



REGOLAMENTO

REGOLAMENTO	1
Articolo 1 - OGGETTO DEL REGOLAMENTO.....	4
SEZIONE I - ADESIONE AI SUSSIDI SANITARI	5
Articolo 2 - SOCI FRUITORI (Requisiti e Documentazione)	6
Articolo 3 - SOCI FRUITORI (Tempi e modalità).....	6
Articolo 4 - SOCI PROMOTORI (Requisiti e Documentazione)	7
Articolo 5 - SOCI PROMOTORI (Tempi e modalità).....	8
Articolo 6 - SOCI PARTECIPANTI (Requisiti e Documentazione)	8
Articolo 7 - SOCI PARTECIPANTI (Tempi e modalità)	9
Articolo 8 - SOCI BENEFICIARI (Requisiti e Documentazione).....	9
Articolo 9 - SOCI BENEFICIARI (Tempi e modalità).....	9
Articolo 10 - FAMILIARI (Requisiti e Documentazione).....	10
SEZIONE II - CESSAZIONE DELLA COPERTURA DEL SUSSIDIO SANITARIO	12
Articolo 11 - RECESSO DEL SOCIO.....	13
Articolo 12 - DECESSO E DECADENZA DEL SOCIO	13
Articolo 13 - CESSAZIONE DEL FAMILIARE	14
Articolo 14 - DECADENZA DEL FAMILIARE	14
SEZIONE III - DISCIPLINA DEL RAPPORTO	15
Articolo 15 - RAPPORTO GIURIDICO E AMMINISTRATIVO	16
Articolo 16 - ADESIONE AI SUSSIDI SANITARI (prestazioni rimborsate)	16
Articolo 17 - DECORRENZA DEL DIRITTO AL RIMBORSO DELLE PRESTAZIONI	16
Articolo 18 - VARIAZIONE DEL SUSSIDIO SANITARIO.....	17
Articolo 19 - CONTRIBUZIONE - SOCI BENEFICIARI	17
Articolo 20 - CONTRIBUZIONE - SOCI FRUITORI, SOCI PROMOTORI E FAMILIARI	18
Articolo 21 - MOROSITA' DEL SOCIO	19
Articolo 22 - SOSPENSIONE.....	19
SEZIONE IV - SUSSIDI SANITARI	20
Articolo 23 – SUSSIDIO SANITARIO “PLUS” – CONTRIBUZIONE.....	21
Articolo 24 – SUSSIDIO SANITARIO “PLUS” – PRESTAZIONI RIMBORSATE	22
ACCERTAMENTI CLINICI.....	22
ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI.....	22
CURE TERMALI.....	23
CURE ODONTOIATRICHE	23
CURE ONCOLOGICHE E ALTRE TERAPIE.....	24
LENTI CORRETTIVE DELLA VISTA	24
PACCHETTO MATERNITA'	24
PROTESI E PRESIDII SANITARI	25

TERAPIE FISICHE E RIABILITATIVE.....	25
VISITE SPECIALISTICHE.....	26
RICOVERI – norme generali.....	26
RICOVERI – Autorizzazione.....	26
RICOVERI – Rimborso (importi).....	27
RICOVERI – Rimborso (prestazioni).....	28
RICOVERI – Documentazione.....	28
RICOVERI – Rimborso forfettario.....	28
Articolo 25 – SUSSIDIO SANITARIO “STANDARD” – CONTRIBUZIONE.....	30
Articolo 26 – SUSSIDIO SANITARIO “STANDARD” – PRESTAZIONI RIMBORSATE.....	31
ACCERTAMENTI CLINICI.....	31
ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI.....	31
CURE ODONTOIATRICHE.....	32
CURE ONCOLOGICHE E ALTRE TERAPIE.....	32
LENTI CORRETTIVE DELLA VISTA.....	32
PACCHETTO MATERNITA’.....	33
TERAPIE RIABILITATIVE.....	33
VISITE SPECIALISTICHE.....	33
RICOVERI – (rimborso forfettario).....	34
Articolo 27 – SUSSIDIO SANITARIO “BASE” – CONTRIBUZIONE.....	35
Articolo 28 – SUSSIDIO SANITARIO “BASE” – PRESTAZIONI RIMBORSATE.....	36
ACCERTAMENTI CLINICI.....	36
ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI.....	36
CURE ODONTOIATRICHE.....	37
CURE ONCOLOGICHE E ALTRE TERAPIE.....	37
LENTI CORRETTIVE DELLA VISTA.....	37
PACCHETTO MATERNITA’.....	37
VISITE SPECIALISTICHE.....	38
RICOVERI – (rimborso forfettario).....	38
Articolo 29 – SUSSIDI SANITARI - ESCLUSIONI.....	39
Articolo 30 – SERVIZIO DI ASSISTENZA IN EMERGENZA.....	40
CONSULTO MEDICO TELEFONICO.....	40
INVIO DI UN MEDICO O DI UNA AMBULANZA.....	41
TRASFERIMENTO SANITARIO PROGRAMMATO.....	41
ASSISTENZA INFERMIERISTICA.....	41
Articolo 32 - ACCESSO ALLA RETE DI STRUTTURE CONVENZIONATE.....	42
SEZIONE V - TEMPI E MODI PER LA PRESENTAZIONE DELLE RICHIESTE DI RIMBORSO.....	43
Articolo 31 - MODALITA’ DI RIMBORSO.....	44
Articolo 32 - MODALITA’ DI PRESENTAZIONE.....	44
Articolo 33 - TEMPI DI PRESENTAZIONE.....	44
Articolo 34 - CONTROLLI SANITARI E RESPONSABILITA’.....	45
Articolo 35 - ESTENSIONE TERRITORIALE.....	45

Articolo 1 - OGGETTO DEL REGOLAMENTO

Il presente Regolamento, in linea con le disposizioni statutarie, disciplina gli aspetti normativi ed economici del rapporto mutualistico derivante dall'adesione ad uno dei diversi sussidi sanitari messi a disposizione dalla Società di Mutuo Soccorso Controllo & Benessere (di seguito Mutua).

Il presente regolamento è articolato in quattro sezioni, la prima relativa all'iscrizione dei singoli soci e loro familiari, la seconda relativa all'ammontare e alle modalità di versamento del contributo per il sussidio sanitario, la terza relativa alla disciplina dei sussidi sanitari e la quarta relativa alle norme che regolano l'accesso ai rimborsi previsti dai diversi sussidi sanitari

Nel presente Regolamento con il termine:

Prestazioni: si intende il rimborso delle spese sanitarie sostenute e documentate dall'assistito;

Assistito: si intende genericamente colui che ha usufruito di una prestazione sanitaria presentata alla Mutua per accedere al rimborso previsto dal sussidio sanitario senza distinzione tra socio e familiare.

SEZIONE I - ADESIONE AI SUSSIDI SANITARI

Articolo 2 - SOCI FRUITORI (Requisiti e Documentazione)

A norma dell'art. 13 dello Statuto hanno titolo ad iscriversi in qualità di Soci Fruitori tutte le persone fisiche che provvedano alla sottoscrizione di un sussidio sanitario per se ed eventualmente per i propri familiari.

Per aderire come Socio Fruitore è necessario presentare formale domanda di iscrizione mediante la compilazione e sottoscrizione del MODULO DI ADESIONE SOCIO FRUITORE, messo a disposizione dalla Mutua attraverso i propri uffici ed incaricati territoriali ovvero sul proprio sito web istituzionale.

Il modulo di adesione contiene:

1. le generalità anagrafiche del richiedente, nome, cognome, luogo e data di nascita, codice fiscale, residenza anagrafica, indirizzo email e pec se presente
2. la scelta del sussidio sanitario del richiedente
3. l'impegno a versare il contributo indicato per il sussidio sanitario per almeno 36 mesi
4. coordinate iban sulle quali ricevere il rimborso per le prestazioni sanitarie
5. la dichiarazione di accettazione incondizionata e senza riserve delle norme statutarie e regolamentari nonché delle disposizioni degli organi sociali della mutua
6. il consenso al trattamento dei dati personali
7. la tabella di calcolo per la sottoscrizione dei sussidi sanitari

La domanda di iscrizione è accompagnata da:

1. copia fronte-retro di un documento di identità
2. copia fronte-retro della tessera sanitaria

In caso di iscrizione dei familiari:

1. certificato di stato di famiglia
2. copia fronte-retro di un documento di identità per ciascun familiare
3. copia fronte-retro della tessera sanitaria per ciascun familiare

Articolo 3 - SOCI FRUITORI (Tempi e modalità)

Il modulo d'iscrizione, corredato di tutti gli allegati di cui al precedente articolo 2, deve essere presentato alla Mutua mediante caricamento web o per il tramite del Socio Promotore.

La Mutua verifica la completezza e la veridicità delle informazioni pervenute tramite caricamento web e apre la posizione anagrafica del richiedente.

Il Socio Promotore verifica la completezza e la veridicità delle informazioni acquisite e ne inoltra, alla Mutua, una copia digitale per l'apertura della posizione anagrafica del richiedente.

Il Socio Promotore trasferisce alla Mutua solo la documentazione che si intende completa a norma del precedente articolo 2.

La Mutua fornisce al Socio Promotore le indicazioni necessarie per l'inoltro della documentazione.

L'iscrizione si perfeziona con l'assunzione del relativo provvedimento da parte del Consiglio di Amministrazione, che sarà adottato solo quando sarà stata acquisita tutta la documentazione di cui al precedente articolo 2.

L'iscrizione decorre dal primo giorno del mese successivo alla presentazione della domanda ed è subordinata al pagamento della quota dovuta.

L'iscrizione ha una durata iniziale minima di 36 mesi dalla decorrenza del vincolo associativo. Successivamente si rinnova tacitamente di 12 mesi in 12 mesi.

Articolo 4 - SOCI PROMOTORI (Requisiti e Documentazione)

A norma dell'art. 9 dello Statuto possono presentare domanda di adesione in qualità di soci promotori mutualistici le persone fisiche e le persone giuridiche che intendono promuovere e divulgare al meglio le finalità tipiche della mutualità. Essi si impegnano, così come previsto nello Statuto, alla sottoscrizione di un sussidio sanitario a scelta.

La sottoscrizione del sussidio sanitario in qualità di Socio Promotore può avvenire da parte di una persona fisica o giuridica. In questo ultimo caso il percettore del sussidio sanitario è il rappresentante legale della stessa ovvero una persona da questi formalmente indicato.

Il Socio che intende aderire in qualità di promotore mutualistico deve presentare formale domanda di iscrizione mediante la compilazione e sottoscrizione del modulo denominato ISTANZA DI NOMINA A SOCIO PROMOTORE MUTUALISTICO e dell'ALLEGATO A - MODULO DI ADESIONE SOCIO PROMOTORE MUTUALISTICO messo a disposizione dalla Mutua disponibile sia nella versione persona fisica che persona giuridica.

