

INDICE

REGOLAMENTO RECIPROCA S.M.S.

Approvato dall'assemblea del 20 Maggio 2021 in vigore dal 1° Gennaio 2022

INDICE	1
DEFINIZIONE DEI TERMINI USATI NEL REGOLAMENTO SOCIALE	1
ISCRIZIONE, AMMISSIONE E RAPPORTO ASSOCIATIVO	2
SOCI SOSTENITORI	2
SOCI ORDINARI	2
SEZIONE SOCI	4
FRUIZIONE DELLE ASSISTENZE	4
PIANI INDIVIDUALI	4
PIANI INDIVIDUALI GESTIONE INDIRETTA	4
PIANI INDIVIDUALI GESTIONE DIRETTA	5
NUCLEO FAMILIARE	5
CONTRIBUTI	5
PRESTAZIONI	5
MODALITÀ PER IL CONSEGUIMENTO DELLE PRESTAZIONI	5
PIANI COLLETTIVI "FONDO SANITARIO PLURIAZIENDALE"	7
PIANI COLLETTIVI GESTIONE INDIRETTA	8
PIANI COLLETTIVI GESTIONE DIRETTA	8
DISPOSIZIONI GENERALI	9

DEFINIZIONE DEI TERMINI USATI NEL REGOLAMENTO SOCIALE

- 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:** Le singole prestazioni comprese nel Piano Sanitario.
- ASSISTITO:** Il soggetto che beneficia dei contenuti del Piano Sanitario dedicato.
- CARENZA ASSISTENZIALE:** periodi in cui il Piano Sanitario risulta attivo, ma non è possibile accedere alle Prestazioni per determinati motivi previsti nel Regolamento.
- CONTRIBUTO ASSOCIATIVO:** Importo del Piano Sanitario prescelto.
- CONVENZIONE-PIANO:** è/sono il/i documento/i che regola/no i rapporti tra RECIPROCA SMS-ETS nell'ambito dei Piani Collettivi con i datori di lavoro e i lavoratori, comprensivo del PIANO SANITARIO a loro riservato.
- DIARIA:** È l'indennità dovuta da RECIPROCA S.M.S. al socio in caso di ricovero.
- DENUNCIA DI MALATTIA:** è il documento redatto dal medico curante, contenente le informazioni richieste dal presente Regolamento.
- 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 RECIPROCA S.M.S. e la cui elencazione è stabilita all'interno del Regolamento Generale, degli specifici Regolamenti dei Fondi ovvero nei Piani Sanitari.
- DOMANDA DI ISCRIZIONE:** Documento messo a disposizione da RECIPROCA S.M.S. per richiedere l'iscrizione in qualità di Socio della Mutua.
- ESTRATTO CONTO:** riepilogo in formato elettronico nel quale sono evidenziate le spese sanitarie effettivamente rimborsate oltre a quelle fruitive in forma diretta.
- FRANCHIGIA:** La somma determinata in misura fissa o variabile che rimane a carico del Socio.
- INDENNITÀ:** è il contributo erogato in relazione al danno sofferto.
- 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. Per **nucleo familiare** del Socio si intendono i seguenti componenti: 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 Mutua con la compilazione del modulo di autocertificazione fornito dalla Mutua o con il certificato dello stato di famiglia. La Mutua può richiedere un certificato di residenza dei soggetti inclusi nel nucleo familiare; i figli; i genitori o chiunque altro soggetto sia iscritto nello stato di famiglia, residente.
- PIANO SANITARIO:** Insieme delle **assistenze** prescelte.
- MALATTIE PREESISTENTI:** Patologie diagnosticate all'associato precedentemente alla data di adesione a RECIPROCA S.M.S.
- 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 RECIPROCA S.M.S. ritorna al socio a fronte della spesa sostenuta per una **prestazione** così come previsto dal proprio Piano Sanitario.
- STRUTTURA SANITARIA:** Ospedale, clinica, poliambulatorio, Istituto Universitario o casa di cura, sia in convenzione con il SSN che privata, singoli professionisti, 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.
- STRUTTURA SANITARIA CONVENZIONATA:** La Struttura Sanitaria con cui RECIPROCA S.M.S. ha definito un accordo, anche tramite soggetti terzi, riguardante le prestazioni erogate nei confronti degli ASSISTITI.

