

REGOLAMENTO GENERALE

(Approvato dal CDA il 19 Febbraio 2019)

Articolo 1

Il presente Regolamento Generale disciplina le modalità di iscrizione individuale e collettiva alla SMS, le procedure operative e le norme per il conseguimento delle prestazioni, nonché quelle organizzative e inerenti il funzionamento della Società. Ulteriori regolamentazioni specifiche potranno essere previste dai singoli Regolamenti delle coperture e dei Piani Sanitari.

MODALITÀ PER LE ISCRIZIONI

Articolo 2

Le domande di iscrizione devono essere compilate sull'apposito modulo, complete di tutte le informazioni richieste. Le domande devono essere accompagnate dalla ricevuta del versamento delle quote di iscrizione e dei contributi fissati per ciascun tipo di assistenza e deliberati dal Consiglio di Amministrazione, nonché dal certificato di stato di famiglia o autocertificazione del nucleo familiare ai sensi di legge se l'iscrizione è estesa al nucleo familiare convivente.

MUTUA ITALIA ha facoltà di chiedere, ad integrazione della domanda, tutti gli ulteriori documenti necessari.

L'esito delle domande di iscrizione deve essere comunicato per iscritto all'interessato entro e non oltre 60 gg. dalla data di presentazione.

Articolo 3

A seconda della tipologia di Piano Sanitario scelto l'iscrizione può essere individuale o deve comprendere l'intero nucleo familiare convivente (marito, moglie, conviventi more uxorio o uniti civilmente, figli), risultante da autocertificazione; possono essere richieste documentazioni comprovanti. Possono iscriversi nella stessa posizione eventuali altri parenti aventi stessa residenza del titolare.

Anche in caso di obbligo di iscrizione all'intero nucleo è data la possibilità di iscriversi singolarmente, escludendo i familiari

L'iscrizione deve avvenire nelle medesime formule di assistenza per tutto il nucleo familiare, salvo casi eccezionali autorizzati dal Comitato Esecutivo.

Gli iscritti hanno l'obbligo di comunicare tempestivamente alla MUTUA ITALIA tutti i cambiamenti pervenuti nel proprio nucleo familiare convivente.

Per i Piani che prevedono l'iscrizione dell'intero nucleo familiare i congiunti ed i figli, rispettivamente acquisiti o nati successivamente alla data di iscrizione o di estensione dell'assistenza al proprio nucleo familiare, devono essere iscritti alla MUTUA e devono essere versati i relativi contributi associativi anche per loro. In caso di assistenza alla gravidanza e al parto è necessaria sempre l'iscrizione di entrambi i genitori naturali del bambino anche se non conviventi;

diversamente dovrà essere versato il contributo associativo maggiorato previsto per chi esclude i familiari.

I nuovi nati potranno godere dell'assistenza gratuita per il 1° anno di vita con decorrenza immediata, previo il versamento della quota di iscrizione una-tantum entro 20 gg. dalla nascita. I contributi associativi dovranno essere versati a partire dal compimento del 1° anno di vita.

Qualora un familiare non sia più convivente, esca dal nucleo e costituisca una nuova famiglia è necessario aprire una posizione autonoma.

L'iscritto che estende l'assistenza sanitaria ai propri familiari, deve inoltrare un'altra domanda con le modalità richieste dall'art. 2 del presente Regolamento.

L'estensione dell'assistenza al coniuge, ai figli o altri familiari non sposta la decorrenza del rapporto associativo se l'iscrizione avviene entro 20 gg. dalla data in cui entrano a far parte del proprio nucleo familiare.

Se l'estensione dell'assistenza ai familiari avviene invece in un secondo tempo, la decorrenza dei termini dell'impegno associativo, si intenderà spostata alla data della domanda.

Articolo 4

Per le iscrizioni di natura volontaria la durata del rapporto associativo è triennale oltre l'anno di iscrizione e si rinnova tacitamente di tre anni in tre anni salvo disdetta da inviarsi almeno tre mesi prima di ogni scadenza triennale.