Il modulo di adesione contiene:

1. le generalità anagrafiche del richiedente, nome, cognome, luogo e data di nascita, codice fiscale, residenza anagrafica, indirizzo email, pec se presente, la ragione sociale e i dati del rappresentante legale nel caso di persona giuridica
2. la scelta del sussidio sanitario del richiedente
3. l'impegno a versare il contributo indicato per il sussidio sanitario per almeno 36 mesi
4. coordinate iban sulle quali ricevere il rimborso per le prestazioni sanitarie
5. la dichiarazione di accettazione incondizionata e senza riserve delle norme statutarie e regolamentari nonché delle disposizioni degli organi sociali della mutua
6. il consenso al trattamento dei dati personali
7. per le persone giuridiche deve essere esplicitamente sottoscritto l'impegno a comunicare entro e non oltre 30 giorni l'eventuale cambio del legale rappresentante
8. la tabella di calcolo per la sottoscrizione dei sussidi sanitari

La domanda di iscrizione è accompagnata da:

1. copia fronte-retro di un documento di identità
2. copia fronte-retro della tessera sanitaria

In caso di iscrizione dei familiari:

1. certificato di stato di famiglia
2. copia fronte-retro di un documento di identità per ciascun familiare
3. copia fronte-retro della tessera sanitaria per ciascun familiare

Articolo 5 - SOCI PROMOTORI (Tempi e modalità)

Il modulo d'iscrizione, corredato di tutti gli allegati di cui al precedente articolo 4, deve essere sottoscritto e inviato alla Mutua mediante caricamento del formato digitale su apposita area del sito istituzionale della stessa.

La Mutua verifica la completezza e la veridicità delle informazioni rese e acquisisce tutta la documentazione di cui al precedente articolo 4.

Il Presidente del Consiglio di Amministrazione accetta la candidatura e provvede alla nomina del socio in qualità di promotore mutualistico.

A seguito dell'atto di nomina, di cui al comma precedente, la Mutua apre la posizione anagrafica del Socio Promotore e comunica via e-mail al richiedente che la sua domanda è stata accolta e che l'iscrizione risulta perfezionata.

Se il Presidente del Consiglio di Amministrazione rifiuta l'adesione come promotore mutualistico, decade automaticamente l'adesione al sussidio sanitario.

L'iscrizione decorre dal primo giorno del mese successivo alla presentazione della domanda ed è subordinata al pagamento della quota dovuta.

L'iscrizione ha una durata iniziale minima di 36 mesi dalla decorrenza del vincolo associativo. Successivamente si rinnova tacitamente di 12 mesi in 12 mesi.

Articolo 6 - SOCI PARTECIPANTI (Requisiti e Documentazione)

A norma dell'art. 11 dello Statuto possono presentare domanda di adesione in qualità di soci partecipanti le persone giuridiche e gli enti che intendono aderire alla Mutua a beneficio dei propri dipendenti o associati.

L'adesione in qualità di Socio Partecipante prevede la sottoscrizione di un accordo tra la Mutua e la persona giuridica o ente che intende aderire.

L'ACCORDO DI ADESIONE DEL SOCIO PARTECIPANTE deve contenere:

1. le generalità anagrafiche del richiedente, ragione sociale, codice fiscale o partita IVA, sede legale, casella di posta elettronica certificata, se presente, o di una casella di posta elettronica ordinaria e, ove previsto, numero di iscrizione al REA
2. la dichiarazione di accettare incondizionatamente e senza riserve le norme statutarie e regolamentari nonché le disposizioni degli Organi sociali della Mutua
3. la scelta del sussidio sanitario a cui il richiedente intende far aderire i propri dipendenti/associati, ovvero categorie di essi
4. l'impegno a versare il contributo indicato per il sussidio sanitario per il periodo previsto
5. l'indicazione che il Socio Partecipante intende estendere a tutti i suoi dipendenti/associati, ovvero categorie di essi, la procedura di iscrizione alla Mutua e di sottoscrizione del sussidio sanitario
6. i requisiti e modalità di accesso all'iscrizione dei familiari dei dipendenti/associati
7. i riferimenti al contratto collettivo nazionale di lavoro, contratto integrativo aziendale, accordo aziendale o regolamento a norma del quale il Socio Partecipante estende a tutti i suoi dipendenti/associati l'iscrizione alla Mutua

8. la sottoscrizione esplicita di responsabilità per aver assolto alla fonte adeguata sottoscrizione da parte di tutti gli interessati, dipendenti/associati, della liberatoria per il trattamento dei dati personali, compresi quelli sensibili
9. la durata e il rinnovo dell'accordo

La domanda di iscrizione deve essere corredata delle generalità anagrafiche di ciascun dipendente/associato cui si estende l'iscrizione alla Mutua (nome, cognome, luogo e data di nascita, codice fiscale, residenza anagrafica, coordinate IBAN sulle quali ricevere il rimborso per le prestazioni sanitarie).

Le generalità anagrafiche di cui al comma precedente sono trasmesse dal Socio Partecipante nei tempi e nei modi indicati dalla Mutua.

Il Socio Partecipante acquisisce e conserva i moduli di iscrizione sottoscritti dai Soci Beneficiari suoi dipendenti o associati.

Articolo 7 - SOCI PARTECIPANTI (Tempi e modalità)

L'accordo di adesione, corredato di tutti gli allegati, di cui al precedente articolo 6³ deve essere sottoscritto in duplice originale presso la sede legale dalla Mutua o in altro luogo da essa indicato.

L'iscrizione del Socio Partecipante e di tutti i Soci Beneficiari ha decorrenza e durata coincidente con quella indicata nell'accordo di cui al precedente art. 6.

Articolo 8 - SOCI BENEFICIARI (Requisiti e Documentazione)

A norma dell'art. 12 dello Statuto sono Soci Beneficiari le persone fisiche dipendenti o associate del Socio Partecipante.

L'iscrizione del Socio Beneficiario si attiva automaticamente con l'iscrizione del Socio Partecipante.

Il nominativo del dipendente o dell'associato, il cui legame con il Socio Partecipante si istituisce successivamente all'iscrizione di quest'ultimo alla Mutua, è comunicato dal Socio Partecipante nella prima denuncia di contribuzione utile successiva alla data di assunzione o adesione.

Articolo 9 - SOCI BENEFICIARI (Tempi e modalità)

La sottoscrizione dell'accordo produce automaticamente l'accettazione, in qualità di Soci Beneficiari, dei dipendenti/associati del Socio Partecipante e di tutte le persone fisiche che successivamente acquisiranno la qualità di dipendenti/associati del medesimo.

Il vincolo associativo decorre dal primo giorno del mese successivo alla sottoscrizione dell'accordo di cui al precedente art. 6.

L'iscrizione del Socio Partecipante e di tutti i Soci Beneficiari ha durata coincidente con quella indicata nell'accordo di cui al precedente art. 6.

Il Socio Partecipante assume la responsabilità di trasmettere, tutte le generalità anagrafiche del nuovo assunto o associato secondo le modalità indicate dalla Mutua. I dati anagrafici oggetto di trasmissione sono i medesimi indicati al precedente art. 6.

Il Socio Beneficiario ha l'obbligo di comunicare entro 60 giorni la variazione dei dati di residenza anagrafica o delle coordinate IBAN su cui disporre i bonifici per il rimborso delle prestazioni sanitarie.

La Mutua non risponde di eventuali inefficienze addebitabili a mancata comunicazione da parte del Socio Beneficiario delle informazioni di cui al comma precedente.

Articolo 10 - FAMILIARI (Requisiti e Documentazione)

Su richiesta del Socio, unico legittimato ad esercitare tale facoltà, possono essere iscritti a uno dei sussidi sanitari di cui alla sezione IV del presente regolamento, il coniuge o convivente *more-uxorio* e i figli o equiparati a norma di legge, fino al compimento del ventiseiesimo anno d'età. Tali familiari possono essere iscritti esclusivamente al medesimo sussidio sanitario del Socio.

Il familiare iscritto non acquisisce il titolo di Socio.

Il Socio, per l'iscrizione del familiare è tenuto a presentare alla Mutua, nei tempi e nei modi da questa indicati:

1. il modulo di adesione familiari, con indicazione delle generalità anagrafiche di ogni familiare per il quale si chiede l'iscrizione (nome, cognome, luogo e data di nascita, codice fiscale e residenza anagrafica)
2. il certificato stato di famiglia
3. il consenso al trattamento dei dati personali sottoscritto da ciascun familiare maggiorenne. Per i familiari minorenni il trattamento dei dati personali deve essere sottoscritto dai genitori o dal genitore esercente la potestà, ovvero dal tutore legale del minore

In caso di iscrizioni dei familiari in un momento successivo:

1. certificato di matrimonio per il coniuge o certificato di convivenza anagrafica per il convivente *more-uxorio*
2. certificato di nascita per i figli

Nella domanda di adesione del familiare, il Socio deve sottoscrivere l'impegno a versare il contributo per il sussidio sanitario per almeno 36 mesi.

La domanda di iscrizione deve essere accompagnata da:

1. copia fronte-retro di un documento di identità per ciascun familiare
2. copia fronte-retro della tessera sanitaria per ciascun familiare

I figli sono assistiti fino al compimento del ventiseiesimo anno d'età.

L'iscrizione si perfeziona con l'assunzione del relativo provvedimento da parte del Consiglio di Amministrazione, che sarà adottato solo quando sarà stata acquisita tutta la documentazione di cui al presente art. 10.

L'iscrizione decorre dal primo giorno del mese successivo alla presentazione della domanda ed è subordinata al pagamento della quota dovuta.

L'iscrizione ha una durata iniziale minima di 36 mesi, successivamente si rinnova tacitamente di 12 mesi in 12 mesi. In ogni caso il sussidio sanitario del familiare non può avere una durata superiore a quella prevista per il sussidio del Socio.

La Mutua invierà qualsiasi comunicazione, anche riguardante i familiari, all'indirizzo anagrafico del Socio o alla sua casella di posta elettronica certificata o, in assenza di quest'ultima, alla casella di posta elettronica ordinaria fornita dall'interessato.

I rimborsi per prestazioni sanitarie relative al medesimo nucleo familiare, sono tutti disposti mediante bonifico sulle coordinate IBAN comunicate dal Socio al momento dell'adesione o, in ogni caso, sulle ultime comunicate dallo stesso.

In caso di separazione legale o divorzio, nel rispetto delle vigenti normative in materia di privacy, le comunicazioni riguardanti il rimborso delle prestazioni ed i relativi accrediti riguardanti il coniuge separato o divorziato sono effettuati, su richiesta del Socio, su estremi anagrafici e bancari differenti. La richiesta del Socio deve contenere l'indirizzo anagrafico e le coordinate bancarie da utilizzare per le comunicazioni sanitarie ed i versamenti relativi al coniuge separato legalmente o divorziato.

Il coniuge iscritto, nel caso intervenga lo scioglimento o la cessazione degli effetti civili del matrimonio, può mantenere l'iscrizione purché non contragga nuovo matrimonio o non dia luogo ad una convivenza *more-uxorio*.

Il Socio che ha escluso il convivente *more-uxorio* dalla sua posizione di famiglia può chiedere l'iscrizione di altro convivente *more-uxorio* solo dopo che siano decorsi almeno tre anni dall'avvenuta esclusione del precedente convivente.