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 – CATEGORIE DI SOCI

I Soci di RECIPROCA Società di Mutuo Soccorso Ente del Terzo Settore, in sigla “Reciproca S.M.S. – E.T.S.” (d’ora innanzi indicata come “Mutua”) 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.

ARTICOLO 2 – MODALITÀ DI ACCESSO AL RAPPORTO ASSOCIATIVO

Possono richiedere l’ammissione in qualità di Soci della Mutua tutte le persone fisiche e i soggetti previsti dall’Articolo 4 dello Statuto.

Tutte le richieste sono valutate dal Consiglio di Amministrazione (d’ora innanzi anche C.d.A.) della Mutua.

L’iscrizione 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, ed in particolare all’assistenza integrativa sanitaria e socio sanitaria.

SOCI SOSTENITORI

ARTICOLO 3 – REQUISITI PER DIVENTARE SOCI SOSTENITORI

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 Mutua.

I conferimenti in denaro possono avvenire mediante tutti gli strumenti di pagamento messi a disposizione dalla Mutua e consentiti in base alla normativa vigente e comunque confacenti al riconoscimento dei conferimenti versati anche ai fini fiscali.

ARTICOLO 4 – QUOTE ASSOCIATIVE

Quote di iscrizione Soci Sostenitori:

CATEGORIA SOCIO	PERSONA FISICA	PERSONA GIURIDICA
SOCIO SOSTENITORE	euro 5,00 (cinque/00)	euro 1.000 (mille/00)

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

ARTICOLO 5 – COSTITUZIONE, MODIFICA E SCIoglIMENTO DEL RAPPORTO ASSOCIATIVO

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

I Soci Sostenitori non usufruendo delle prestazioni erogate dalla Mutua non hanno l’obbligo di versare il **contributo associativo** 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 Sanitario**, 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** né all’eventuale conferimento.

L’estinzione del rapporto tra la Mutua e il Socio determina la contestuale estinzione anche del rapporto tra la Mutua e gli eventuali aventi diritto.

SOCI ORDINARI

ARTICOLO 6 - REQUISITI PER DIVENTARE SOCI ORDINARI

Per divenire Socio Ordinario è necessario aver versato 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 Mutua, nonché i fondi sanitari integrativi in rappresentanza dei lavoratori iscritti.

ARTICOLO 7 – QUOTE ASSOCIATIVE

Quote di iscrizione Soci Ordinari:

CATEGORIA SOCIO	PERSONA FISICA	ALTRI SOGGETTI
SOCIO ORDINARIO	euro 5,00 (cinque/00)	euro 200,00 (duecento/00)

Deroghe alla **quota di iscrizione** Socio Ordinario Persone Fisiche:

Euro 40,00 (quaranta/00): Soci ordinari individuali gestione diretta

Euro 3,00 (tre/00): **Piano sanitario** NOI SALUTE

Euro 1,00 (uno/00): **Piano sanitario** dedicato alle cooperative sociali

Euro 1,00 (uno/00): **Piano sanitario** dedicato agli enti applicanti in CCNL UNEBA.

Euro 1,00 (uno/00): **Piano sanitario** dedicato ai collaboratori del settore CALL CENTER OUTBOUND.

ARTICOLO 8 – ESTENSIONE DEL PIANO ASSISTENZIALE

Al Socio Ordinario, se e con le modalità previste dal **Piano Sanitario** 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.

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

- 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.
- I figli
- 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 9 – DOMANDA DI ISCRIZIONE

La **domanda di iscrizione**, compilata sull'apposito modulo predisposto e completata di tutte le informazioni richieste, deve essere presentata alla sede legale della Mutua.

Qualora si richieda l'estensione del **Piano Sanitario** per il **nucleo familiare** è necessaria la compilazione delle informazioni relativi ai singoli componenti del nucleo, comprensive dei relativi carichi fiscali.

La **domanda di iscrizione**, comprensiva degli allegati, può anche essere inviata per posta ordinaria 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 del **contributo associativo** relativo al **Piano Sanitario** prescelto, nella misura stabilita dal C.d.A..