Per le convenzioni per coperture collettive deliberate dal Consiglio di Amministrazione con Aziende, cooperative od Enti, possono essere previste condizioni particolari relative alla possibilità di adesione individuale, alla durata del rapporto associativo, ai termini delle carenze assistenziali, ed altre eventuali, con appositi regolamenti speciali.

Come i vari tipi di assistenza deliberati dal Consiglio di Amministrazione o concordati con altre Mutue con cui Mutua Italia può operare in regime di mutualità mediata, anche le coperture collettive rivolte ai dipendenti aziendali devono avere una gestione mutualistica improntata ai criteri di autosufficienza.

Articolo 5

Passaggio ad un'altra forma di assistenza.

Per poter cambiare tipo di assistenza è necessario attendere la scadenza naturale del rapporto associativo in corso. Gli associati, già iscritti ad un tipo di assistenza, possono però passare ad un tipo di assistenza più ampia anche prima della scadenza del rapporto in corso. Il passaggio a tipi di assistenza più ampia (e l'abbinamento di più formule di assistenza) è consentito sino all'età massima prevista per la prima iscrizione.

Il passaggio avviene di norma a partire dall'inizio dell'anno solare, con l'applicazione della carenza assistenziale prevista dall'art. 14 del Regolamento per la fruizione delle prestazioni diverse o maggiorate della nuova assistenza.

Il passaggio ad un'altra forma di assistenza fa decorrere nuovamente la durata triennale del rapporto associativo e deve coinvolgere tutto il nucleo familiare già iscritto in altre forme, salvo variazioni che fossero intervenute nel nucleo familiare convivente.

Articolo 6

È possibile fruire contemporaneamente di più tipi di assistenza. L'assistito avrà diritto a più rimborsi quanti sono i tipi di assistenza a cui è iscritto; ovviamente i rimborsi così cumulati non potranno superare in ogni caso il limite della somma spesa, detratta la somma eventualmente rimborsata da parte da terzi.

L'iscrizione ad un ulteriore tipo di assistenza sposta la decorrenza del rapporto associativo: la fruizione contestuale di più tipi di assistenza deve durare quindi almeno un triennio (oltre la frazione di anno di iscrizione) e si rinnova di tre anni in tre anni salvo disdetta da inviarsi a mezzo lettera raccomandata almeno tre mesi prima di ogni scadenza triennale.

Nel caso di iscrizione successiva ad un ulteriore tipo di assistenza, decorre nuovamente, per la fruizione delle prestazioni aggiuntive, il periodo di carenza assistenziale previsto dall'art. 14 del Regolamento.

La quota di iscrizione pro-capite si versa una sola volta all'atto dell'iscrizione indipendentemente dal numero di tipi di assistenza. Così pure chi è già iscritto ad una formula assistenziale e decide di cambiare o abbinare ulteriori tipi non deve pagare nuovamente la quota di iscrizione.

Articolo 7

Le nuove iscrizioni e l'ammissione alle assistenze della MUTUA ITALIA sono consentite generalmente fino al 65° anno di età, salvo limiti diversi contenuti nei Regolamenti dei singoli Piani Sanitari.

Eventualmente gli ultrasessantacinquenni potranno però iscriversi assieme al proprio nucleo familiare del quale faccia parte almeno un componente convivente che non abbia compiuto il 65° anno di età, che assumerà la qualifica di titolare (con le medesime esclusioni sopra descritte).

Gli associati già iscritti potranno in via generale continuare a godere dell'assistenza senza alcun limite di età, salvo limitazioni previsti nei Regolamenti dei singoli Piani Sanitari che possono prevedere dei limiti di età per fruire delle prestazioni.

MODALITÀ PER IL VERSAMENTO DEI CONTRIBUTI

Articolo 8

Il versamento "una tantum" della quota di iscrizione ed il versamento dei contributi associativi per ciascun tipo di Piano Sanitario, devono essere effettuati mediante bonifico bancario.

I contributi associativi per ciascun anno solare devono essere versati in unica soluzione entro il 31 gennaio dell'anno a cui si riferiscono.

