assistito annualmente un estratto conto (eventualmente anche in modalità elettronica) che evidenzierà le spese sanitarie effettivamente rimborsate oltre a quelle fruito in forma diretta.

PIANI INDIVIDUALI

Piani Individuali Gestione Indiretta

Articolo 23

I piani individuali erogati in modalità indiretta, ovvero mediante un terzo soggetto, per la parte relativa la fruizione dell'assistenza sono disciplinate dai singoli piani e relative guide ed allegati.

Piani Individuali Gestione Diretta

Articolo 24

Accoglimento domanda di ammissione

L'iscrizione è obbligatoria per due anni. L'iscrizione si intende rinnovata tacitamente di due anni in due anni, salvo disdetta a mezzo lettera raccomandata da inviarsi almeno quattro mesi prima della scadenza biennale. Sono fatte salve diverse disposizioni presenti sulla singola convenzione.

Articolo 25

Limite nuove iscrizioni

Le nuove iscrizioni e l'ammissione alle assistenze della mutua sono consentite fino al 70° anno di età. Gli ultrasessantenni potranno però iscriversi assieme al proprio nucleo familiare del quale faccia parte almeno un componente convivente che non abbia compiuto il 70° anno di età, che assumerà la qualifica di titolare. Gli associati già iscritti potranno continuare a godere dell'assistenza senza alcun limite di età.

I soci, già iscritti alla mutua provenienti da contrattazione collettiva gestione diretta, possono rimanere soci con lo stesso piano aziendale anche dopo l'interruzione del rapporto di lavoro a seguito del pensionamento, seguendo gli eventuali adeguamenti delle prestazioni e le relative condizioni economiche del piano stesso, salvo quanto previsto da ogni piano.

Articolo 26

Decorrenza del diritto all'erogazione dell'assistenza sanitaria

L'erogazione dell'assistenza sanitaria decorre in via generale dal 1°giorno del 3°mese successivo a quello di iscrizione, salvo quanto previsto dall'art 36 .

Articolo 27

Passaggio ad un'altra forma di assistenza

Il passaggio a tipi di assistenza più ampia (e l'abbinamento di più formule di assistenza) è consentito sino all'età massima prevista per la prima iscrizione. Il passaggio avviene di norma a partire dall'inizio dell'anno solare, con l'applicazione della carenza assistenziale prevista dal Regolamento per la fruizione delle prestazioni diverse o maggiorate previste nella nuova assistenza. Il passaggio ad un'altra forma di assistenza fa decorrere nuovamente la durata biennale del rapporto associativo e deve coinvolgere, se era compreso, tutto il nucleo familiare già iscritto in altre forme, salvo variazioni che fossero intervenute nello stato di famiglia.

Nucleo Familiare

Articolo 28

Iscrizione del nucleo familiare

Qualora si intenda estendere la copertura ad un componente del nucleo familiare l'iscrizione deve comprendere tutti i componenti del nucleo familiare risultante dallo stato di famiglia, salvo quanto previsto dai singoli piani.

Nel caso il familiare dimostri di avvalersi di altra copertura sanitaria di origine contrattuale è ammessa la sua non inclusione. In caso di cessazione del rapporto di lavoro del familiare, lo stesso andrà inserito all'interno del nucleo.

L'iscrizione del nucleo familiare è obbligatoria per due anni. L'iscrizione si intende rinnovata tacitamente di due anni in due anni, salvo disdetta a mezzo lettera raccomandata da inviarsi almeno quattro mesi prima della scadenza biennale. Qualora il titolare, dopo i due anni, rinnovasse la copertura solo per se stesso perde la possibilità di iscrivere in futuro il nucleo familiare. In questo caso i componenti del nucleo possono riscriversi alla mutua solo come titolari di una copertura.

Articolo 29

Decesso del titolare del rapporto di associazione

In caso di morte del titolare del rapporto di associazione, i familiari già iscritti continueranno a godere dell'assistenza per tutto il periodo coperto dai contributi versati.

Per l'anno successivo i familiari potranno recedere dal rapporto associativo o proseguirlo, indicando il nuovo titolare del rapporto di associazione, e in tal caso decorreranno nuovamente i termini dell'impegno associativo.