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

Con la domanda di iscrizione, 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 del **contributo associativo** e la relativa entità.

ARTICOLO 10 – AMMISSIONE DEL SOCIO

L'ammissione a Socio Ordinario è deliberata dal C.d.A., previa verifica del possesso dei requisiti di legge e, 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 del **contributo associativo** versati.

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

Quando il **massimale** economicamente più favorevole viene completamente utilizzato, i rimborsi continueranno ad essere effettuati in base a quanto previsto nel **Piano Sanitario** con **massimale** più basso. Il Socio deve attenersi scrupolosamente a tutte le norme e prescrizioni contenute nello Statuto 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 11 – VARIAZIONE DI PIANO

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.

ARTICOLO 12 – COMUNICAZIONI OBBLIGATORIE DEL SOCIO ALLA MUTUA

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 l'obbligo di informare la Mutua di eventuali altre forme di assistenza aventi ad oggetto la copertura delle spese sanitarie, nonché degli eventuali rimborsi ricevuti da quest'ultime erogate per la medesima **prestazione**.

È esclusiva responsabilità del Socio il rispetto della tempestività e della correttezza delle comunicazioni predette. Pertanto, nessuna responsabilità potrà essere imputata alla Mutua per eventuali conseguenze derivanti dall'inosservanza degli obblighi di cui al presente articolo da parte del Socio.

ARTICOLO 13 – ESTINZIONE DEL RAPPORTO ASSOCIATIVO

Ai sensi di Statuto, il rapporto tra la Mutua e il Socio si scioglie 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.

Il recesso del Socio può essere esercitato ai sensi dell'articolo 9 dello Statuto.

L'esclusione del Socio può avvenire nei casi disciplinati dallo Statuto e deve essere comunicata secondo le modalità e nei termini ivi contenuti. Con il ricevimento della comunicazione del relativo provvedimento il Socio escluso non potrà più usufruire delle prestazioni mutualistiche della Mutua.

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.

L'estinzione del rapporto associativo, per le cause indicate nel presente articolo, non determina l'insorgere del diritto alla restituzione della **quota di iscrizione**, né del contributo di gestione e associativo qualora si tratti di Socio Ordinario, nemmeno nei confronti degli eredi, salvo quanto previsto dai singoli Piani.

ARTICOLO 14 – OGGETTO DELLE PRESTAZIONI (PIANI SANITARI)

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 C.d.A. in stretta coerenza con lo scopo perseguito dalla Mutua medesima, di cui all'Articolo 3 dello Statuto.

Il C.d.A. approva specifici **Piani Sanitari** e **convenzioni-piano**, rivolti ai Soci ed aventi diritto, deliberandone la tipologia e le modalità di erogazione, in conformità alle leggi vigenti.

ARTICOLO 15 – ESCLUSIONI

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 riabilitazione.

ARTICOLO 16 – MODALITÀ DI VERSAMENTO DEGLI IMPORTI PREVISTI

Il versamento della **quota di iscrizione** e del **contributo associativo** devono essere effettuati mediante gli strumenti tracciabili messi a disposizione dalla Mutua.

Il **contributo associativo** deve essere versato 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 del **contributo associativo** 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 assistenziale** 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 e la conseguente esclusione del Socio ai sensi dell'Articolo 13 – Estinzione del Rapporto Associativo del presente Regolamento.

La Mutua non è tenuta ad avvisare i soci di eventuali ritardi nel pagamento del **contributo associativo**.

Il **contributo associativo** 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 17 – PIANI SANITARI IN GESTIONE DIRETTA E INDIRECTA

I Piani Sanitari sono erogati dalla Mutua in Gestione Diretta o in Gestione Indiretta.

ARTICOLO 18 – TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI

Nei **Piani Sanitari** sono indicate le prestazioni incluse.

Le modalità ed i limiti delle prestazioni, i rimborsi, nonché le procedure di accesso, sono deliberati dal C.d.A. e trovano definizione puntuale nei singoli **Piani Sanitari**.