Articolo 9

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

Articolo 10

Gli interessi di mora e la carenza assistenziale previsti dall'art. 15 dello Statuto non si applicano qualora la regolarizzazione contributiva avvenga entro 15 giorni dai termini di pagamento.

MODALITÀ PER IL CONSEGUIMENTO DELLE PRESTAZIONI

Articolo 11

Lo stanziamento dei fondi per i diversi tipi di assistenza e i diversi Piani Sanitari e i relativi contributi associativi e sanitari sono deliberati annualmente dal Consiglio di Amministrazione in base a quanto stabilito dallo Statuto.

Articolo 12

L'assistenza sanitaria è sempre garantita nella forma indiretta. Per i ricoveri con intervento chirurgico e parto, e

per le prestazioni specialistiche ambulatoriali (esami di laboratorio, indagini strumentali, radiologiche ed ecografiche, terapie fisiche) l'assistenza può essere erogata anche nella forma diretta per mezzo di apposite convenzioni di cui MUTUA ITALIA può avvalersi in base ad accordi di mutualità mediata o stipulare, con strutture sanitarie pubbliche e private.

Articolo 13

Esclusioni

Sono escluse le spese per ricoveri ed interventi relative patologie manifestamente preesistenti conosciute o conoscibili o a correzione di difetti fisici e congeniti

Non sono mai rimborsate 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.
- infortuni o malattie conseguenti a pratica di sport pericolosi
- infortuni o malattie imputabili a responsabilità di terzi;

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

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

Articolo 14

Decorrenza dell'assistenza e malattie preesistenti

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

immediatamente dal momento dell'iscrizione. L'assistenza alla gravidanza e al parto decorre dopo tre mesi dall'iscrizione ma fino al 12° mese di iscrizione può essere garantita solo in forma indiretta.

Articolo 15

Le prestazioni per le quali è ammissibile il rimborso delle spese sostenute dall'assistito, nei vari tipi di assistenza e Piani Sanitari, sono deliberate ogni anno dal Consiglio di Amministrazione e sono descritte, specificandone la quantità e le modalità di erogazione, nei prospetti dei Piani Assistenziali e Sanitari e nei relativi specifici Regolamenti.

In via generale possono riguardare:

- 1) onorari delle equipe chirurgiche, gli onorari medici, la sala operatoria, sala parto, anestesia e materiale di sala operatoria;
- 2) retta di degenza e la differenza retta, in caso di ricovero in medicina e chirurgia presso Istituti di Cura pubblici e privati;
- 3) Day Hospital, Day Surgery e Diarie giornaliere per ricoveri a carico del SSN;
- 4) accertamenti diagnostici, analisi di laboratorio, esami strumentali, visite specialistiche ed i relativi ticket;
- 5) terapie fisiche riconosciute;
- 6) protesi acustiche;
- 7) cure termali;
- 8) assistenza infermieristica e prestazioni socio-sanitarie;
- 9) trasporto in ambulanza in caso di ricovero;
- 10) cure odontoiatriche.

Altre prestazioni possono essere previste in appositi regolamenti speciali di Piani sanitari collettivi aziendali o altri tipi di coperture che la MUTUA può proporre.

Articolo 16

In ogni caso di malattia, la quantità e la qualità delle prestazioni da ammettere a rimborso, secondo le tariffe previste, è stabilita dalla MUTUA ITALIA o dal gestore del Piano con cui può operare in Convenzione o in regime di mutualità mediata sempre sulla base delle risultanze e dei dati clinici rilevabili dalla documentazione sanitaria e amministrativa prodotta.

Articolo 17

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

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

Non sono riconosciute le spedalità per le malattie escluse all'art. 13 del presente Regolamento, nonché per le malattie croniche salvo brevi periodi di riacutizzazione comprovata.

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

I Ricoveri sono riconoscibili per un massimo di 90 giorni nell'arco dell'anno solare e fino ad un massimo di 30 giorni per ogni evento patologico. Le Diarie possono essere riconosciute per periodo più brevi in base a quanto previsti dai Piani Sanitari.