Contributi

Articolo 30

Versamenti dei contributi

Per l'iscrizione alla mutua sono richiesti:

- a) il versamento della quota d' iscrizione per ogni persona iscritta;
- b) il versamento anticipato del contributo associativo annuo pro-capite, o dei ratei mensili di competenza, allorché l'iscrizione avvenga nel corso dell'anno, differenziato per tipo di assistenza e per soggetto esposto.

Articolo 31

Modalità per il versamento dei contributi

I contributi associativi per ciascun anno solare devono essere versati in un'unica soluzione in via anticipata e di norma entro i primi 31 giorni dell'anno. E' ammesso anche il pagamento in due rate con le seguenti scadenze:

1°rata: 31 gennaio;

2°rata: 30 giugno.

In base ai singoli piani, particolari forme di pagamento potranno essere accolte dal Consiglio di Amministrazione.

Articolo 32

Calcolo dell'importo dei contributi

Nel caso l'iscrizione venga richiesta nel periodo intercorrente tra il 1° febbraio ed il 31 dicembre, l'importo dei contributi da versare anticipatamente deve essere calcolato per tanti dodicesimi dell'importo contributivo annuale per quanti sono i mesi compresi tra il mese di iscrizione ed il 31 dicembre successivo, salvo quanto previsto dai singoli piani.

Articolo 33

Procedimento per il recupero dei contributi associativi

Per il recupero dei contributi degli iscritti morosi e per la inadempienza dell'impegno biennale di cui all'art. 24 del presente Regolamento, la mutua potrà adire all'azione giudiziaria ordinaria chiedendo anche il rimborso delle spese legali ed amministrative.

Articolo 34

Regolarizzazione contributi

Gli interessi di mora e le carenze assistenziali previste dal regolamento non si applicano qualora la regolarizzazione contributiva avvenga entro 15 giorni dai termini di pagamento.

Prestazioni

Articolo 35

Obblighi del titolare del rapporto di associazione per il conseguimento delle prestazioni

Per il conseguimento delle prestazioni è fatto obbligo al titolare del rapporto di associazione di inoltrare la domanda di assistenza e di inviare la documentazione delle spese sostenute, secondo le modalità e i termini indicati nel Regolamento.

Modalità Per Il Conseguimento Delle Prestazioni

Articolo 36

Decorrenza dell'assistenza e malattie preesistenti.

L'erogazione dell'assistenza decorre in via generale dal 1° giorno del terzo mese successivo a quello di iscrizione. In caso di gravi infortuni o eventi traumatici accertati dal Pronto Soccorso, che determinino nuove patologie e non riacutizzazione o aggravamento di patologie preesistenti, l'assistenza decorre immediatamente dal momento dell'iscrizione.

Per ricoveri e interventi chirurgici conseguenti a malattie manifestamente preesistenti al momento dell'iscrizione, l'assistenza decorre dopo 12 mesi dall'iscrizione; dopodiché per i successivi 24 mesi il rimborso sarà pari al 50% di quello previsto dal tariffario secondo le varie forme di assistenza; dopo tale periodo sarà riconosciuto il rimborso previsto dal tariffario, salvo quanto previsto da ogni singolo piano.

Articolo 37

Ricoveri

I ricoveri sono riconoscibili per le malattie che richiedono interventi chirurgici, per gravi patologie da diagnosticarsi o non curabili a domicilio o per il parto.

Non sono riconosciuti i ricoveri eseguiti per l'effettuazione di soli check-up.

Non sono riconosciute le ospedalità per le malattie indicate dall'art 11 del Regolamento, nonché per le malattie croniche salvo brevi periodi di riacutizzazione comprovata.

Non sono pure riconosciute le ospedalità che in qualsiasi modo possono essere giudicate ospedalità per la custodia o per semplice assistenza infermieristica.

Per le degenze in medicina il concorso giornaliero comprende oltre alle spese di retta di degenza, medicinali, analisi cliniche, radiologia, accertamenti diagnostici, anche gli onorari medici.

Articolo 38

Procedimento per la richiesta di prestazioni (ricovero).