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

ARTICOLO 19 – DIRITTO ALLE PRESTAZIONI RIMBORSUALI

Le prestazioni della Mutua erogate mediante **rimborso** sono eseguite solo previa verifica della **documentazione obbligatoria** trasmessa dall'**assistito**. I **rimborsi** sono esigibili esclusivamente a seguito dell'approvazione della richiesta da parte della Mutua. L'estinzione del rapporto associativo determina l'impossibilità di approvazione della richiesta di rimborso.

Sono fatte salve eventuali disposizioni in deroga presenti all'interno dei Regolamenti dei Fondi Sanitari Pluriaziendali, delle **convenzioni-piano** e dei **Piani Sanitari**.

I **rimborsi** per gli interventi chirurgici previsti dai **Piani Sanitari** saranno disciplinati, secondo la tipologia di intervento, sia nella percentuale che nell'ammontare del massimale all'interno dei **Piani Sanitari** stessi.

ARTICOLO 20 – PIANI SANITARI COLLETTIVI

Il C.d.A. ha piena autonomia di realizzare Piani Sanitari 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.

SEZIONE SOCI

ARTICOLO 21 – ORGANIZZAZIONE GEOGRAFICA

Ai sensi dell'art. 5 dello Statuto, al fine di facilitare la formazione della volontà dei Soci, gli stessi si possono organizzare in Sezioni in relazione alla comune residenza territoriale.

ARTICOLO 22 – FINALITÀ E ATTIVITÀ

Le finalità delle Sezioni Soci 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.

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 23 - MODALITÀ DI COSTITUZIONE E FUNZIONAMENTO

La costituzione delle sezioni Soci può essere promossa dal C.d.A. o da un gruppo omogeneo di Soci. Qualora un gruppo omogeneo di Soci intenda 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 24 – SEMPLIFICAZIONE

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

FRUIZIONE DELLE ASSISTENZE

ARTICOLO 25 – TIPOLOGIA DI PIANI

L'adesione ai Piani da parte del Socio è condizione per la fruizione delle **assistenze**. I Piani possono essere:

Individuale: piano sottoscritto privatamente da singola persona fisica;

Collettivo: piano sottoscritto in forza di una contrattazione collettiva confluyente nel Fondo Sanitario Pluriaziendale.

I Piani, sia individuale che collettivo, possono essere gestiti in due modalità:

Diretta: in modo diretto da parte della Mutua anche tramite soggetti terzi autorizzati;

Indiretta: tramite la sottoscrizione di specifici contratti con primarie compagnie assicurative o con enti che erogano direttamente la **prestazione**.

ARTICOLO 26 – MODALITÀ DI EROGAZIONE

Le modalità di erogazione delle prestazioni e delle **assistenze** sono regolate e definite all'interno del presente Regolamento e della guida del **piano sanitario** prescelto.

ARTICOLO 27 – 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. Ogni anno la Mutua predisporrà per ogni Socio un **estratto conto** in formato elettronico. Il Socio può richiederne copia ogni anno a decorrere dal primo del mese di aprile. La Mutua potrà in ogni caso provvedere all'invio della documentazione ai recapiti telematici indicati dal Socio.

PIANI INDIVIDUALI

PIANI INDIVIDUALI GESTIONE INDIRECTA

ARTICOLO 28 – RINVIO

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

PIANI INDIVIDUALI GESTIONE DIRETTA

ARTICOLO 29 – DURATA DEL PIANO E RINNOVO

L'adesione al **Piano Sanitario** è obbligatoria per due anni. L'adesione si intende rinnovata tacitamente di due anni in due anni, salvo disdetta a mezzo lettera raccomandata o PEC da inviarsi almeno quattro mesi prima della scadenza biennale. Sono fatte salve diverse disposizioni presenti sul singolo **Piano Sanitario**.

ARTICOLO 30 – NUOVE ADESIONI E LIMITI

Le nuove adesioni e l'ammissione alle **assistenze** della Mutua sono consentite fino al 70° (settantesimo) anno di età. 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 31 – DECORRENZA DEL TERMINE PER L'ASSISTENZA

L'erogazione dell'assistenza sanitaria decorre in via generale dal 1° (primo) giorno del 3° (terzo) mese successivo a quello di adesione, salvo quanto previsto dall'Articolo 41 – Decorrenza dell'assistenza e malattie preesistenti.