Articolo 18

Le modalità per l'attivazione della copertura sanitaria integrativa e ogni richiesta di assistenza, sia in forma diretta sia in forma indiretta, è descritta nei singoli Regolamenti dei Piani Sanitari. In via generale è sempre necessario inviare la prescrizione del medico curante (Medico di medicina generale MMG) con motivazione, diagnosi o sospetto diagnostico che rende necessaria la prestazione sanitaria.

Per i Ricoveri è necessario effettuare l'apertura della pratica entro e non oltre l'ottavo giorno dall'inizio della degenza.

Per ricoveri all'estero il termine viene elevato a quindici giorni.

Protraendosi il ricovero oltre ai 20 giorni l'associato dovrà darne comunicazione alla MUTUA ITALIA o al gestore del Piano per ottenere la eventuale proroga.

La documentazione di spesa deve essere sempre comprovata dalla copia della cartella clinica ospedaliera.

Per le prestazioni, specialistiche ambulatoriali, diagnostiche e le altre che non comportano ricovero, le ricevute di spesa dovranno essere trasmesse entro 30 gg. dalla loro emissione, unitamente alla copia della prescrizione medica completa di diagnosi ed alla copia del referto indicante la specifica delle prestazioni svolte.

Articolo 19

La mancata comunicazione di apertura della malattia e il mancato invio della documentazione prescritta entro i termini previsti dagli artt.18 e 19 del presente Regolamento, costituisce causa di decadenza dal diritto del conseguimento dei rimborsi e delle prestazioni.

Articolo 20

La MUTUA ITALIA o il gestore dei Piani Sanitari può effettuare gli accertamenti sanitari sugli assistiti 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.

COSTITUZIONE DELLE SEZIONI SOCI

Articolo 21

A fronte di una possibile diffusione della base sociale in Italia e in Europa, e a seguito di delibera del Consiglio di Amministrazione, i soci possono essere raggruppati in **sezioni regionali e/o territoriali locali o nazionali o di categoria**, che costituiscono unità organiche del corpo sociale.

Il numero minimo di Soci per la costituzione di una Sezione è fissato a trenta.

Ciascuna sezione comprende tutti i soci residenti nella corrispondente regione o diversa estensione territoriale, facenti capo per il proprio funzionamento ad un singolo Consigliere Delegato che la rappresenta davanti al Consiglio di Amministrazione. Il Consigliere Delegato della Sezione Soci è coadiuvato da un Consiglio Sezionale dei soci, i cui membri sono eletti dall'Assemblea Separata della corrispondente Sezione Soci.

DISCIPLINA DEGLI ORGANI DI AMMINISTRAZIONE

Articolo 22

Il Consiglio di Amministrazione può nominare, con deliberazione motivata, Commissioni di studio fissando la durata massima dei lavori e il compenso dei singoli componenti.

GESTIONE FINANZIARIA

Articolo 23

L'entità delle quote di iscrizione una tantum e dei contributi associativi e sanitari, viene stabilita dal Consiglio di Amministrazione entro il mese di novembre di ciascun anno, in sede di redazione del bilancio di previsione.

La quota di iscrizione può essere ridotta dal Consiglio di Amministrazione qualora le iscrizioni avvengano tramite Organizzazioni Rappresentative o si realizzino convenzioni per coperture collettive.

Le quote di iscrizione possono essere anche utilizzate in funzione di necessità promozionali per l'acquisizione di nuovi associati. Nel caso di particolari tipi di assistenza integrativa istituiti o concordati con altre Sns dal Consiglio di Amministrazione, i contributi possono essere correlati e differenziati dai contributi di altri tipi e la gestione dovrà essere improntata a criteri di autosufficienza.

Articolo 24

I bilanci consuntivi e preventivi, una volta approvati dall'Assemblea Générale, e tutti gli atti contenenti modifiche dello Statuto, devono essere trasmessi agli Uffici competenti di controllo, secondo quanto previsto dalle leggi vigenti.