Per ogni richiesta di prestazioni, relativa a ospedalità, sia in forma diretta che in forma indiretta, l'assistito è obbligato ad inoltrare agli uffici della mutua regolare denuncia di malattia redatta dal medico curante entro e non oltre l'ottavo giorno dall'inizio della degenza.

Per gli eventi morbosi insorti fuori del territorio nazionale, il termine per l'invio della denuncia di malattia viene elevato a quindici giorni.

Per il computo della decorrenza dei termini, fa fede la data del timbro postale o la data di ricezione da parte degli uffici amministrativi della mutua. Gli elementi essenziali della denuncia di malattia, sia essa redatta sull'apposito modulo della mutua, sia su carta libera del medico curante, sono: nome e cognome dell'associato, indirizzo, diagnosi, prognosi, firma del medico curante e data.

Alla fine del ricovero, non oltre tre mesi dalla data di dimissione, l'associato deve trasmettere agli uffici della mutua la documentazione giustificativa delle spese sostenute con specifica distinzione tra la spesa per la retta di degenza e quella per gli onorari e i compensi sanitari.

Tale documentazione deve essere sempre comprovata dalla copia della cartella clinica ospedaliera. Per gli eventi morbosi verificatisi fuori del territorio nazionale, il termine per la presentazione della documentazione di spesa è elevato ad un anno dalla fine del ricovero.

Articolo 39

Procedimento per la richiesta di prestazioni (fuori dall'area ricovero).

Per le prestazioni, specialistiche ambulatoriali, diagnostiche e le altre che non comportano ospedalità, le ricevute di spesa dovranno essere trasmesse alla mutua entro 45 gg. dalla loro emissione, unitamente alla copia della prescrizione medica, salvo quanto previsto da ogni singolo piano.

Articolo 40

Causa di decadenza del diritto ai rimborsi/prestazioni

La mancata apertura della malattia e il mancato invio della documentazione prescritta entro i termini previsti dagli artt. 38 e 39 del presente Regolamento, costituisce causa di decadenza dal diritto del conseguimento dei rimborsi e delle prestazioni.

Articolo 41

Eventi avvenuti all'estero

La richiesta di sussidio per eventi avvenuti fuori dal territorio della Repubblica Italiana deve essere corredata dalla relativa documentazione autenticata, per forma e sostanza, dalla Ambasciata o dal Consolato italiano e tradotta in italiano da traduttore autorizzato e riconosciuto dall'Ambasciata medesima nella nazione in cui sono state effettuate le prestazioni. In alternativa, volendo ottenere tale documento nel territorio italiano, deve essere consegnata una traduzione asseverata ed il traduttore deve

essere un professionista iscritto all'Albo dei Consulenti Tecnici d'Ufficio, CTU detenuto da ogni tribunale del territorio italiano.

Il sussidio ospedaliero per i ricoveri in strutture ospedaliere all'estero è riconosciuto solo nei casi di urgenza e non rinviabili nel tempo.

Il sussidio è riconosciuto altresì per tutti i ricoveri preventivamente autorizzati dalla Società.

Articolo 42

Rimborsi in valuta estera

I rimborsi per spese sostenute all'estero avverranno in Italia e in Euro, considerando il cambio medio ricavato dalla quotazione dell'Ufficio italiano cambi vigente nell'ultima settimana dell'effettuazione della prestazione.

Articolo 43

Conformità della documentazione richiesta

Il socio all'atto della richiesta di sussidio o del servizio deve allegare alla domanda tutti i documenti elencati nella domanda di sussidio stessa per ogni singolo sussidio o servizio. Tutti i documenti allegati devono risultare aggiornati e conformi a quanto richiesto e tutta la documentazione di spesa deve essere prodotta in originale o in fotocopia ed essere fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge. La documentazione in fotocopia deve essere ben leggibile e la società si riserva la possibilità di richiedere l'originale.

Non sono ammessi documenti che presentino correzioni e/o cancellature; nell'ipotesi di presentazione di documenti corretti, cancellati o comunque artefatti, il socio decade dal diritto al sussidio al quale tali documenti si riferiscono.

Articolo 44

Accertamenti sanitari

La mutua può effettuare gli accertamenti sanitari sugli associati che richiedono le prestazioni ai sensi del presente Regolamento, attraverso l'attività dei propri medici fiduciari. Il rifiuto di sottoporsi agli accertamenti sanitari determina la decadenza del diritto alle prestazioni per il caso della malattia in corso.