ARTICOLO 32 - 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 **carezza 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 33 – ISCRIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE

Qualora si intenda estendere la copertura ad un componente del **nucleo familiare** la richiesta 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 deroga all'obbligo di inserimento. 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 sé stesso perde la possibilità di iscrivere in futuro il **nucleo familiare**. In questo caso i componenti del nucleo possono iscriversi alla Mutua solo come titolari di una copertura.

ARTICOLO 34 - 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 35 - VERSAMENTI DEI CONTRIBUTI

Per l'iscrizione alla mutua sono richiesti:

- il versamento della **quota di iscrizione** per ogni persona iscritta;
- 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 36 – MODALITÀ PER IL VERSAMENTO DEI CONTRIBUTI

Il **contributo associativo** devono essere versati in un'unica soluzione, in via anticipata, e di norma entro i primi 31 giorni dell'anno, per ciascun anno solare.

È ammesso il pagamento rateizzato, nella misura di due rate con le seguenti scadenze:

1° rata: 31 gennaio;

2° rata: 30 giugno.

Il C.d.A. può autorizzare differenti tempi e modalità di pagamento, anche in base a singoli Piani Sanitari.

ARTICOLO 37 – 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 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 38 - PROCEDIMENTO PER IL RECUPERO DEL CONTRIBUTO ASSOCIATIVO

Per il recupero dei contributi degli iscritti morosi e per la inadempienza dell'impegno biennale di cui all'Articolo 29 – Durata del Piano e Rinnovo del presente Regolamento, la Mutua potrà adire all'azione giudiziaria ordinaria chiedendo anche il **rimborso** delle spese legali ed amministrative.

ARTICOLO 39 – 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 40 – 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 **documentazione obbligatoria** secondo le modalità e i termini indicati nel Regolamento.

MODALITÀ PER IL CONSEGUIMENTO DELLE PRESTAZIONI

ARTICOLO 41 – DECORRENZA DELL'ASSISTENZA E MALATTIE PREESISTENTI

L'erogazione dell'assistenza decorre 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 preesistenti** al momento dell'iscrizione, l'assistenza decorre dopo 12 (dodici) mesi dall'iscrizione; dopodiché per i successivi 24 (ventiquattro) mesi il **rimborso** sarà pari al 50% (cinquanta per cento) 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 42 - RICOVERI

L'assistenza in caso di ricovero è riconosciuta 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'Articolo 15 – Esclusioni 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 43 - 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, che 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 44 – 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 (quarantacinque) giorni dalla loro emissione, unitamente alla copia della prescrizione medica contenente la patologia presunta o accertata, salvo quanto previsto da ogni singolo piano.

ARTICOLO 45 – CAUSA DI DECADENZA DEL DIRITTO AI RIMBORSI/PRESTAZIONI

La mancata **denuncia di malattia** e il mancato invio della **documentazione obbligatoria** entro i termini previsti dagli articoli Articolo 43 - Procedimento per la richiesta di prestazioni (ricovero). e Articolo 44 – Procedimento per la richiesta di prestazioni (fuori dall'area ricovero). del Regolamento, costituisce causa di decadenza dal diritto del conseguimento dei rimborsi e delle prestazioni.

ARTICOLO 46 – EVENTI AVVENUTI ALL'ESTERO

La richiesta di **rimborso** 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 **rimborso** per i ricoveri in strutture sanitarie 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 47 – 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 48 – CONFORMITÀ DELLA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

Il Socio all'atto della richiesta di **rimborso** o del servizio deve allegare alla domanda tutti i documenti elencati nella domanda di **rimborso** stessa per ogni singolo **rimborso** 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 copia ed essere fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge. La documentazione in copia deve essere ben leggibile e la Mutua si riserva la possibilità di richiedere l'originale.

Non sono ammessi documenti che presentino correzioni e/o cancellature. In caso di presentazione di documenti corretti, cancellati o comunque artefatti, il Socio decade dal diritto al **rimborso** al quale tali documenti si riferiscono.

ARTICOLO 49 – 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 50 – 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.