I figli o equiparati esclusi dalla posizione di famiglia del Socio che hanno aderito alla Mutua in qualità di Socio, non potranno più essere assistiti come familiari a norma del presente articolo.

SEZIONE II - CESSAZIONE DELLA COPERTURA DEL SUSSIDIO SANITARIO

Articolo 11 - RECESSO DEL SOCIO

Il recesso può essere comunicato solo dopo che sia trascorso almeno un triennio dall'iscrizione e a condizione che il Socio sia in regola con il versamento dei contributi.

Il recesso determina la cessazione della copertura del sussidio sanitario e comporta la conseguente cancellazione dell'iscrizione dei familiari.

Fatto salvo quanto previsto al comma 1 del presente articolo, il recesso ha effetto, dal primo giorno del mese successivo a quello della scadenza annuale del contratto. Il recesso avanzato prima della scadenza naturale del contratto non solleva l'iscritto dall'onere di quanto dovuto per la copertura annuale.

I Soci Promotori che hanno avanzato recesso dall'attività di promotore mutualistico possono, a discrezione della Mutua, mantenere l'iscrizione come Socio Fruitore.

Gli iscritti che hanno esercitato il diritto di recesso, non possono più aderire alla Mutua, fatto salvo il caso in cui diventino Soci Beneficiari facenti capo a un Socio Partecipante che prevede l'automatica iscrizione alla Mutua.

Il provvedimento di recesso è deliberato dal Consiglio di Amministrazione della Mutua.

Articolo 12 - DECESSO E DECADENZA DEL SOCIO

Il DECESSO del Socio determina l'estinzione del sussidio sanitario dal primo giorno del mese successivo a quello in cui si è verificato l'evento.

La DECADENZA comporta la cessazione automatica del sussidio sanitario con effetto:

1. per il Socio Beneficiario, dal 1° gennaio dell'anno successivo alla cessazione del rapporto con il Socio Partecipante. Il Socio Partecipante, alla cessazione del rapporto tratterà l'insieme dei contributi dovuti dal Socio Beneficiario che siano successivi alla data di cessazione e fino al 31 dicembre dello stesso anno.
2. dalla data del provvedimento di decadenza per comportamenti fraudolenti posti in essere nei confronti della Mutua o che il Consiglio di Amministrazione abbia valutato come lesivi degli interessi della stessa. Il provvedimento è notificato con raccomandata A/R.
3. dal primo giorno del mese successivo alla maturazione del semestre di morosità, successivo al primo triennio di iscrizione. La morosità del Socio nel versamento dei contributi dovuti per il sussidio sanitario comporta la decadenza automatica di questi e dell'intero nucleo familiare. La morosità produce effetti al mancato versamento anche di uno soltanto dei contributi dovuti per il sussidio sanitario del Socio o dei suoi familiari iscritti.

Nei casi di decadenza per:

1. morosità: a norma dell'art. 19 dello Statuto, il Socio potrà essere riammesso alla copertura di un sussidio sanitario ad insindacabile giudizio del Consiglio di Amministrazione della Mutua. In caso di riammissione deve presentare nuovamente domanda di adesione a norma degli articoli di cui alla sezione I del presente regolamento.
2. cessazione del rapporto di lavoro regolato da Contratto/Accordo sottoscritto dal Socio Partecipante: se il Socio non ha fatto richiesta di prosecuzione come Socio Fruitore entro il

termine previsto al successivo comma 4, l'iscrizione si ripristinerà solo se il Socio aderirà ad un Contratto/Accordo sottoscritto da un Socio Partecipante.

Nei casi di decadenza di cui al comma 2 punto 1 del presente articolo, il Socio Beneficiario ha la possibilità di presentare domanda di adesione come Socio Fruitore entro 60 giorni dalla data di decadenza.

Nel caso di decadenza per comportamenti fraudolenti o lesivi degli interessi della Mutua, non sarà più possibile re-isciversi.

La decadenza del Socio comporta la decadenza dei familiari assistiti.

Articolo 13 - CESSAZIONE DEL FAMILIARE

Fermo restando le condizioni di cui al precedente art.12 il Socio che voglia far cessare l'assistenza del sussidio sanitario in favore di uno o più familiari può comunicare tale volontà solo a condizione che siano trascorsi almeno 3 anni dall'iscrizione stessa.

Fatto salvo quanto previsto al comma 1 del presente articolo, la cessazione ha effetto, dal primo giorno del mese successivo a quello della scadenza annuale del contratto. La richiesta di cessazione, avanzata prima della scadenza naturale del contratto, non solleva il Socio dall'onere di quanto dovuto per la copertura annuale.

Il Socio non potrà successivamente chiedere l'iscrizione del familiare per il quale ha richiesto la cessazione.

Il familiare potrà nuovamente iscriversi solo in qualità di Socio presentando domanda di adesione a norma delle disposizioni contenute nella sezione I del presente regolamento.

Il provvedimento di cessazione è deliberato dal Consiglio di Amministrazione della Mutua.

Il coniuge divorziato o separato e il convivente *more-uxorio* cessano di essere iscritti qualora il Socio presenti richiesta di iscrizione del nuovo coniuge o convivente *more-uxorio* anche dello stesso sesso. La comunicazione da parte del Socio dell'avvenuta pronuncia di sentenza di divorzio non è considerata una manifestazione di volontà volta all'esclusione del coniuge divorziato dalla posizione di famiglia.

Articolo 14 - DECADENZA DEL FAMILIARE

Il familiare decade automaticamente in tutti i casi in cui è prevista la decadenza del Socio a norma del precedente art.12 del presente regolamento.

I figli o equiparati che escano dallo stato di famiglia del Socio, decadono dal sussidio sanitario.

I figli o equiparati, al compimento del ventiseiesimo anno di età, o prima di tale termine, qualora escano dallo stato di famiglia del Socio, decadono dal primo giorno del mese successivo al verificarsi dell'evento.

I figli, di cui al comma precedente hanno facoltà di iscriversi alla Mutua in qualità di Socio presentando domanda di adesione, a norma delle disposizioni di cui alla sezione I del presente regolamento, entro 120 giorni dall'evento che ha determinato la variazione del suo stato di famiglia.

SEZIONE III - DISCIPLINA DEL RAPPORTO

Articolo 15 - RAPPORTO GIURIDICO E AMMINISTRATIVO

L'adesione alla Mutua e la sottoscrizione del sussidio sanitario è atto giuridico compiuto dal Socio aderente.

Il Socio aderente, con una contribuzione aggiuntiva, ha la facoltà di estendere la sua iscrizione e i benefici del sussidio sanitario cui ha aderito anche ai propri familiari. Per contribuzione aggiuntiva si intende il contributo per il sussidio sanitario versato dal Socio per la copertura di uno o più familiari.

A norma di quanto esposto nel comma 1 e 2 del presente articolo, l'adesione ad un sussidio sanitario determina l'instaurarsi di un rapporto giuridico amministrativo tra la Mutua e il Socio aderente.

Per quanto esposto al comma precedente la Mutua invia qualsiasi comunicazione, anche riguardante i familiari, al domicilio o al recapito di corrispondenza del Socio aderente.

Il Socio aderente è tenuto al versamento del contributo aggiuntivo per l'estensione della copertura del sussidio sanitario ai suoi familiari.

L'omesso versamento di una sola delle quote dovute dal Socio aderente, per se o per i suoi familiari determina morosità del Socio.

Articolo 16 - ADESIONE AI SUSSIDI SANITARI (prestazioni rimborsate)

Ciascun iscritto può aderire ad un solo sussidio sanitario alla volta.

I familiari ai quali il Socio ha esteso la copertura del sussidio sanitario rientrano automaticamente nella copertura del medesimo sussidio scelto dal Socio.

Ammontare, termini e modalità per il rimborso delle prestazioni previste da ciascun sussidio sono disciplinati alla Sezione IV "Sussidi Sanitari" che costituisce parte integrante del regolamento ed i cui aggiornamenti sono pubblicati nel sito istituzionale della Mutua.

Per le prestazioni erogate in dipendenza di incidenti la Mutua si riserva la facoltà di surrogarsi, nei limiti delle somme corrisposte, nei diritti degli associati verso terzi responsabili.

Articolo 17 - DECORRENZA DEL DIRITTO AL RIMBORSO DELLE PRESTAZIONI

I Soci Fruitori, promotori, i conviventi *more-uxorio*, i coniugi e i figli, acquisiscono il diritto al rimborso delle prestazioni sanitarie dopo 180 giorni dalla decorrenza della loro iscrizione (cosiddetta carenza).

I coniugi iscritti entro 60 giorni dalla data del matrimonio, maturano il diritto al rimborso delle prestazioni sanitarie a far data dalla loro iscrizione, sempreché sia decorso il periodo di carenza del Socio. Diversamente il diritto al rimborso del coniuge è acquisito contestualmente al diritto al rimborso del Socio.

I figli o equiparati iscritti entro 60 giorni dalla nascita, maturano il diritto al rimborso delle prestazioni sanitarie a far data dalla loro iscrizione, sempreché sia decorso il periodo di carenza del Socio. Diversamente il diritto al rimborso del figlio o equiparato è acquisito contestualmente al diritto al rimborso del Socio.

I Soci Beneficiari e i loro familiari, che abbiano tutti aderito contestualmente all'adesione del Socio Partecipante, maturano il diritto al rimborso delle prestazioni sanitarie a far data dalla loro iscrizione.

I neoassunti/neoassociati, se iscritti entro 60 giorni dalla loro assunzione/associazione maturano il diritto al rimborso delle prestazioni sanitarie a far data dalla loro iscrizione. Se iscritti oltre tale termine acquisiscono il diritto al rimborso delle prestazioni sanitarie decorsi 180 giorni dalla loro iscrizione.

I Soci Beneficiari, che abbiano aderito oltre 60 giorni dall'adesione del Socio Partecipante, e i familiari che abbiano aderito oltre 60 giorni dall'adesione del Socio Beneficiario, maturano il diritto al rimborso delle prestazioni sanitarie dopo 180 giorni dalla decorrenza della loro iscrizione.

Il Socio Beneficiario decaduto a norma dell'articolo 12² p.to 1 del presente regolamento, che ha presentato domanda di adesione a norma dell'art 12⁴ avrà diritto a fruire del rimborso delle prestazioni sanitarie senza alcuna carenza.

Il Socio decaduto a norma dell'articolo 12 2 p.to3 del presente regolamento, che ha presentato nuovamente domanda di adesione a norma del comma 3p.to 1 dello stesso articolo, avrà diritto al rimborso delle prestazioni sanitarie decorsi 180 giorni dalla loro adesione.

Il familiare per il quale il Socio ha avanzato richiesta di cessazione e che ha presentato alla Mutua autonoma domanda di adesione in qualità di Socio avrà diritto a fruire del rimborso delle prestazioni sanitarie senza alcuna carenza.

Articolo 18 - VARIAZIONE DEL SUSSIDIO SANITARIO

Il sussidio sanitario scelto ha una durata iniziale minima di 36 mesi dalla decorrenza del vincolo associativo.

Decorsi i termini di cui al comma precedente, il sussidio ha durata annuale e si rinnova tacitamente di 12 mesi in 12 mesi.

