

REGOLAMENTO
DEI PIANI SANITARI MUTUA ITALIA
ad adesione volontaria
SILVER – GOLD – PLATINUM

1. ISCRIZIONE

Per usufruire dei Piani Sanitari e della relativa copertura sanitaria occorre compilare la domanda di adesione a MUTUA ITALIA Sms completa di modulo della privacy e di autocertificazione dello stato di famiglia.

L'iscrizione alla Mutua è consentita entro il **65°** anno di età (anche compiuto) e può essere estesa in modo facoltativo al nucleo familiare (coniuge o convivente more uxorio o unito civilmente e i figli conviventi fino a 25 anni).

Eventuali figli > 25 anni o altri familiari conviventi possono attivare una autonoma posizione associativa versando il relativo contributo previsto per le posizioni titolare singolo o nucleo familiare. L'estensione della copertura al nucleo familiare sposta la decorrenza triennale del rapporto associativo. Pertanto deve essere confermata per almeno un triennio pieno salvo variazioni della composizione del nucleo familiare che dovranno essere opportunamente documentate.

Gli iscritti hanno l'obbligo di comunicare tempestivamente alla Mutua tutti i cambiamenti intervenuti nel proprio stato di famiglia. Nel caso di nascita di un figlio, l'associato ne darà comunicazione alla Mutua per inserirlo in copertura, come pure dovrà comunicare l'uscita dal nucleo di un familiare convivente.

2. DURATA IMPEGNO ASSOCIATIVO

L'adesione ad uno dei Piano Sanitari comporta l'iscrizione alla Mutua con il contestuale versamento della quota di iscrizione una tantum fissata in € 30,00 e dei relativi contributi associativi per un periodo triennale oltre l'anno di iscrizione, con rinnovo automatico di tre anni in tre anni, salvo disdetta da inviarsi a mezzo RAR almeno tre mesi prima di ogni scadenza.

MUTUA ITALIA è una Società di Mutuo Soccorso senza fine di lucro e in quanto tale non sono ad essa applicabili le norme sul recesso unilaterale previsto per i clienti di Banche o Compagnie di Assicurazioni. MUTUA ITALIA Sms a sua volta non esercita diritto di recesso nei confronti dei propri Soci prima della scadenza delle coperture dei propri Piani Silver, Gold e Platinum che è stabilita a 80 anni. La copertura cessa al 31.12 dell'anno in cui il Socio ha compiuto l'80° anno di età.

3. VARIAZIONE PIANO SANITARIO

Per cambiare tipo di PIANO SANITARIO è necessario attendere la scadenza naturale del rapporto associativo in corso. Gli associati, già iscritti ad un PIANO SANITARIO, possono però passare ad un Piano superiore anche prima della scadenza del rapporto in corso, a partire dal mese di gennaio dell'anno successivo.

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 fissata a 65 anni.

Il passaggio avviene a partire dall'inizio dell'anno solare successivo, con l'applicazione delle carenze assistenziali previste per la fruizione delle prestazioni diverse o maggiorate del nuovo PIANO SANITARIO.

Il passaggio ad un altro PIANO SANITARIO fa decorrere nuovamente la durata triennale del rapporto associativo e deve coinvolgere tutto il nucleo familiare se già iscritto in altre forme, salvo variazioni che fossero intervenute nello stato di famiglia.

4. MODALITA' VERSAMENTO CONTRIBUTI ASSOCIATIVI

Per i Piani Sanitari Gold e Platinum, in caso di iscrizione nel corso dell'anno, l'iscritto verserà il contributo in ratei mensili partendo dal mese di iscrizione fino alla fine dell'anno.

Per il Piano Sanitario Silver il primo anno in caso di iscrizione nel 1° semestre (da gennaio a giugno) l'associato verserà l'intero contributo associativo annuo; in caso di iscrizione nel 2° semestre (da luglio a dicembre) l'associato verserà il 50% del contributo.

Per gli anni successivi l'associato verserà sempre il contributo annuale intero entro il 31 gennaio o frazionato in due semestri con scadenza 31 gennaio e 30 giugno.

Il mancato versamento contributivo determina la perdita al diritto all'assistenza che viene ripristinata 30 gg dopo l'avvenuta regolarizzazione contributiva. I Soci sono comunque tenuti al rispetto dell'obbligo contributivo anche se non usufruiscono della copertura fino alla scadenza naturale del rapporto associativo. La Mutua per il recupero dei contributi e il rispetto dell'impegno associativo per le durate previste dall'art 2 del presente Regolamento si riserva di agire giudizialmente chiedendo anche il rimborso delle spese legali e amministrative.

5. DECORRENZA ASSISTENZA

Il diritto alle prestazioni dei Piani Sanitari MUTUA ITALIA decorre a partire dal 1° giorno del 1° mese successivo a quello di iscrizione (versamento contributivo).