ARTICOLO 51 - ESCLUSIONE DI RESPONSABILITÀ DELLA MUTUA PER PRESTAZIONI EROGATE PRESSO STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE

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

PIANI COLLETTIVI

“FONDO SANITARIO PLURIAZIENDALE”

ARTICOLO 52 – FONDI SANITARI E REGOLAMENTI SPECIFICI

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 gestiti anche in modalità indiretta, 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-piano** 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 singola **convenzione-piano**, ispirandosi allo Statuto / Regolamento della Società di Mutuo Soccorso.

ARTICOLO 53 - ISCRIZIONE AL FONDO E CONTESTUALE ISCRIZIONE ALLA SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO

I **lavoratori** dei **datori di lavoro** che aderiscono al Fondo Sanitario Pluriaziendale istituito dalla Mutua, per avvalersi della copertura sanitaria concordata devono iscriversi nel rispetto delle modalità previste dalla **convenzione-piano**.

L'iscrizione avrà effetto ai fini della fruizione delle prestazioni, nei limiti e alle condizioni stabilite dallo specifico **convenzione-piano**.

ARTICOLO 54 - DIRITTI E DOVERI DEGLI ISCRITTI AL FONDO

In quanto Soci della Mutua, i **lavoratori** iscritti al Fondo hanno gli stessi diritti e sono tenuti al rispetto delle norme dello Statuto e del Regolamento, salve le specifiche disposizioni previste nello specifico Regolamento del Fondo e nella **convenzione-piano**. Essi hanno il diritto di partecipare alle assemblee e alle votazioni per l'elezione delle cariche sociali, nonché a quelle previste dalla **convenzione-piano**.

A fronte del versamento dei **contributi associativi**, beneficeranno delle prestazioni di assistenza sanitaria integrativa previste dalla **convenzione-piano**.

ARTICOLO 55 – CONTRIBUZIONE

I **datori di lavoro** che hanno sottoscritto la **convenzione-piano** per la copertura sanitaria dei propri dipendenti ai sensi dell'art. 51 co. 2 lett a) TUIR DPR 917/86 verseranno alla Mutua entro la fine del mese di gennaio di ciascun anno (o entro diverso periodo eventualmente concordato nella **convenzione-piano**) 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-piano**). I **datori di lavoro** 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. In alternativa, il dipendente stesso può versare alla Mutua la quota di sua competenza o quella delle eventuali integrazioni di copertura o per l'estensione facoltativa ai familiari.

Ai datori di lavoro che ne facciano richiesta può essere concesso il pagamento rateizzato della cifra da anticipare sulla base del calcolo effettuato ad inizio anno in base agli iscritti di gennaio, salvo quanto previsto da ogni singola **convenzione-piano**.

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-piano**).

ARTICOLO 56 – COPERTURA SANITARIA

La copertura sanitaria può essere valida per il solo dipendente o se previsto dalle **convenzione-piano** con i **datori di lavoro**, per il **nucleo familiare** secondo le modalità previste da ciascuna **convenzione-piano**.

ARTICOLO 57 – ESTENSIONE FACOLTATIVA DELLA COPERTURA AI FAMILIARI CONVIVENTI.

Nel caso la copertura concordata dalla **convenzione-piano** sia rivolta al solo dipendente, la Mutua potrà garantire la copertura anche ai familiari conviventi che il dipendente potrà iscrivere, prevedendo analoghe facilitazioni riguardanti il **contributo associativo**.

In tal caso il lavoratore potrà richiedere l'estensione ai componenti del **nucleo familiare** convivente, utilizzando le modalità previste nella **convenzione-piano**, impegnandosi a versare direttamente, o per tramite del **datore di Lavoro**, gli importi contributivi concordati entro il termine previsto dalla **convenzione-piano**. L'estensione della copertura ai familiari dovrà comprendere l'intero **nucleo familiare** (salvo diversa previsione) e dovrà restare confermata e valida per la durata prevista dalla **convenzione-piano**, nonché per i successivi rinnovi (fin tanto che fanno parte del nucleo).

ARTICOLO 58 – NUOVI ASSUNTI E CESSATI.

I **datori di Lavoro** si impegnano a versare il **contributo associativo** per i nuovi assunti aventi diritto in base alla **convenzione-piano**, 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 del **contributo associativo**, potranno usufruire della copertura alle medesime condizioni degli altri dipendenti, in misura eventualmente proporzionata ai contributi versati.