È facoltà del Socio passare ad un sussidio sanitario diverso. Il nuovo sussidio sanitario deve essere selezionato tra quelli messi a disposizione della Mutua e meglio dettagliati alla sezione IV del presente regolamento.

La richiesta di variazione del sussidio può essere avanzata entro e non oltre 90 giorni prima della scadenza annuale dello stesso e sempreché sia decorso il termine di cui al primo comma del presente articolo.

La variazione decorre dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello della richiesta con obbligo di permanenza di 36 mesi nel nuovo sussidio.

La richiesta di variazione del sussidio deve essere avanzata mediante lettera raccomandata A/R o posta elettronica certificata. Quest'ultimo canale può essere utilizzato solo se il Socio invia la richiesta da una casella di posta elettronica certificata e la inoltra alla casella PEC della Mutua.

Articolo 19 - CONTRIBUZIONE - SOCI BENEFICIARI

I Soci di cui agli artt. 8 e 9 del presente regolamento sono tenuti al versamento del contributo per il sussidio sanitario e delle eventuali quote contributive per i familiari, nell'ammontare e secondo

le modalità indicate nel Contratto/Accordo e per il sussidio sanitario risultante dal medesimo documento.

Il Socio Partecipante tratterrà al Socio Beneficiario il contributo da esso dovuto e lo comunicherà con apposita denuncia di contribuzione alla Mutua nei termini e con le modalità da essa definite e comunicate.

Il Socio Partecipante è tenuto al versamento dei contributi denunciati, a norma del comma precedente, entro il termine mensile indicato dalla Mutua.

I Soci Beneficiari per i quali cessi il rapporto con il Socio Partecipante restano iscritti alla Mutua fino al compimento dell'anno solare di iscrizione e il Socio Partecipante, alla cessazione del rapporto con il Socio Beneficiario, trattiene i contributi necessari a coprire i mesi restanti di iscrizione.

Articolo 20 - CONTRIBUZIONE - SOCI FRUITORI, SOCI PROMOTORI E FAMILIARI

Ad eccezione dei Soci di cui agli artt. 8 e 9 del regolamento, le altre categorie di Soci sono tenute DIRETTAMENTE al versamento del contributo per il sussidio sanitario e delle eventuali quote contributive per i familiari.

Il Consiglio di Amministrazione della Mutua definisce annualmente l'ammontare del contributo riferito a ciascun sussidio sanitario, distinguendo quello dovuto per la copertura del Socio da quello dovuto per i singoli familiari iscritti.

Nella sezione "Sussidi sanitari" sono indicati i contributi per i sussidi sanitari riferiti all'anno 2018. Gli aggiornamenti contributivi, per gli anni successivi sono pubblicati sul sito internet della Mutua almeno 3 mesi prima dell'anno cui si riferiscono.

Il contributo può essere versato in unica soluzione annuale anticipata oppure in rate trimestrali anticipate, entro la fine del primo mese del trimestre solare di riferimento. Solo su espressa autorizzazione della Mutua potranno essere concordati pagamenti mensili. La scelta delle modalità di versamento deve essere opzionata al momento dell'iscrizione e non può essere successivamente modificata, salvo espressa autorizzazione della Mutua.

Il primo versamento è eseguito contestualmente alla compilazione del modulo per la richiesta di adesione.

Il versamento dei contributi, fatta eccezione per il primo, può essere eseguito in due diverse modalità:

- a. Bollettino MAV emesso dalla Mutua (l'emissione è effettuata il primo mese di ogni trimestre solare; per i Soci che hanno optato per il pagamento annuale, nel mese di gennaio è emesso il MAV per l'intero ammontare del contributo annuale)
- b. Addebito diretto in banca mediante SDD-Core.

Il bonifico come modalità di incasso del contributo relativo al sussidio sanitario può essere utilizzato solo eccezionalmente e solo se preventivamente concordato con la Mutua.

Il Socio è tenuto a conservare ricevuta dell'avvenuto versamento dei contributi per l'adesione al sussidio sanitario. La Mutua solo eccezionalmente e su espressa richiesta del Socio emette certificazione dei versamenti eseguiti e solo limitatamente ai dodici mesi antecedenti la richiesta.

Articolo 21 - MOROSITA' DEL SOCIO

L'omesso o ritardato pagamento anche solo di una quota dovuta dal Socio, per sé o per i propri familiari, determina morosità di tutte le posizioni iscritte (Socio e intero nucleo familiare).

Per i Soci Fruttori, per i Soci Promotori e per i Soci Beneficiari che abbiano avanzato richiesta di iscrizione dei loro familiari, la morosità scatta decorsi 15 giorni dalla scadenza del MAV o dell'SDDcore relativo ad una specifica quota di contribuzione.

Il Socio Partecipante è tenuto al versamento dei contributi dovuti per la copertura dei propri Soci Beneficiari entro i termini di cui al precedente articolo 19. L'omesso o il tardivo pagamento dei contributi dovuti dal Socio Partecipante costituisce morosità di quest'ultimo.

Lo stato di morosità di un Socio Fruttore o di un Socio Promotore determina la sospensione del diritto al rimborso delle prestazioni sanitarie per tutta la durata dello stato di morosità.

Lo stato di morosità di un Socio Partecipante determina automaticamente la sospensione del diritto al rimborso delle prestazioni sanitarie per tutti i Soci Beneficiari ad esso facenti capo al momento della rilevazione della morosità, e per tutta la durata dello stato di morosità del Socio Partecipante.

Articolo 22 - SOSPENSIONE

Il Socio può presentare alla Mutua richiesta di sospensione della copertura del sussidio sanitario.

La richiesta di sospensione può avere una durata massima di 12 mesi continuativi, non cumulabili per somma di frazioni inferiori a 12 mesi, può essere avanzata dopo il **primo anno** di iscrizione e per una sola volta nel corso del rapporto mutualistico e comporta, irrevocabilmente per tutta la durata della stessa, la sospensione della contribuzione e dell'erogazione delle prestazioni.

La sospensione decorre dal primo giorno del mese successivo a quello in cui la Mutua riceve la relativa richiesta.

Il diritto al rimborso delle prestazioni è sospeso in caso di:

1. morosità nel versamento di uno dei contributi dovuti dal Socio
2. sospensione del Socio

La sospensione del Socio comporta automaticamente la sospensione di tutti i familiari assistiti.

SEZIONE IV - SUSSIDI SANITARI

Articolo 23 – SUSSIDIO SANITARIO “PLUS” – CONTRIBUZIONE

ANNO DI RIFERIMENTO	ETA' COMPRESA TRA	ISCRIZIONE SOCIO	ISCRIZIONE CONIUGE	ISCRIZIONE 1° FIGLIO	ISCRIZIONE dal 2° FIGLIO
2018	0 - 26 anni	€ 1.500,00	€ 804,00	€ 408,00	€ 300,00
2018	27 - 50 anni				
2018	51 - 55 anni	€ 2.040,00	€ 1.080,00		
2018	56 – 60 anni	€ 2.352,00	€ 1.248,00		
2018	61 - 65 anni	€ 2.808,00	€ 1.500,00		
2018	66 - 70 anni	€ 3.300,00	€ 1.764,00		
2018	71 - 75 anni	€ 3.720,00	€ 1.980,00		
2018	76 - 80 anni	€ 4.224,00	€ 2.256,00		
2018	> 80 anni	€ 4.776,00	€ 2.556,00		

Il passaggio da una fascia di età all'altra avviene dal primo giorno del mese successivo a quello di compimento dell'età di inizio fascia.

Nel caso di richiesta di iscrizione presentata contestualmente da entrambi i coniugi / conviventi *more-uxorio* non appartenenti alla stessa fascia d'età, il Socio titolare è il coniuge / convivente *more-uxorio* appartenente alla fascia di età più alta.

Articolo 24 – SUSSIDIO SANITARIO “PLUS” – PRESTAZIONI RIMBORSATE

Sono rimborsabili le spese sostenute a seguito di:

- A. ACCERTAMENTI CLINICI
- B. ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI
- C. CURE TERMALI
- D. CURE ODONTOIATRICHE
- E. CURE ONCOLOGICHE ED ALTRE TERAPIE
- F. LENTI CORRETTIVE DELLA VISTA
- G. PACCHETTO MATERNITÀ
- H. PROTESI E PRESIDII SANITARI
- I. TERAPIE FISICHE E RIABILITATIVE
- J. VISITE SPECIALISTICHE
- K. RICOVERI
- L. SERVIZIO DI ASSISTENZA IN EMERGENZA
- M. ACCESSO ALLA RETE CONVENZIONATA

ACCERTAMENTI CLINICI

In materia di accertamenti clinici, il rimborso della Mutua è previsto per le spese sostenute privatamente o tramite SSN, incluse eventuali quote regionali.

Il rimborso della Mutua viene effettuato in base al tariffario e fino a concorrenza dei seguenti massimali:

- a. € 125,00 annui per persona
- b. € 185,00 annui per nuclei fino a 3 persone
- c. € 225,00 annui per nuclei oltre 3 persone

Il massimale è calcolato su base annua con decorrenza dal 1° gennaio al 31 dicembre di ciascun anno.

Per ottenere il rimborso degli accertamenti effettuati privatamente l'Assistito deve presentare la prescrizione medica e la fattura con l'indicazione del costo di ciascun accertamento.

Per ottenere il rimborso degli accertamenti effettuati in strutture convenzionate con il SSN l'Assistito deve presentare la fattura con l'indicazione della quota ticket pagata.

La Mutua si riserva di chiedere in visione i referti relativi agli accertamenti effettuati.

Il rimborso non è previsto per i check-up.

Il rimborso avviene in forma Diretta e Indiretta.

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

In materia di accertamenti diagnostici, il rimborso della Mutua è previsto per le spese sostenute privatamente o tramite SSN, incluse eventuali quote regionali.

Il rimborso della Mutua viene effettuato in base al tariffario e fino a concorrenza dei seguenti massimali:

- a. € 2.000,00 annui per persona
- b. € 3.000,00 annui per nuclei fino a 3 persone
- c. € 3.300,00 annui per nuclei composti da più di 3 persone

Il massimale è calcolato su base annua con decorrenza dal 1° gennaio al 31 dicembre di ciascun anno.

Per ottenere il rimborso degli accertamenti effettuati privatamente l'Assistito deve presentare la prescrizione medica e la fattura con l'indicazione del costo di ciascun accertamento.

Per ottenere il rimborso degli accertamenti effettuati in strutture convenzionate con il SSN l'Assistito deve presentare la fattura con l'indicazione della quota ticket pagata.

La Mutua si riserva di chiedere in visione i referti relativi agli accertamenti effettuati.

Il rimborso non è previsto per i check-up.

Il rimborso avviene in forma Diretta e Indiretta.

CURE TERMALI

Per le cure termali la Mutua rimborsa l'importo del ticket sanitario per le spese sostenute successivamente al ricovero o all'intervento chirurgico reso necessario da malattia o da infortunio e a condizione che la prestazione sanitaria sia stata fruita presso strutture pubbliche o private convenzionate con il SSN.

Non è previsto il rimborso delle spese di natura alberghiera.