Sono escluse le spese per ricoveri relativi a Grandi interventi chirurgici conseguenti a stati patologici manifestamente preesistenti già conosciuti o conoscibili o già diagnosticati. Per Diaria da Ricoveri diverso da grande intervento conseguenti a patologie preesistenti al momento dell'adesione, l'assistenza decorre dopo un anno.

L'eventuale preesistenza della patologia che ha dato luogo al grande intervento chirurgico potrà essere valutata al termine del ricovero dall'Organo Sanitario preposto mediante l'esame della documentazione sanitaria prodotta (cartella clinica ed esami preoperatori).

In caso di cessazione e di reinscrizione scattano nuovamente le carenze.

6. ESCLUSIONI

Non sono mai rimborsabili le spese sostenute per:

- malattie psichiche e mentali, compreso psicoterapia e psicoanalisi;
- manifestazioni morbose in rapporto o in dipendenza di abuso di alcolici o ad uso di stupefacenti;
- le malattie infettive, quando assumano carattere epidemico o pandemico;

- cure estetiche;
- infortuni conseguenti a proprie azioni dolose o delittuose;
- infortuni conseguenti alla pratica di sport pericolosi;
- conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo;
- conseguenze di guerre, insurrezioni, terremoti, ed altre calamità naturali devastanti.
- la correzione di difetti congeniti e costituzionali.

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 il numero massimo di giorni previsti per ogni evento patologico descritti in copertura.

Sono pure escluse le spese per la spedizione o la digitalizzazione dei referti o delle note di spesa.

Visite Mediche Specialistiche

Si prevede il rimborso delle spese per visite mediche specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite odontoiatriche ed ortodontiche, delle visite omeopatiche, delle visite psichiatriche e psicologiche, delle visite dietologiche, delle visite chiropratiche nonché tutte quelle non previste dalla medicina ufficiale.

I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata nella richiesta del medico curante (MMG), pena il diniego di rimborso.

7. ESTENSIONE TERRITORIALE

La copertura vale per il mondo intero

8. ADEGUAMENTO PRESTAZIONI E CONTRIBUTI

La Mutua in base agli andamenti delle erogazioni dei Piani Sanitari delibera annualmente entro il mese di novembre l'elenco delle prestazioni e la misura dei relativi sussidi e rimborsi e le modalità di fruizione in forma diretta con le relative franchigie o quote a carico dell'assistito, che possono variare anche in relazione a modifiche stabilite dal SSN o dalle convenzioni con la rete delle strutture sanitarie. Contestualmente stabilisce la misura dei contributi associativi necessari a garantire le prestazioni nel rispetto della natura non profit della Società di Mutuo Soccorso coniugato alle esigenze di equilibrio gestionale.

Non sono previsti aumenti contributi ad personam ma viene applicato il principio della suddivisione mutualistica dei rischi tra tutti i Soci della Mutua.

9 DETRAIBILITA' SPESE SANITARIE

Dal momento che i contributi associativi versati ad una Società di Mutuo Soccorso sono fiscalmente detraibili dalle imposte, la spesa sanitaria detraibile è solo quella residua non rimborsata. Le spese mediche detraibili saranno pertanto solo quelle rimaste effettivamente a carico, cioè quelle (o quella quota) non rimborsata.

10 MODALITA' PER LA FRUIZIONE DELL'ASSISTENZA IN FORMA DIRETTA E PER IL CONSEGUIMENTO DEI RIMBORSI IN FORMA INDIRECTA

Forma Diretta: Per le prestazioni specialistiche: inviare alla CAMPА la prescrizione del Medico curante di Medicina Generale completa di sospetto diagnostico indicando il Centro sanitario scelto per ricevere il foglio di autorizzazione; telefonare al centro medico per un appuntamento; presentarsi il giorno dell'appuntamento al centro medico con la tessera CAMPА e l'autorizzazione ricevuta.

Forma Indiretta: Per le prestazioni specialistiche: le ricevute di spesa e i ticket dovranno essere trasmessi entro 30 gg dalla loro emissione unitamente alla copia della prescrizione del Medico curante di Medicina Generale, completa di sospetto diagnostico (e copia referto da cui si evinca la tipologia di prestazioni effettuate).

In caso di ricovero: occorre effettuare l'apertura della pratica di malattia inoltrando domanda di assistenza entro 10 gg. dall'inizio della degenza mediante l'invio di certificato medico contenente la richiesta di ricovero. Alla fine del ricovero dovranno essere inviate alla CAMPА per il riconoscimento della indennità o rimborso, entro il termine di tre mesi:

1) Documentazione della struttura sanitaria attestante il ricovero con l'indicazione del giorno di ingresso e di quello di dimissione completa di motivazione del ricovero, 2) Copia delle note di spesa sostenute, 3) Copia della cartella clinica completa di diario operatorio con indicazione della esatta tipologia delle prestazioni effettuate.