I lavoratori 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-piano**.

In caso di sostituzione (turn over) dei lavoratori, qualora il lavoratore cessato non abbia richiesto prestazioni sanitarie, i datori di lavoro potranno decidere di impiegare il contributo versato per il lavoratore cessato a favore del nuovo assunto. Diversamente dovranno versare il rateo di contributo relativo al nuovo lavoratore subentrato a quello cessato. I **datori di lavoro** dovranno comunicare alla Mutua il nome del lavoratore cessato e di quello dei nuovi assunti per i quali dovrà essere attiva la copertura con le modalità e i termini previsti nella **convenzione-piano**.

ARTICOLO 59 – 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**.
- o in altre forme come previsto da ogni singola **convenzione-piano**

ARTICOLO 60 - DECORRENZA COPERTURA

La decorrenza è immediata salvo quanto previsto dalla **convenzione-piano**.

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-piano**.

ARTICOLO 61 – SOSPENSIONE DELL'ASSISTENZA

In caso di omesso versamento da parte del datore di lavoro la Mutua potrà sospendere le prestazioni per tutti i lavoratori ovvero per il singolo qualora sia l'unico coinvolto nell'omissione contributiva.

In caso di comprovati abusi da parte dell'**assistito**, la Mutua sospenderà immediatamente ogni assistenza, senza che ciò costituisca preclusione all'eventuale adozione di altri provvedimenti

ed eventuali azioni a tutela degli interessi della Mutua.

Il provvedimento di sospensione assunto dalla Mutua sarà comunicato al Datore di Lavoro e al Lavoratore. Quest'ultimo potrà fare ricorso nel termine di 30 (trenta) giorni dalla ricezione del provvedimento adottato dalla Mutua, secondo le modalità previste nello Statuto e nel Regolamento della Mutua.

ARTICOLO 62 - DECADENZA DEL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI

Oltre a quanto previsto dall'Articolo 13 – Estinzione del Rapporto Associativo del presente Regolamento.

Il diritto all'erogazione della **prestazione** in **convenzione-piano** da parte della Mutua si estingue per:

Per esclusione disposta in presenza di omissioni contributive, irregolarità o abusi;

Per cessazione del rapporto di lavoro intercorrente tra il Datore di lavoro ed il lavoratore alla fine dell'annualità contributiva o eventualmente con effetto immediato in base a quanto previsto da ciascuna Convenzione;

Mancata presentazione della **documentazione obbligatoria** richiesta nella **convenzione-piano**;

Rifiuto di sottoporsi all'accertamento sanitario nelle modalità previste dall'Articolo 49 – Accertamenti sanitari;

Decesso del lavoratore.

ARTICOLO 63 – 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 disposizioni di legge, si riterrà opportuna e necessaria una revisione.

ARTICOLO 64 – DURATA

La durata delle **convenzioni-piano** sono convenute in tre anni, con possibilità al termine naturale, di rinnovo automatico per un ulteriore periodo triennale. Sono tuttavia previste anche accordi con durata inferiore.

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

ARTICOLO 65 – CHIARIMENTI E RECLAMI

In caso di richieste di chiarimenti o reclami sulla ammissibilità a **rimborso** della **prestazione**, o relativi alla misura dei rimborsi e dei sussidi, da parte dei **lavoratori** dei **datori di lavoro** iscritti al Fondo Sanitario Pluriaziendale sarà la Mutua attraverso i suoi Organi a provvedere a fornire le risposte ai medesimi assistiti.

PIANI COLLETTIVI GESTIONE INDIRETTA

ARTICOLO 66 - RINVIO

I piani collettivi gestiti 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 67 – MODALITÀ DI FRUIZIONE DEI RIMBORSI O DI ACCESSO ALLA FORMA DIRETTA

La Mutua provvederà ad effettuare i rimborsi delle **denunce di malattia** secondo le consuete modalità vigenti previste dallo Statuto e dal Regolamento, e mette a disposizione i propri uffici per fornire ogni utile informazione per segnalare le possibilità di accesso ai piani sanitari gestite in modalità diretta.