Il rimborso è erogato fino a concorrenza del massimale di € 150,00 per persona.

Il massimale è calcolato su base annua con decorrenza dal 1° gennaio al 31 dicembre di ciascun anno.

Per ottenere il rimborso l'Assistito deve presentare la ricevuta del centro termale indicante la quota del ticket pagata.

CURE ODONTOIATRICHE

Per le cure odontoiatriche è previsto il rimborso delle le spese sostenute per:

- a. trattamenti di igiene orale professionale fino alla concorrenza di € 50,00 per anno
- b. chirurgia orale, parodontologia, terapie conservative e radiologia
- c. protesi
- d. ortodonzia
- e. implantologia

Per le spese di cui alle lettere b, c, d ed e, i limiti e le modalità di rimborso sono indicati all'interno del tariffario.

Il rimborso è erogato fino a concorrenza dei seguenti massimali:

- a. € 2.000,00 annui per persona
- b. € 3.000,00 annui per nuclei fino a 3 persone
- c. € 3.300,00 annui per nuclei composti da più di 3 persone

Il massimale è calcolato su base annua con decorrenza dal 1° gennaio al 31 dicembre di ciascun anno.

Per ottenere il rimborso, l'Assistito deve presentare la scheda per le cure odontoiatriche, la fattura e tutta la documentazione indicata come obbligatoria all'interno del tariffario.

La scheda per le cure odontoiatriche deve essere scaricata dal sito istituzionale della Mutua e presentata al proprio odontoiatra per la compilazione.

CURE ONCOLOGICHE E ALTRE TERAPIE

Per le cure oncologiche e altre terapie è previsto il rimborso delle le spese sostenute per:

- a. chemioterapia
- b. radioterapia
- c. altre terapie finalizzate alla cura di malattie oncologiche
- d. dialisi

Il rimborso è erogato fino a concorrenza del massimale di € 2.000,00 annui per persona.

Il massimale è calcolato su base annua con decorrenza dal 1° gennaio al 31 dicembre di ciascun anno.

Per ottenere il rimborso l'Assistito deve presentare fattura con indicazione del trattamento effettuato.

LENTI CORRETTIVE DELLA VISTA

La Mutua rimborsa le spese sostenute per l'acquisto delle lenti e della montatura degli occhiali o per l'acquisto di lenti a contatto.

Il rimborso è erogato fino a concorrenza del massimale di € 50,00 per anno.

Il massimale è calcolato su base annua con decorrenza dal 1° gennaio al 31 dicembre di ciascun anno.

Il rimborso delle spese può essere effettuato cumulando il diritto al contributo maturato in un biennio o triennio. Allo scadere del terzo anno il massimale si intenderà ricalcolato su base annua e cumulabile nuovamente per il triennio successivo.

Per ottenere il rimborso l'Assistito deve presentare prescrizione del medico oculista o dell'ottico optometrista con l'indicazione del difetto visivo e la fattura con l'indicazione della spesa effettuata.

PACCHETTO MATERNITA'

La Mutua rimborsa le spese sostenute per le prestazioni inerenti la gravidanza, limitatamente a:

- a. ecografie ostetriche e morfologiche
- b. analisi cliniche e indagini genetiche (analisi di laboratorio, amniocentesi, villocentesi, translucenza nucale e ogni altro tipo di accertamento diagnostico finalizzato al monitoraggio dello sviluppo del feto)

Il rimborso è erogato fino a concorrenza del massimale di € 500,00 per evento.

Il massimale per evento decorre dalla data della prima fattura/ricevuta presentata al rimborso per le prestazioni indicate di cui alle lettere "a" e "b" del comma precedente.

Per ottenere il rimborso l'Assistito deve presentare le fatture con indicazione esplicita di prestazione riconducibile alla gravidanza.

PROTESI E PRESIDI SANITARI

La Mutua rimborsa l'80% delle spese sostenute per l'acquisto, riparazione, sostituzione o il noleggio di:

- a. apparecchi ortopedici, quali stampelle, carrozzine, corsetti e tutori
- b. apparecchio gessato o presidio terapeutico similare
- c. apparecchiature per trattamenti fisioterapici

Il rimborso è riconosciuto solo se le prestazioni di cui al comma precedente sono prescritte da un medico specialista con diagnosi documentata e purché le protesi e/o i presidi sanitari si siano resi necessari per malattia o infortunio che hanno determinato un ricovero o un intervento chirurgico.

Il rimborso è erogato fino a concorrenza dei seguenti massimali:

- a. € 800,00 annui per persona
- b. € 1.200,00 annui per nuclei fino a 3 persone
- c. € 1.350,00 annui per nuclei composti da più di 3 persone

Il massimale è calcolato su base annua con decorrenza dal 1° gennaio al 31 dicembre di ciascun anno.

Per ottenere il rimborso l'Assistito deve presentare la prescrizione medica, la cartella clinica/verbale di pronto soccorso e la fattura con l'indicazione della relativa fornitura.

TERAPIE FISICHE E RIABILITATIVE

La Mutua rimborsa le spese sostenute per trattamenti fisioterapici e rieducativi conseguenti e immediatamente successivi a traumi/eventi che abbiano comportato: un ricovero (con o senza intervento chirurgico) o una prognosi iniziale di pronto soccorso superiore a 20 giorni.

E' necessario che le prestazioni siano effettuate da fisioterapista (laureato in fisioterapia), da terapeuta della riabilitazione o in centri medici specializzati provvisti di autorizzazioni rilasciate dalle autorità competenti.

Per terapeuta della riabilitazione si intende il professionista che è in possesso del diploma universitario, conforme al Decreto del Ministero della Sanità n. 741 del 14/09/1994, o di diploma o attestato ad esso equipollente, riconosciuto dal Decreto del Ministero della Sanità del 27/07/2000 o provvedimento della legge n. 42 del 26/02/1999.

Il rimborso è erogato fino a concorrenza dei seguenti massimali:

- a. € 1.200,00 annui per persona
- b. € 1.800,00 annui per nuclei fino a 3 persone
- c. € 2.400,00 annui per nuclei composti da più di 3 persone

Per le spese sostenute a titolo di ticket sanitario, incluse eventuali quote regionali, il rimborso è riconosciuto nei limiti previsti dal Tariffario.

Il massimale è calcolato su base annua con decorrenza dal 1° gennaio al 31 dicembre di ciascun anno.

Per ottenere il rimborso, l'Assistito deve presentare:

- a. lettera di dimissione dal ricovero o cartella clinica o certificato di pronto soccorso rilasciato da struttura pubblica
- b. prescrizione del medico corredata di diagnosi e relativo piano riabilitativo
- c. fattura nella quale devono essere indicati il numero e le date delle singole sedute effettuate

VISITE SPECIALISTICHE

La Mutua rimborsa, nei limiti previsti dal tariffario, le spese sostenute per visite specialistiche fino a concorrenza dei seguenti massimali:

- a. € 800,00 annui per persona
- b. € 1.200,00 annui per nuclei fino a 3 persone
- c. € 1.350,00 annui per nuclei composti da più di 3 persone

Il massimale è calcolato su base annua con decorrenza dal 1° gennaio al 31 dicembre di ciascun anno.

Sono escluse dal rimborso le seguenti visite:

- a. chiropratiche e osteopatiche
- b. dietologiche
- c. generiche
- d. medico-legali
- e. medico-sportive
- f. odontoiatriche e ortodontiche
- g. omeopatiche
- h. psichiatriche
- i. psicologiche

Per ottenere il rimborso l'Assistito deve presentare la fattura con l'indicazione della specializzazione del medico e del tipo di visita effettuata.

Il rimborso avviene in forma Diretta e Indiretta.

RICOVERI – norme generali

La Mutua rimborsa solo le spese sostenute per i ricoveri resi necessari da malattia o infortunio.

Il rimborso non è in ogni caso riconosciuto per accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori a norma di legge, prestazioni effettuate esclusivamente con finalità di ordine estetico e per terapie o accertamenti clinici e diagnostici che possono essere effettuati anche ambulatorialmente.

RICOVERI – Autorizzazione

Il ricovero presso una struttura CONVENZIONATA con la Mutua è subordinato al rilascio da parte di quest'ultima del documento di autorizzazione.

Al medesimo processo autorizzativo sono sottoposti i ricoveri per interventi di chirurgia plastica ricostruttiva anche se effettuati in struttura non convenzionata con la Mutua.

Per ottenere l'autorizzazione, l'Assistito deve inviare richiesta alla Mutua almeno 48 ore lavorative prima della data di effettuazione della prestazione, allegando la richiesta di ricovero del medico da cui risulti il nominativo e il codice anagrafico dell'iscritto, la struttura prescelta, il giorno del ricovero, la procedura medico/chirurgica prevista e un recapito telefonico dell'iscritto.

Limitatamente per ricoveri causati da ragioni eccezionali e di comprovata emergenza, può essere adottata una procedura d'urgenza, senza rispettare il preavviso di 48 ore lavorative. In tal caso, l'Assistito può richiedere l'autorizzazione entro i cinque giorni successivi all'esecuzione dell'intervento e comunque entro e non oltre la data della dimissione dalla struttura sanitaria.

Per i ricoveri inerenti interventi di chirurgia plastica ricostruttiva è necessario allegare anche relazione dello specialista attestante la patologia e la documentazione clinica e radiografica o fotografica che dimostri la necessità funzionale e terapeutica dell'intervento.

La Mutua invierà l'autorizzazione alla struttura convenzionata, in tempo utile per il ricovero.

In ogni caso la Mutua si riserva il diritto di effettuare, per mezzo di propri sanitari, una visita preliminare.

Il ricovero in struttura NON CONVENZIONATA con la Mutua non necessita di autorizzazione da parte della stessa. Fanno eccezione gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva, per i quali la richiesta di autorizzazione deve essere corredata di relazione dello specialista attestante la patologia e la documentazione clinica e radiografica o fotografica che dimostri la necessità funzionale e terapeutica dell'intervento.

RICOVERI – Rimborso (importi)

Nei RICOVERI CON INTERVENTO CHIRURGICO, anche se l'intervento è eseguito in day surgery o ambulatorialmente, il rimborso da parte della Mutua è riconosciuto nel limite del massimale suddiviso in sette classi di intervento, in base al grado di complessità degli stessi (Elenco degli interventi chirurgici allegato al tariffario).

Il massimale di rimborso per ciascuna classe di intervento è un importo forfettario onnicomprensivo delle spese sanitarie, delle procedure chirurgiche e della retta di degenza.

Nel caso in cui l'Assistito subisca un intervento chirurgico non specificamente indicato *nell'Elenco interventi chirurgici*, l'attribuzione dell'intervento sarà stabilita con criterio di equivalenza, secondo giudizio medico, con riferimento al più simile tra gli interventi elencati per tipo di patologia e di tecnica chirurgica.

Nel caso in cui, nel corso della stessa seduta operatoria, siano effettuati due o più interventi chirurgici, il rimborso sarà pari a quello della classe di intervento con l'importo più elevato.