Articolo 45

Documentazione di spesa

I rimborsi verranno effettuati solo su presentazione di documentazione di spesa a saldo e non di acconto. Se le fatture di saldo e acconto/i sono emesse nello stesso anno, a presentazione del saldo sarà rimborsato anche l'acconto/i.

Se le fatture di saldo e acconto/i non sono emesse nello stesso anno verrà rimborsato solo il saldo.

Esempio:

Fatt. sia di acconto che di saldo emesse nello stesso anno XXXX:

Al ricevimento del saldo con evidenziato l'acconto/i e relative fatture sarà effettuato il rimborso.

Fatt. emesse in anni differenti, acconto anno XXXX e saldo anno XXXY.

Al ricevimento del saldo si rimborserà solo il saldo.

Documentazione di spesa con un'unica fattura contenente più prestazioni tra loro collegate:

Nel caso in cui durante lo svolgimento di una visita specialistica vengano effettuati contestualmente uno o più accertamenti diagnostici collegati, verranno applicate tante franchigie quante sono le prestazioni.

Volendo agire in un'ottica di prevenzione, solo nel caso di visite ginecologiche, se durante lo svolgimento della visita specialistica vengano effettuati contestualmente uno o più accertamenti diagnostici collegati, verrà applicata un'unica franchigia.

La franchigia applicata seguirà il regime in cui viene effettuata la prestazione.

In caso di utilizzo delle strutture convenzionate le prestazioni dovranno essere contestualmente richieste ed autorizzate da RECIPROCA.

Articolo 46

Esclusione di responsabilità della Società per prestazioni erogate presso strutture e/o da professionisti convenzionati.

È da ritenersi esclusa ogni responsabilità anche indiretta, a qualsiasi titolo nessuno escluso, della Società per eventuali danni arrecati al socio e/o ai propri aventi diritto a seguito delle prestazioni erogate presso strutture o da professionisti convenzionati con la Società medesima.

PIANI COLLETTIVI 'Fondo Sanitario Pluriaziendale'

Articolo 47

I piani collettivi sono sottoscritti in forza di una contrattazione collettiva in conformità a disposizioni di contratto o di accordo o di regolamento aziendale.

I piani collettivi possono essere erogati in modalità indiretta, ovvero mediante un terzo soggetto, o diretta, ovvero direttamente dalla mutua.

Gestendo la Società di Mutuo Soccorso più fondi sanitari collettivi aziendali in base ad apposita Convenzione realizzata con ogni singola Azienda e dotata eventualmente di autonomo e specifico regolamento assistenziale, questo Regolamento del Fondo Pluriaziendale contiene dei parametri di massima che tiene conto delle diversità di ogni singolo accordo, ispirandosi allo Statuto / Regolamento della Società di Mutuo Soccorso.

Articolo 48

Iscrizione al Fondo e contestuale iscrizione alla Società di Mutuo Soccorso

I Dipendenti delle Aziende che aderiscono al Fondo Sanitario Pluriaziendale istituito da **RECIPROCA SMS** per avvalersi della copertura sanitaria concordata, compilano il modulo di iscrizione alla **RECIPROCA** Società di Mutuo Soccorso.

Tale iscrizione avrà effetto ai fini della fruizione delle prestazioni previste da ciascuna copertura, nei limiti e alle condizioni stabilite dallo specifico piano.

Articolo 49

Diritti e doveri degli iscritti al Fondo

I Dipendenti delle Aziende iscritti al Fondo, in qualità di Soci della SMS hanno gli stessi diritti e sono tenuti al rispetto delle norme dello Statuto, compreso il diritto di partecipare alle assemblee e alle votazioni per l'elezione delle cariche sociali, nonché a quelle previste dalla convenzione.

A fronte del versamento dei contributi di assistenza sanitaria, beneficeranno delle prestazioni di assistenza sanitaria integrativa previste della copertura sanitaria concordata.