N.B. Tutte le trasmissioni delle note di spesa o le richieste di autorizzazioni alla forma diretta potranno avvenire anche tramite fax o mail.

11 INAMMISSIBILITA' AL RIMBORSO

La mancata l'apertura della pratica di malattia e il mancato invio della documentazione di spesa e delle relative prescrizioni entro i termini previsti dal presente Regolamento, costituisce causa di decadenza dal diritto del conseguimento dei rimborsi e delle prestazioni. Potranno essere giustificati ritardi causati da impossibilità o forza maggiore opportunamente motivati e documentati. Non potranno mai in nessun caso essere ammesse a rimborso le note di spesa di ciascun anno che pervengano oltre il termine del 31 gennaio dell'anno successivo (eccetto i termini più lunghi previsti in caso di ricovero).

La Mutua può effettuare gli accertamenti sanitari sugli associati ammalati 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.

12 EVASIONE PRATICHE E TEMPI DI LIQUIDAZIONE

La CAMPА gestisce direttamente tutte le pratiche relative alle richieste di rimborso e garantisce che i tempi di liquidazione nell'assistenza in forma indiretta, (attraverso accredito diretto sui c/c degli iscritti alla Mutua) sono di ca 45/60 giorni dal momento dell'acquisizione delle note di spesa completa di tutta documentazione sanitaria occorrente.

13 SERVIZIO SOCI

Gli Uffici di MUTUA ITALIA SMS (tel./fax 0825679254 – email mutuaitaliasms@gmail.com) e quelli della CAMPA sono a disposizione per fornire ogni informazione circa le prestazioni oggetto della copertura, le modalità di rimborso e le modalità di fruizione dell'assistenza o circa le possibilità di accesso alle convenzioni in forma diretta ed indiretta.

Tramite **l'Area riservata accessibile del sito di Mutua Italia** collegato con CAMPA, è possibile dopo essersi registrati:

- consultare e scaricare i contenuti e le prestazioni previste dal Piano Sanitario,
- caricare i documenti di spese mediche per richiedere i rimborsi,
- consultare l'elenco delle strutture sanitarie convenzionate,
- richiedere la eventuale autorizzazione ad effettuare le prestazioni in forma diretta nei centri convenzionati,
- scaricare la documentazione utile per la dichiarazione dei redditi,
- ogni altra informazione può essere richiesta via mail a mutuaitaliasms@gmail.com o mutua@campa.it

14 CONTROVERSIE Arbitrato

In caso di richieste di chiarimenti o reclami sulla ammissibilità a sussidio delle prestazioni, o relativi alla misura dei rimborsi e dei sussidi, MUTUA ITALIA SMS delega la CAMPA attraverso i suoi Organi a provvedere a fornire le risposte ai propri associati.

Qualora l'associato non si ritenga soddisfatto della decisione della Commissione medica della Mutua per i casi di controversie di natura medica sull'indennizzabilità della malattia o dell'infortunio nonché sulla misura dei rimborsi o delle indennità, l'Associato e la Mutua si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo, o in caso di inerzia da parte del Consiglio dell'Ordine dei Medici di Bologna, in ordine alla decisione circa il diritto al rimborso e alla effettiva entità dovuta, in base alle condizioni della copertura assistenziale. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà alle spese e competenze del terzo medico.

Gli arbitri saranno remunerati in conformità alle tariffe stabilite dalla CCIAA di appartenenza.

✓ **Da sapere**

- ✓ I contributi associativi versati dai Soci alla Società di Mutuo Soccorso sono fiscalmente detraibili dalle imposte nella misura del 19% (art. 83 co. 5 D. Lgs 117/17 Codice Terzo Settore).
- ✓ Le spese sanitarie detraibili sono solo quelle non rimborsate e rimaste a carico dell'assistito.
- ✓ Le prestazioni sono garantite dalla CAMPA a cui MUTUA ITALIA è Associata.
- ✓ Per fruire dell'assistenza in forma diretta occorre inviare alla CAMPA la prescrizione del Medico di Medicina Generale completa di diagnosi o sospetto diagnostico.

- ✓ Per usufruire dei rimborsi in forma indiretta è necessario inviare alla CAMPA anche in copia o via fax le note di spesa sostenute, con prescrizione Medico di Medicina Generale completa di diagnosi o sospetto diagnostico
- ✓ Per ticket ed accertamenti diagnostici entro 30 gg.
- ✓ In caso di ricovero è necessario effettuare la denuncia entro 10 gg. Solitamente per il riconoscimento delle diarie è sufficiente il certificato di dimissione da cui si rilevi la durata e la tipologia del ricovero. Su richiesta della Mutua può essere necessario inviare la cartella clinica e le eventuali documentazioni di spesa entro tre mesi dalla dimissione.