Il massimale per ciascuna classe di intervento è il seguente:

Classe I	€ 550,00
Classe II	€ 1.950,00
Classe III	€ 3.000,00
Classe IV	€ 5.200,00
Classe V	€ 7.500,00
Classe VI	€ 12.600,00
Classe VII	€ 20.000,00

Nei RICOVERI SENZA INTERVENTO CHIRURGICO, la Mutua riconosce un rimborso forfettario di € 450,00 al giorno per un massimo di 5 giorni per ciascun ricovero.

Dal computo dei giorni sono esclusi il giorno di ricovero e quello della dimissione che, sommati, sono considerati come una sola giornata.

Il rimborso è riconosciuto fino a concorrenza del massimale di 3 ricoveri nel periodo che va dal 1° gennaio al 31 dicembre di ciascun anno.

RICOVERI – Rimborso (prestazioni)

Nei limiti di rimborso indicati per i ricoveri con intervento chirurgico e per i ricoveri senza intervento chirurgico, La mutua rimborsa le spese sostenute per:

- a. trasporto sanitario – tale è il trasporto con mezzo sanitariamente attrezzato, idoneo secondo la gravità del caso, per il tragitto fino al pronto soccorso o all'istituto di cura in caso di ricovero, di trasferimento da un istituto di cura ad un altro e, se richiesto con certificazione medica, di rientro al proprio domicilio al momento della dimissione
- b. intervento chirurgico - gli onorari del chirurgo, del personale medico di supporto all'intervento, dell'anestesista e di ogni altra figura sanitaria coinvolta; diritti di sala operatoria e materiale di intervento (ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento o da applicarsi, per necessità medica, successivamente all'intervento stesso) relativi al periodo di ricovero che comporti intervento chirurgico; sono compresi gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasia maligna o da infortunio purché comprovato da referto della prestazione di Pronto Soccorso
- c. assistenza medica e infermieristica, medicinali, cure - le prestazioni di assistenza medica e infermieristica, consulenze medico-specialistiche, cure, trattamenti fisioterapici, trattamenti medici specialistici a carattere riabilitativo e terapeutico, medicinali, esami ed analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici, durante il periodo di ricovero o l'intervento chirurgico
- d. rette di degenza - non sono comprese le spese non direttamente inerenti la cura o l'intervento, quali ad esempio spese per telefonate, televisione, bar, ristorante e simili
- e. assistenza infermieristica privata - le prestazioni di assistenza infermieristica professionale privata durante il ricovero
- f. trapianti di organi - le spese indennizzabili di cui ai punti precedenti, sostenute per il trapianto di organi o parte di essi, sia quando l'iscritto è donatore vivente sia quando è ricevente; se l'iscritto è ricevente sono comprese anche le spese per il prelievo ed il trasporto di organi o parte di essi; durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto

RICOVERI – Documentazione

Per ottenere il rimborso da parte della Mutua, l'iscritto deve, a dimissione avvenuta, presentare la cartella clinica e la documentazione di spesa con l'indicazione delle singole prestazioni effettuate.

RICOVERI – Rimborso forfettario

La Mutua prevede un rimborso forfettario giornaliero se tutte le spese relative al ricovero, esclusi eventuali ticket, sono a totale carico del SSN.

Il rimborso è pari a:

- a. € 100,00 in caso di ricovero con intervento chirurgico
- b. € 70,00 in caso di ricovero senza intervento chirurgico

Il rimborso è previsto per un massimo di 30 giorni per evento con una franchigia di 2 giorni. Il ricovero per parto viene equiparato a un ricovero con intervento chirurgico e non si applica la franchigia di 2 giorni.

Ai fini del computo totale, si intende giorno di ricovero quello per il quale è previsto il pernottamento ed è documentato da cartella clinica. Ai fini del computo il giorno di ricovero e di dimissioni, sono considerati in somma pari ad un giorno.

Per ottenere il rimborso, a dimissione avvenuta, l'Assistito deve presentare la cartella clinica e non è necessaria l'autorizzazione al ricovero, perché il ricovero è previsto solo in forma indiretta.

Articolo 25 – SUSSIDIO SANITARIO “STANDARD” – CONTRIBUZIONE

ANNO DI RIFERIMENTO	ETA' COMPRESA TRA	CONTRIBUZIONE ANNUA
2018	0 – 10 anni	€ 192,00
2018	11 – 20 anni	€ 432,00
2018	21 – 30 anni	€ 528,00
2018	31 – 40 anni	€ 600,00
2018	41 – 50 anni	€ 648,00
2018	51 – 60 anni	€ 672,00
2018	> 60 anni	€ 732,00

Il sussidio sanitario STANDARD prevede differenze di contribuzione in base all'età dell'iscritto, senza alcuna distinzione tra Socio e familiare.

Il passaggio da una fascia di età all'altra avviene dal primo giorno del mese successivo a quello di compimento dell'età di inizio fascia.

Articolo 26 – SUSSIDIO SANITARIO “STANDARD” – PRESTAZIONI RIMBORSATE

Sono rimborsabili le spese sostenute a seguito di:

- A. ACCERTAMENTI CLINICI
- B. ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI
- C. CURE ODONTOIATRICHE
- D. CURE ONCOLOGICHE ED ALTRE TERAPIE
- E. LENTI CORRETTIVE E DELLA VISTA
- F. PACCHETTO MATERNITÀ
- G. TERAPIE FISICHE E RIABILITATIVE
- H. VISITE SPECIALISTICHE
- I. RICOVERI
- J. SERVIZIO DI ASSISTENZA IN EMERGENZA
- K. ACCESSO ALLA RETE CONVENZIONATA

ACCERTAMENTI CLINICI

In materia di accertamenti clinici, il rimborso della Mutua è previsto per le spese sostenute privatamente o tramite SSN, incluse eventuali quote regionali.

Il rimborso della Mutua viene effettuato in base al tariffario e fino a concorrenza del massimale di € 100,00 annui per persona.

Il massimale è calcolato su base annua con decorrenza dal 1° gennaio al 31 dicembre di ciascun anno.

Per ottenere il rimborso degli accertamenti effettuati privatamente l'Assistito deve presentare la prescrizione medica e la fattura con l'indicazione del costo di ciascun accertamento.

Per ottenere il rimborso degli accertamenti effettuati in strutture convenzionate con il SSN l'Assistito deve presentare la fattura con l'indicazione della quota ticket pagata.

La Mutua si riserva di chiedere in visione i referti relativi agli accertamenti effettuati.

Il rimborso non è previsto per i check-up.

Il rimborso avviene in forma Diretta e Indiretta.

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

In materia di accertamenti diagnostici, il rimborso della Mutua è previsto per le spese sostenute privatamente o tramite SSN, incluse le quote regionali nel rispetto dei limiti di rimborso previsti nel Tariffario.

Il rimborso è erogato fino a concorrenza del massimale di € 1.600,00 annui per persona.

Il massimale è calcolato su base annua con decorrenza dal 1° gennaio al 31 dicembre di ciascun anno.

Per ottenere il rimborso degli accertamenti effettuati privatamente l'Assistito deve presentare la prescrizione medica e la fattura con l'indicazione del costo di ciascun accertamento.

Per ottenere il rimborso degli accertamenti effettuati in strutture convenzionate con il SSN l'Assistito deve presentare la fattura con l'indicazione della quota ticket pagata.

La Mutua si riserva di chiedere in visione i referti relativi agli accertamenti effettuati.

Il rimborso non è previsto per i check-up.

Il rimborso avviene in forma Diretta e Indiretta.

CURE ODONTOIATRICHE

Per le cure odontoiatriche è previsto il rimborso delle spese sostenute per:

- a. trattamenti di igiene orale professionale fino alla concorrenza di € 50,00 per anno
- b. chirurgia orale, parodontologia, terapie conservative e radiologia
- c. protesi
- d. ortodonzia
- e. implantologia

Il concorso della Mutua è previsto, in base al tariffario, per le spese sostenute di cui ai punti b, c, d ed e, fino alla concorrenza del massimale di € 1.000,00 annui per persona.

Il massimale è calcolato su base annua con decorrenza dal 1° gennaio al 31 dicembre di ciascun anno.

Per ottenere il rimborso l'Assistito deve presentare la scheda per le cure odontoiatriche, la fattura e tutta la documentazione indicata come obbligatoria all'interno del tariffario.

La scheda per le cure odontoiatriche deve essere scaricata dal sito istituzionale della Mutua e presentata al proprio odontoiatra per la compilazione.

CURE ONCOLOGICHE E ALTRE TERAPIE

Per le cure oncologiche e altre terapie è previsto il rimborso delle le spese sostenute per:

- a. chemioterapia
- b. radioterapia
- c. altre terapie finalizzate alla cura di malattie oncologiche
- d. dialisi

Il rimborso è erogato fino a concorrenza del massimale di € 2.000,00 annui per persona.

Il massimale è calcolato su base annua con decorrenza dal 1° gennaio al 31 dicembre di ciascun anno.

Per ottenere il rimborso l'Assistito deve presentare fattura con indicazione del trattamento effettuato.

LENTI CORRETTIVE DELLA VISTA

La Mutua rimborsa le spese sostenute per l'acquisto delle lenti e della montatura degli occhiali o per l'acquisto di lenti a contatto.

Il rimborso è erogato fino a concorrenza del massimale di € 50,00 per anno.

Il massimale è calcolato su base annua con decorrenza dal 1° gennaio al 31 dicembre di ciascun anno.

Il rimborso delle spese può essere effettuato cumulando il diritto al contributo maturato in un biennio o triennio. Allo scadere del terzo anno il massimale si intenderà ricalcolato su base annua e cumulabile nuovamente per il triennio successivo.

Per ottenere il rimborso l'Assistito deve presentare prescrizione del medico oculista o dell'ottico optometrista con l'indicazione del difetto visivo e la fattura con l'indicazione della spesa effettuata.

PACCHETTO MATERNITA'

La Mutua rimborsa le spese sostenute per le prestazioni inerenti la gravidanza, limitatamente a:

- a. ecografie ostetriche e morfologiche
- b. analisi cliniche e indagini genetiche (analisi di laboratorio, amniocentesi, villocentesi, translucenza nucale e ogni altro tipo di accertamento diagnostico finalizzato al monitoraggio dello sviluppo del feto)

Il rimborso è erogato fino a concorrenza del massimale di € 400,00 per evento.

Il massimale per evento decorre dalla data della prima fattura/ricevuta presentata al rimborso per le prestazioni indicate di cui alle lettere "a" e "b" del comma precedente.

Per ottenere il rimborso l'Assistito deve presentare le fatture con indicazione esplicita di prestazione riconducibile alla gravidanza.

TERAPIE RIABILITATIVE

La Mutua rimborsa le spese sostenute per trattamenti fisioterapici e rieducativi conseguenti e immediatamente successivi a traumi/eventi che abbiano comportato: un ricovero (con o senza intervento chirurgico) o una prognosi iniziale di pronto soccorso superiore a 20 giorni.

E' necessario che le prestazioni siano effettuate da fisioterapista (laureato in fisioterapia), da terapeuta della riabilitazione o in centri medici specializzati provvisti di autorizzazioni rilasciate dalle autorità competenti.