Articolo 50

Contribuzione

Le Aziende che hanno sottoscritto le Convenzioni per la copertura sanitaria dei propri dipendenti ai sensi dell'art. 51 co. 2 lett a) TUIR DPR 917/86 verseranno alla SMS entro il mese di gennaio di ciascun anno (o entro diverso periodo eventualmente concordato dalla Convenzione) l'importo dei contributi di assistenza sanitaria per tutti i dipendenti (o per tutti quelli della medesima categoria) per l'intero anno

solare (o frazionate come previsto da ciascuna Convenzione). Le Aziende corrisponderanno sia la cifra concordata per ciascun dipendente iscritto al Fondo, sia eventualmente anticipando quella di competenza di ciascun dipendente quale eventuale quota a suo carico o quale estensione della copertura ai familiari, operando la trattenuta dalla busta paga.

Diversamente sarà il dipendente a versare alla SMS la quota di sua competenza o quella per eventuali integrazioni di copertura o per l'estensione facoltativa ai familiari.

Analogamente per gli anni successivi i contributi di assistenza sanitaria andranno versati entro il mese di gennaio (o entro diverso periodo eventualmente concordato dalla Convenzione).

Articolo 51

Copertura sanitaria

La copertura sanitaria può essere valida per il solo dipendente o se previsto dalle Convenzioni con le Aziende per il nucleo familiare secondo le modalità previste da ciascuna Convenzione.

Articolo 52

Estensione facoltativa della copertura ai familiari conviventi.

Nel caso la copertura concordata dalla Convenzione Aziendale sia rivolta al solo dipendente, la SMS potrà garantire la copertura anche ai familiari conviventi che il dipendente potrà iscrivere, prevedendo analoghe facilitazioni nei rispettivi contributi associativi.

In tal caso il dipendente compilerà un ulteriore modulo di adesione riportando i nomi di tutti i componenti del nucleo familiare convivente che intende far aderire e si impegna a versare, o a far versare dall'Azienda, gli importi contributivi concordati entro il termine previsto dalla Convenzione. L'estensione della copertura ai familiari conviventi non potrà essere selettiva ma dovrà eventualmente coinvolgere l'intero nucleo familiare, e dovrà restare confermata e valida per la durata prevista dalla Convenzione e per i successivi rinnovi (fin tanto che fanno parte del nucleo).

Articolo 53

Nuovi Assunti e Cessati.

Le Aziende si impegnano a versare i contributi associativi per i nuovi assunti aventi diritto in base alla Convenzione, calcolati in ratei mensili dal momento dell'assunzione fino alla fine dell'anno.

I nuovi assunti, per i quali le aziende dovranno provvedere al versamento dei contributi associativi, potranno usufruire della copertura alle medesime condizioni degli altri dipendenti, in misura eventualmente proporzionata ai contributi versati.

I dipendenti in servizio che nel corso della copertura cesseranno a qualsiasi titolo il rapporto di lavoro, per i quali è stato comunque versato il contributo associativo, potranno usufruire della copertura fino alla fine dell'anno salvo diverso accordo previsto dalla Convenzione

In caso di turn over dei dipendenti, qualora il dipendente cessato non abbia richiesto prestazioni sanitarie, le Aziende potranno decidere di impiegare il contributo versato per il dipendente cessato a favore del nuovo assunto. Diversamente dovranno versare il rateo di contributo relativo al nuovo dipendente subentrato a quello cessato. Le aziende dovranno comunicare nei termini previsti dalla Convenzione alla SMS il nome del dipendente cessato e di quello dei nuovi assunti per i quali dovrà essere compilato e sottoscritto il modulo di adesione.

Articolo 54

Assistenza

L'Assistenza può essere erogata:

- in forma diretta, cioè con la possibilità per l'assistito di effettuare le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate, senza anticipare la spesa, o pagando soltanto eventuali quote o franchigie a suo carico come previsto dalle coperture concordate.
- in forma indiretta, cioè mediante rimborso successivo in base al tariffario o ad altri parametri previsti nelle coperture concordate, delle spese sanitarie ovunque sostenute dagli associati.
- attraverso l'erogazione di servizi presso il domicilio dell'assistito.