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

In caso di diaria: inoltrare, entro 45 giorni dalla data di dimissioni, il foglio di dimissioni e se nella Convenzione sono previsti solo alcuni interventi inoltrare anche la prescrizione contenente la tipologia di intervento. La mutua prima di riconoscere la **diaria** ha il diritto di chiedere la copia della cartella clinica che se non dovesse essere fornita precluderà la possibilità di ottenere la **diaria**.

Per le prestazioni specialistiche ambulatoriali le ricevute di spesa e i ticket dovranno essere trasmesse entro 45 (quarantacinque) giorni dalla loro emissione unitamente alla copia della prescrizione medica completa di sospetto diagnostico o copia di un referto precedente la **prestazione** da cui si evinca la tipologia di **prestazione** da effettuare ed il sospetto per cui la si richiede.

Al fine di ridurre le tempistiche di **rimborso** il ticket con la prescrizione contenente la patologia presunta o accertata può essere accompagnato dalla prenotazione.

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

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

ARTICOLO 68 - EVASIONE PRATICHE E TEMPI DI LIQUIDAZIONE

La Mutua potrà gestire direttamente o tramite terzi le pratiche relative alle richieste di **rimborso**.

La Mutua si impegna affinché i tempi di liquidazione nell'assistenza in forma indiretta (attraverso accredito diretto sui conti correnti) siano di circa 45 (quarantacinque) giorni dal momento dell'acquisizione delle note di spesa completa di tutta la documentazione sanitaria occorrente.

ARTICOLO 69 – 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, salvo quanto previsto da ogni **convenzione-piano**, solo nel caso di visite ginecologiche, cardiologiche, senologiche, proctologiche e urologiche se durante lo svolgimento della visita specialistica vengono 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 sanitarie convenzionate** le prestazioni dovranno essere contestualmente richieste ed autorizzate dalla Mutua. Esclusivamente in questi casi la prescrizione medica può essere priva dell'indicazione della patologia presunta o accertata.

ARTICOLO 70 – RIMANDI

Per quanto non previsto nella presente Sezione, si rimanda agli articoli:

Articolo 33 – Iscrizione del nucleo familiare

Articolo 37 – Calcolo dell'importo dei contributi

Articolo 38 - Procedimento per il recupero del contributo associativo

Articolo 40 – Obblighi del titolare del rapporto di associazione per il conseguimento delle prestazioni

Articolo 46 – Eventi avvenuti all'estero

Articolo 47 – Rimborsi in valuta estera

Articolo 48 – Conformità della documentazione richiesta

Articolo 49 – Accertamenti sanitari

Articolo 51 - Esclusione di responsabilità della Mutua per prestazioni erogate presso strutture Sanitarie convenzionate.

DISPOSIZIONI GENERALI

ARTICOLO 71 – 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 Mutua. Per il trattamento di determinate categorie di dati potrà essere richiesto il consenso dell'interessato finalizzato alla erogazione della copertura sanitaria e/o assistenziale richiesta.

ARTICOLO 72 – RISOLUZIONE DEI CONFLITTI TRA STATUTO E REGOLAMENTO

Per tutto quanto non previsto nel presente Regolamento deve farsi espresso riferimento allo Statuto della Mutua.

Eventuali contrasti con quanto previsto nello Statuto della Mutua e nel presente Regolamento deve essere risolto in favore del primo, salvo che quest'ultimo non lo deroghi in modo espresso e comunque nei limiti di quanto previsto dallo Statuto.

ARTICOLO 73 – COLLABORATORI PROMOTORI

Per una maggiore divulgazione degli scopi e dell'attività, la Mutua può avvalersi anche di collaboratori promotori appositamente incaricati dal Presidente del C.d.A.

Compiti dei collaboratori promotori sono la ricerca e il primo contatto con i potenziali Soci.

ARTICOLO 74 – GENERALITÀ DELLE DISPOSIZIONI DEL REGOLAMENTO

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 75 – ESTENSIONE TERRITORIALE

Le coperture previste dai Piani Sanitari valgono per il mondo intero.

ARTICOLO 76 – CONTROVERSIE

Si rimanda a quanto previsto dall'art. 28 dello Statuto della Mutua.