Per terapeuta della riabilitazione si intende il professionista che è in possesso del diploma universitario, conforme al Decreto del Ministero della Sanità n. 741 del 14/09/1994, o di diploma o attestato ad esso equipollente, riconosciuto dal Decreto del Ministero della Sanità del 27/07/2000 o provvedimento della legge n. 42 del 26/02/1999.

Il rimborso è erogato nei limiti previsti dal tariffario e fino a concorrenza del massimale di € 1.000,00 per anno a persona.

Per ottenere il rimborso, l'Assistito deve presentare:

- a. lettera di dimissione dal ricovero o cartella clinica o certificato di pronto soccorso rilasciato da struttura pubblica
- b. prescrizione del medico corredata di diagnosi e relativo piano riabilitativo
- c. fattura nella quale devono essere indicati il numero e le date delle singole sedute effettuate

VISITE SPECIALISTICHE

La Mutua rimborsa, nei limiti previsti dal tariffario, le spese sostenute per visite specialistiche fino a concorrenza del massimale di € 200,00 annui per persona.

Sono escluse dal rimborso le seguenti visite:

- a. chiropratiche e osteopatiche
- b. dietologiche
- c. generiche
- d. medico-legali
- e. medico-sportive
- f. odontoiatriche e ortodontiche
- g. omeopatiche
- h. psichiatriche
- i. psicologiche

Per ottenere il rimborso l'Assistito deve presentare la fattura con l'indicazione della specializzazione del medico e del tipo di visita effettuata.

Il rimborso avviene in forma Diretta e Indiretta.

RICOVERI – (rimborso forfettario)

La Mutua prevede un rimborso forfettario giornaliero per i ricoveri resi necessari da malattia, infortunio. Il rimborso è pari a:

- a. € 70,00 in caso di ricovero con intervento chirurgico
- b. € 50,00 in caso di ricovero senza intervento chirurgico

Il rimborso è previsto per un massimo di 30 giorni per evento con una franchigia di 2 giorni. Il ricovero per parto viene equiparato a un ricovero con intervento chirurgico e non si applica la franchigia di 2 giorni.

Ai fini del computo totale, si intende giorno di ricovero quello per il quale è previsto il pernottamento ed è documentato da cartella clinica. Ai fini del computo il giorno di ricovero e di dimissioni, sono considerati in somma pari ad un giorno.

Per ottenere il rimborso, a dimissione avvenuta, l'Assistito deve presentare la cartella clinica e non è necessaria l'autorizzazione al ricovero, perché il ricovero è previsto solo in forma indiretta.

Articolo 27 – SUSSIDIO SANITARIO “BASE” – CONTRIBUZIONE

ANNO DI RIFEIMENTO	ETA' COMPRESA TRA	CONTRIBUZIONE ANNUA
2018	0 – 10 anni	€ 120,00
2018	11 – 20 anni	€ 276,00
2018	21 – 30 anni	€ 300,00
2018	31 – 40 anni	€ 312,00
2018	41 – 50 anni	€ 336,00
2018	51 – 60 anni	€ 360,00
2018	> 60 anni	€ 420,00

Il sussidio sanitario BASE prevede differenze di contribuzione in base all'età dell'iscritto, senza alcuna distinzione tra Socio e familiare.

Il passaggio da una fascia di età all'altra avviene dal primo giorno del mese successivo a quello di compimento dell'età di inizio fascia.

Articolo 28 – SUSSIDIO SANITARIO “BASE” – PRESTAZIONI RIMBORSATE

Sono rimborsabili le spese sostenute a seguito di:

- A. ACCERTAMENTI CLINICI
- B. ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI
- C. CURE ODONTOIATRICHE
- D. CURE ONCOLOGICHE ED ALTRE TERAPIE
- E. LENTI CORRETTIVE DELLA VISTA
- F. PACCHETTO MATERNITÀ
- G. VISITE SPECIALISTICHE
- H. RICOVERI
- I. SERVIZIO DI ASSISTENZA IN EMERGENZA
- J. ACCESSO ALLA RETE CONVENZIONATA

ACCERTAMENTI CLINICI

In materia di accertamenti clinici, il rimborso della Mutua è previsto per le spese sostenute privatamente o tramite SSN, incluse le quote regionali, fino a concorrenza del massimale di € 50,00 annui per persona.

Il massimale è calcolato su base annua con decorrenza dal 1° gennaio al 31 dicembre di ciascun anno.

Per ottenere il rimborso degli accertamenti effettuati privatamente l'Assistito deve presentare la prescrizione medica e la fattura con l'indicazione del costo di ciascun accertamento.

Per ottenere il rimborso degli accertamenti effettuati in strutture convenzionate con il SSN l'Assistito deve presentare la fattura con l'indicazione della quota ticket pagata.

La Mutua si riserva di chiedere in visione i referti relativi agli accertamenti effettuati.

Il rimborso non è previsto per i check-up.

Il rimborso avviene in forma Diretta e Indiretta.

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

In materia di accertamenti diagnostici, il rimborso della Mutua è previsto per le spese sostenute privatamente o tramite SSN, incluse le quote regionali nel rispetto dei limiti di rimborso previsti nel Tariffario.

Il rimborso è erogato fino a concorrenza del massimale di € 800,00 annui per persona.

Il massimale è calcolato su base annua con decorrenza dal 1° gennaio al 31 dicembre di ciascun anno.

Per ottenere il rimborso degli accertamenti effettuati privatamente l'Assistito deve presentare la prescrizione medica e la fattura con l'indicazione del costo di ciascun accertamento.

Per ottenere il rimborso degli accertamenti effettuati in strutture convenzionate con il SSN l'Assistito deve presentare la fattura con l'indicazione della quota ticket pagata.

La Mutua si riserva di chiedere in visione i referti relativi agli accertamenti effettuati.

Il rimborso non è previsto per i check-up.

Il rimborso avviene in forma Diretta e Indiretta.

CURE ODONTOIATRICHE

Per le cure odontoiatriche è previsto il rimborso delle sole spese sostenute per trattamenti di igiene orale professionale fino alla concorrenza di € 50,00 per anno.

Per ottenere il rimborso l'Assistito deve presentare la fattura comprovante la prestazione sanitaria.

CURE ONCOLOGICHE E ALTRE TERAPIE

Per le cure oncologiche e altre terapie è previsto il rimborso delle le spese sostenute per:

- a. Chemioterapia
- b. Radioterapia
- c. Altre terapie finalizzate alla cura di malattie oncologiche
- d. Dialisi

Il rimborso è erogato fino a concorrenza del massimale di € 1.500,00 annui per persona.

Il massimale è calcolato su base annua con decorrenza dal 1° gennaio al 31 dicembre di ciascun anno.

Per ottenere il rimborso l'Assistito deve presentare fattura con indicazione del trattamento effettuato.

LENTI CORRETTIVE DELLA VISTA

La Mutua rimborsa le spese sostenute per l'acquisto delle lenti e della montatura degli occhiali o per l'acquisto di lenti a contatto.

Il rimborso è erogato fino a concorrenza del massimale di € 50,00 per anno.

Il massimale è calcolato su base annua con decorrenza dal 1° gennaio al 31 dicembre di ciascun anno.

Il rimborso delle spese può essere effettuato cumulando il diritto al contributo maturato in un biennio o triennio. Allo scadere del terzo anno il massimale si intenderà ricalcolato su base annua e cumulabile nuovamente per il triennio successivo.

Per ottenere il rimborso l'Assistito deve presentare prescrizione del medico oculista o dell'ottico optometrista con l'indicazione del difetto visivo e la fattura con l'indicazione della spesa effettuata.

PACCHETTO MATERNITA'

La Mutua rimborsa le spese sostenute per le prestazioni inerenti la gravidanza, limitatamente a:

- a. ecografie ostetriche e morfologiche
- b. analisi cliniche e indagini genetiche (analisi di laboratorio, amniocentesi, villocentesi, translucenza nucale e ogni altro tipo di accertamento diagnostico finalizzato al monitoraggio dello sviluppo del feto)

Il rimborso è erogato fino a concorrenza del massimale di € 250,00 per evento.

Il massimale per evento decorre dalla data della prima fattura/ricevuta presentata al rimborso per le prestazioni indicate di cui alle lettere "a" e "b" del comma precedente.

Per ottenere il rimborso l'Assistito deve presentare le fatture con indicazione esplicita di prestazione riconducibile alla gravidanza.

VISITE SPECIALISTICHE

La Mutua rimborsa solo il ticket, nei limiti previsti dal tariffario, per le spese sostenute per visite specialistiche fino a concorrenza del massimale di € 100,00 annui per persona.

Sono escluse dal rimborso le seguenti visite:

- a. chiropratiche e osteopatiche
- b. dietologiche
- c. generiche
- d. medico-legali
- e. medico-sportive
- f. odontoiatriche e ortodontiche
- g. omeopatiche
- h. psichiatriche
- i. psicologiche

Per ottenere il rimborso l'Assistito deve presentare la fattura con l'indicazione della specializzazione del medico e del tipo di visita effettuata.

RICOVERI – (rimborso forfettario)

La Mutua prevede un rimborso forfettario giornaliero per i ricoveri resi necessari da malattia, infortunio.

Il rimborso è pari a:

- a. € 70,00 in caso di ricovero con intervento chirurgico
- b. € 50,00 in caso di ricovero senza intervento chirurgico

Il rimborso è previsto per un massimo di 30 giorni per evento con una franchigia di 2 giorni. Il ricovero per parto viene equiparato a un ricovero con intervento chirurgico e non si applica la franchigia di 2 giorni.

Ai fini del computo totale, si intende giorno di ricovero quello per il quale è previsto il pernottamento ed è documentato da cartella clinica. Ai fini del computo il giorno di ricovero e di dimissioni, sono considerati in somma pari ad un giorno.

Per ottenere il rimborso, a dimissione avvenuta, l'Assistito deve presentare la cartella clinica e non è necessaria l'autorizzazione al ricovero, perché il ricovero è previsto solo in forma indiretta.

Articolo 29 – SUSSIDI SANITARI - ESCLUSIONI

La liquidazione dei rimborsi avverrà esclusivamente sulla base delle voci e con i criteri riportati nel presente regolamento e nel tariffario.