Articolo 55

Decorrenza copertura

La decorrenza iniziale delle coperture sanitarie integrative dei Dipendenti iscritti al Fondo e loro familiari conviventi aventi diritto, che si iscrivono contestualmente al dipendente, potrà essere immediata in caso di infortunio accertato dal Pronto Soccorso, avrà una carenza di 30 gg. in caso di malattia, e di 90 gg in caso di parto.

Potrà tuttavia anche essere immediata in base a quanto previsto da ciascuna Convenzione.

I Dipendenti potranno avere una diversa decorrenza per la copertura delle malattie preesistenti o la copertura immediata anche per le malattie preesistenti e pregresse in base a quanto previsto dalla Convenzione.

Articolo 56

Estensione territoriale

La copertura vale per il mondo intero.

Articolo 57

Sospensione dell'assistenza.

In ogni caso, il mancato versamento dei contributi dà di per sé il diritto alla SMS di sospendere le prestazioni per tutti i dipendenti nel caso in cui il mancato versamento riguardi la generalità dei dipendenti o per il singolo dipendente nel caso in cui il versamento riguardi il singolo dipendente.

La SMS in caso di comprovati abusi da parte dell'assistito, potrà sospendere immediatamente ogni assistenza, senza che ciò costituisca preclusione all'eventuale adozione di altri provvedimenti.

Il provvedimento di sospensione assunto dalla SMS, nel rispetto della privacy dell'assistito, sarà comunicato all'Azienda e al lavoratore il quale, entro 30 giorni, se lo vorrà, potrà fare ricorso al provvedimento adottato dalla SMS secondo le modalità previste dallo Statuto/ Regolamento della SMS.

Articolo 58

Decadenza del diritto alle prestazioni.

Il diritto all'erogazione della prestazioni in convenzione da parte della SMS si estingue per:

- Decesso del lavoratore
- Per cessazione del rapporto di lavoro intercorrente tra la Società ed il lavoratore alla fine dell'annualità contributiva o eventualmente con effetto immediato in base a quanto previsto da ciascuna Convenzione.
- Per esclusione disposta in presenza di omissioni contributive, irregolarità o abusi.

Articolo 59

Gestione Mutualistica

Le prestazioni previste nelle coperture ed i relativi contributi di assistenza sanitaria potranno subire annualmente delle variazioni a seconda dell'andamento tecnico della gestione della copertura, documentabile dal rapporto contributi / erogazioni, o in base alle volontà delle parti.

Le condizioni potranno inoltre essere rinegoziate in qualsiasi momento nel caso in cui, per effetto di nuove condizioni contrattuali per i dipendenti, o a causa di nuove disposizione di legge, si riterrà opportuna e necessaria un revisione.

Articolo 60

Durata

La durata delle Convenzioni e degli accordi sono convenute solitamente in tre anni, con possibilità al termine naturale, di rinnovo automatico per un ulteriore periodo triennale. Sono tuttavia previste anche durate inferiori biennali o annuali sempre con tacito rinnovo.

Sia le aziende che la SMS potranno recedere con comunicazione scritta a mezzo raccomandata da inviarsi all'altra parte almeno tre mesi prima di ogni scadenza contrattuale.

Articolo 61

Tutela dei dati personali

I dati personali saranno trattati in ossequio alla normativa di riferimento relativa alla protezione dei dati personali, secondo le finalità individuate dalla SMS. Per il trattamento di determinati dati potrà essere richiesto il consenso dell'interessato finalizzato alla erogazione della copertura sanitaria e/o assistenziale richiesta.

Articolo 62

Chiarimenti e reclami

In caso di richieste di chiarimenti o reclami sulla ammissibilità a sussidio della prestazioni, o relativi alla misura dei rimborsi e dei sussidi, da parte dei dipendenti delle Aziende iscritti al Fondo Sanitario Pluriaziendale sarà la SMS attraverso i suoi Organi a provvedere a fornire le risposte ai medesimi assistiti, sollevando le Aziende da qualunque responsabilità.

Articolo 63

Controversie

In caso di ulteriori controversie sulla ammissibilità a sussidio delle prestazioni, o relativi alla misura dei rimborsi e dei sussidi, si fa riferimento alla clausola arbitrale prevista dallo Statuto/ Regolamento della SMS.

Articolo 64

Richiamo allo Statuto sociale.

Oltre alle norme contemplate nel presente Regolamento, vigono naturalmente tutte le norme statutarie sociali della SMS.

Piani Collettivi Gestione Indiretta

Articolo 65

I piani collettivi erogati in modalità indiretta, ovvero mediante un terzo soggetto, per la parte relativa la fruizione dell'assistenza sono disciplinate dai singoli piani e relative guide ed allegati.

Piani Collettivi Gestione Diretta

Articolo 66

Modalità di fruizione dei rimborsi o di accesso alla forma diretta

La SMS provvederà ad effettuare i rimborsi delle pratiche di malattia secondo le consuete modalità vigenti previsto dallo Statuto e dal Regolamento, e mette a disposizione i propri uffici per fornire ogni utile informazione per segnalare le possibilità di accesso alle convenzioni sanitarie in forma diretta.

In caso di ricovero occorre effettuare l'apertura della malattia inoltrando domanda di assistenza entro 8 gg. dall'inizio della degenza mediante l'invio di certificato medico contenente la richiesta di ricovero. Per ricoveri che si protraggono oltre i 20 giorni è necessaria la proroga motivata dall' Istituto di Cura. Alla fine della ospedalità dovranno essere inviate alla RECIPROCA per l'ottenimento del rimborso, entro il termine di tre mesi: 1) documentazione di spesa , 2) fotocopia della cartella clinica.

Per le prestazioni specialistiche ambulatoriali le ricevute di spesa e i ticket dovranno essere trasmesse entro 45 gg dalla loro emissione unitamente alla copia della prescrizione medica completa di sospetto diagnostico (o copia referto da cui si evinca la tipologia di prestazioni effettuate). Al fine di ridurre le tempistiche di rimborso il ticket può essere accompagnato dalla prenotazione.

Per la forma diretta è necessario presentare alla SMS la prescrizione medica e scegliere la struttura convenzionata dove effettuare la prestazione.

La SMS provvederà a rilasciare la specifica autorizzazione impegnativa per effettuare le prestazioni senza anticipo dell'intera spesa.

Articolo 67

Evasione pratiche e tempi di liquidazione

La SMS potrà gestire direttamente o tramite terzi le pratiche relative alle richieste di rimborso e garantisce che i tempi di liquidazione nell'assistenza in forma indiretta (attraverso accredito diretto sui c/c dei dipendenti), sono di circa 45 giorni dal momento dell'acquisizione delle note di spesa completa di tutta la documentazione sanitaria occorrente.

Articolo 68

Rimandi

Relativamente a:

- Iscrizione del nucleo familiare
- Calcolo dell'importo dei contributi
- Procedimento per il recupero dei contributi associativi
- Obblighi del titolare del rapporto di associazione per il conseguimento delle prestazioni
- Eventi avvenuti all'estero
- Rimborsi in valuta estera
- Conformità della documentazione richiesta
- Accertamenti sanitari
- Documentazione di spesa
- Esclusione di responsabilità della Società per prestazioni erogate presso strutture e/o da professionisti convenzionati

Si rimanda rispettivamente agli artt.: 28-32-33-35-41-42-43-44-45-46 del presente Regolamento.

DISPOSIZIONI GENERALI

Articolo 69

Per una maggiore divulgazione degli scopi e dell'attività, la Società può avvalersi anche di collaboratori promotori appositamente incaricati dal Presidente del Consiglio di Amministrazione. Compiti dei collaboratori promotori sono la ricerca e il primo contatto con i potenziali soci.

Articolo 69 bis

Tutte gli articoli descrittivi delle procedure, modalità e termini di fruizione delle protezioni sono da intendersi di carattere generale, pertanto nelle singole protezioni potrebbero essere previste delle deroghe rispetto alla regola di carattere generale.

Articolo 70

Nel caso incorressero controversie nei rapporti fra la società, i soci ed i componenti gli organi sociali in dipendenza dello statuto, tali controversie derivanti dal presente Regolamento Generale o connesse allo stesso, saranno decise mediante il ricorso al procedimento di mediazione scegliendo congiuntamente un Organismo di Mediazione, iscritto al Registro degli Organismi di Mediazione accreditati.

Al procedimento si applicheranno il regolamento di mediazione e le tariffe adottati dall'ente prescelto.