Sono escluse dal rimborso della Mutua le spese sostenute per:

- a. Accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori a norma di legge
- b. Cura di patologie psichiatriche e disturbi psichici
- c. Trattamento delle malattie e i ricoveri determinati da alcolismo, tossicodipendenze, nonché dall'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci
- d. Prestazioni mediche aventi esclusivamente finalità di ordine estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva e/o funzionale resi necessari da neoplasia maligna o da infortunio, comprovato da referto della prestazione di Pronto Soccorso presso struttura pubblica), dimagranti e fitoterapiche
- e. Infortuni derivanti da guida in stato di ebbrezza o ubriachezza o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o psicotrope
- f. Infortuni causati da azioni dolose compiute o tentate dall'iscritto
- g. Ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti clinici e diagnostici e/o terapie che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio
- h. Terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale
- i. Accertamenti per infertilità, sterilità, impotenza e le pratiche mediche finalizzate alla procreazione medicalmente assistita
- j. Conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e accelerazioni di particelle atomiche, salvo che non siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche
- k. Ricoveri causati dalla necessità dell'iscritto, dopo essere divenuto non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana (lavarsi, nutrirsi, muoversi, vestirsi), nonché i ricoveri per lunga degenza

Articolo 30 – SERVIZIO DI ASSISTENZA IN EMERGENZA

In caso di emergenza è attivo un numero verde in Italia 24 ore su 24, 7 giorni su 7, attraverso, questo servizio l'Assistito può richiedere:

- CONSULTO MEDICO TELEFONICO
- INVIO DI UN MEDICO O DI UNA AMBULANZA
- TRASFERIMENTI SANITARI PROGRAMMATI
- ASSISTENZA INFERMIERISTICA POST INTERVENTO

La garanzia opera:

- mediante contatto telefonico con la Centrale Operativa 24 ore al giorno, 365 giorni all'anno
- con costi a carico della Società entro il limite di 3 (tre) sinistri per assistito durante ciascun anno di validità della copertura
- senza limite di numero di prestazioni nell'ambito del medesimo sinistro
- entro il limite del massimale previsto per ciascun tipo di prestazione di assistenza
- nell'ambito del territorio italiano

Il servizio è erogato attraverso una convenzione assicurativa. Le modalità di utilizzo del servizio e i dettagli sono disponibili sul sito istituzionale.

CONSULTO MEDICO TELEFONICO

La Centrale Operativa è a disposizione dell'Assistito per organizzare un consulto medico telefonico in caso di urgenza conseguente a infortunio o malattia improvvisa.

Il servizio medico della Centrale Operativa, in base alle informazioni ricevute al momento della richiesta da parte dell'Assistito o da persona terza, qualora lo stesso non ne sia in grado, potrà fornire:

- consigli medici di carattere generale
- informazioni riguardanti:
 - reperimento dei mezzi di soccorso
 - reperimento di medici generici e specialisti
 - localizzazione di centri di cura generica e specialistica sia pubblici che privati
 - modalità di accesso a strutture sanitarie pubbliche e private
 - esistenza e reperibilità di farmaci

La Centrale Operativa non fornirà diagnosi o prescrizioni, ma farà il possibile per mettere rapidamente l'Assistito in condizione di ottenere quanto necessario. Il servizio garantisce una pronta risposta, qualora non fosse possibile, garantisce un servizio di re-call entro e non oltre le successive 48 ore.

INVIO DI UN MEDICO O DI UNA AMBULANZA

Qualora, successivamente al consulto medico telefonico, il servizio medico della Centrale Operativa giudichi necessaria e non rinviabile una visita medica dell'Assistito, la Centrale Operativa invierà un medico generico convenzionato sul posto.

La prestazione viene fornita con costi a carico della Società.

Qualora non sia immediatamente disponibile l'invio del medico, la Società organizzerà il trasferimento in ambulanza dell'Assistito presso il centro di primo soccorso più vicino al suo domicilio e senza costi a suo carico.

Resta inteso che in caso di emergenza grave la Centrale Operativa non potrà in alcun caso sostituirsi agli Organismi Ufficiali di Soccorso (Servizio 118), né assumersi le eventuali spese.

TRASFERIMENTO SANITARIO PROGRAMMATO

Previa analisi del quadro clinico da parte del servizio medico della Centrale Operativa e d'intesa con il medico curante dell'Assistito, la Centrale Operativa è a disposizione per organizzare il trasporto dell'Assistito con il mezzo ritenuto più idoneo qualora, a seguito di infortunio o malattia, sia necessario:

- il suo trasferimento presso l'istituto di cura dove deve essere ricoverato;
- il suo trasferimento dall'istituto di cura presso cui è ricoverato ad un altro ritenuto più attrezzato per le cure del caso;
- il suo rientro all'abitazione al momento della dimissione da un Istituto di cura.

La Centrale Operativa organizzerà il trasferimento dell'Assistito con costi a carico della Società e con i mezzi ritenuti più idonei a suo insindacabile giudizio, mediante:

- aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;
- treno, prima classe, e, ove necessario, vagone letto;
- autoambulanza senza limiti di chilometraggio o altro mezzo di trasporto.

In base alle condizioni di salute dell'Assistito, la Centrale Operativa provvederà a fornire la necessaria assistenza durante il trasporto con personale medico o paramedico.

Sono escluse dalla prestazione:

- le infermità o lesioni che a giudizio del servizio medico della Centrale Operativa possono essere curate sul posto;
- le malattie infettive, nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali;
- tutti i casi in cui l'Assistito o i familiari dello stesso sottoscrivessero volontariamente le dimissioni contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale fosse ricoverato;
- tutte le spese diverse da quelle indicate.

ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Qualora l'Assistito necessiti, nei 7 (sette) giorni successivi alla dimissione dall'istituto di cura presso cui era ricoverato, sulla base di certificazione medica, di essere assistito presso il proprio domicilio da personale specializzato (infermieristico o socio-assistenziale), potrà richiedere alla Centrale Operativa il reperimento e l'invio di personale convenzionato.

La ricerca e la selezione sarà effettuata in base alla tipologia del problema dell'Assistito al fine di offrire la migliore soluzione possibile.

La prestazione è fornita con un preavviso di 3 (tre) giorni.

La Società terrà a proprio carico il costo della prestazione per 2 (due) ore al giorno e per massimo 3 (tre) giorni per sinistro.

Articolo 32 - ACCESSO ALLA RETE DI STRUTTURE CONVENZIONATE

L'Assistito può accedere alle prestazioni sanitarie erogate dalle Strutture convenzionate con la Mutua su tutto il territorio nazionale, usufruendo di tariffe agevolate rispetto alle tariffe ordinarie normalmente applicate dalla Struttura.

Per l'accesso alla struttura è sufficiente esibire la Card nominativa o altro documento comprovante l'iscrizione alla Mutua.

La rete, distribuita su tutto il territorio nazionale, è costituita da:

- Case di Cura Private
- Aziende Ospedaliere
- Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS)
- Centri Diagnostici
- Centri Fisioterapici
- Laboratori Analisi
- Studi Odontoiatrici

e prevede convenzionamenti su tutto il territorio nazionale per:

- accertamenti diagnostici
- analisi cliniche
- ricoveri e interventi chirurgici
- visite specialistiche

L'elenco delle strutture convenzionate è costantemente aggiornato e pubblicato sul sito istituzionale.

SEZIONE V - TEMPI E MODI PER LA PRESENTAZIONE DELLE RICHIESTE DI RIMBORSO

Articolo 31 - MODALITA' DI RIMBORSO

Il rimborso delle prestazioni avviene mediante due modalità FORMA DIRETTA e FORMA INDIRETTA.

- qualora le prestazioni sanitarie siano effettuate dall'assistito presso strutture o sanitari convenzionati in forma diretta con la Mutua, questa provvederà al pagamento della fattura (intestata all'assistito ma inviata dalla struttura direttamente alla Mutua) sulla base di quanto disposto negli accordi convenzionali e nei limiti previsti dal presente documento
- qualora le prestazioni sanitarie siano effettuate in strutture o da sanitari non convenzionati in forma diretta con la Mutua, per ottenere il rimborso l'Assistito dovrà presentare la documentazione indicata nel presente documento.

I rimborsi per prestazioni sono effettuati dalla Mutua esclusivamente mediante bonifico bancario.

Articolo 32 - MODALITA' DI PRESENTAZIONE

L'Assistito potrà richiedere il rimborso attraverso la procedura online, accedendo all'area riservata del sito istituzionale, seguendo le istruzioni ivi contenute concernenti l'utilizzo di tale funzionalità.

La documentazione di spesa e quella sanitaria devono consentire l'identificazione delle generalità dell'Assistito, delle prestazioni sanitarie di cui ha usufruito e della data in cui le stesse sono state effettuate.

La richiesta di rimborso:

- non corredata della documentazione necessaria non potrà dar luogo alla liquidazione della prestazione interessata. La Mutua inoltrerà specifica "richiesta di integrazione dei documenti mancanti" che l'associato dovrà inviare nel termine di decadenza di 60 giorni dalla data della richiesta. L'inutile decorso del termine comporta la definitiva decadenza del diritto alla liquidazione della prestazione interessata
- in cui sia presente documentazione non conforme non potrà dar luogo alla liquidazione della prestazione interessata. Sono casi di documentazione non conforme:
 - o documentazione sanitaria non direttamente riferibile all'assistito (non sono esplicitate le sue generalità all'interno dei documenti in oggetto)
 - o senza indicazione delle prestazioni sanitarie effettuate
 - o senza indicazione della data in cui le prestazioni sono state effettuate
 - o documentazione fiscale non conforme alle disposizioni tributarie o non direttamente riferibile all'assistito

Articolo 33 - TEMPI DI PRESENTAZIONE

Per ottenere il rimborso delle spese sanitarie sostenute, tutta la documentazione necessaria (di cui al paragrafo precedente) deve essere presentata, entro la fine del trimestre successivo a quello in cui cade la data del giustificativo di spesa, secondo il seguente schema:

TRIMESTRE SOLARE	DATA DEL GIUSTIFICATIVO DI SPESA	ENTRO E NON OLTRE
1°	gennaio - febbraio - marzo	30/06
2°	aprile - maggio - giugno	30/09
3°	luglio - agosto - settembre	31/12
4°	ottobre – novembre - dicembre	31/03

La presentazione fuori termine comporta la decadenza al diritto di rimborso per le spese sanitarie interessate.

IN CASO DI ALTRA ASSICURAZIONE/ENTE

Se l'Assistito si avvale anche di altro ente/assicurazione, si consiglia di inviare la richiesta prima all'altro ente/assicurazione e dopo aver ricevuto il rimborso di inviare una copia della documentazione sanitaria e la distinta di liquidazione attestante il rimborso ottenuto. La Mutua interverrà per la parte rimasta a carico, sempre entro i limiti del tariffario in vigore. I termini fissati per il diritto al rimborso decorreranno dalla data della distinta dell'ente/assicurazione.

Articolo 34 - CONTROLLI SANITARI E RESPONSABILITA'

La Mutua si riserva il diritto di richiedere ulteriore documentazione o di verificare, anche attraverso sanitari di propria fiducia, lo stato di malattia degli assistiti nonché la congruità e la pertinenza delle spese per le quali viene chiesto il concorso e di limitare l'intervento a quelle ritenute giustificate.

Il rifiuto dell'assistito a sottoporsi ai controlli richiesti determina la perdita del diritto alla prestazione.

La Mutua non è responsabile per le prestazioni erogate dalle strutture sanitarie e dai medici convenzionati.

Articolo 35 - ESTENSIONE TERRITORIALE

Qualora non diversamente indicato nelle singole prestazioni o servizi, l'assistenza sanitaria è valida in tutto il mondo.

In caso di cure eseguite in Paesi orientali e/o Arabi è necessario che le fatture siano debitamente compilate e ufficialmente tradotte (ciò è comunque opportuno anche per le cure in altri Paesi), ad evitare che risultino mancanti o incomprensibili gli elementi necessari ad una corretta valutazione, da parte degli uffici della Mutua, dei rimborsi di competenza.

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi verranno eseguiti in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assistito, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.