

Regolamento generale MUTUA GEMINIANA

(Approvato dai soci fondatori in data di costituzione della Mutua Geminiana)

MODALITÀ PER LE ISCRIZIONI

Articolo 1

Le domande di iscrizione devono essere compilate sull' apposito modulo, complete di tutte le informazioni richieste. Le domande devono essere accompagnate dal certificato di stato di famiglia o autocertificazione ai sensi di legge e dal versamento delle quote di iscrizione e dei contributi fissati per ciascun tipo di assistenza.

Articolo 2

L'organo amministrativo della Mutua Geminiana ha facoltà di chiedere, ad integrazione della domanda, altri documenti ritenuti necessari.

Quando vengono chiesti ulteriori documenti, si blocca l'iter di iscrizione fino alle presentazione di quanto richiesto. L'accettazione delle domande di iscrizione deve essere comunicato per iscritto all'interessato entro e non oltre 60 giorni dalla data di presentazione di tutti i documenti.

Articolo 3

L'iscrizione deve comprendere l'intero nucleo familiare risultante dallo stato di famiglia.

È data tuttavia la possibilità di iscriversi singolarmente, escludendo i familiari, mediante il pagamento di un contributo maggiorato stabilito annualmente dal Consiglio di Amministrazione. Per l'anno in corso si prevede un contributo aumentato del 100% rispetto a quelli stabiliti nei vari livelli del piano di assistenza. Gli iscritti hanno l'obbligo di comunicare tempestivamente alla Mutua Geminiana tutti i cambiamenti intervenuti nel proprio stato di famiglia.

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 assoggettati al versamento contributivo.

I nuovi nati potranno godere dell'assistenza gratuita per il 1° anno di vita con decorrenza immediata, previo il versamento della quota di iscrizione entro 20 giorni dalla nascita.

I contributi associativi dovranno essere versati a partire dal compimento del 1° anno di vita.

L'iscritto che estende l'assistenza sanitaria ai propri familiari, deve inoltrare un'altra domanda con le modalità richieste dall'art. 1 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 di cui agli art. 9,10,11,12, 13 e 18 dello Statuto, si intenderà spostata alla data della domanda.

Articolo 4

In caso di accordi per coperture collettive deliberate dal Consiglio di Amministrazione con Aziende, Associazioni od Enti, possono essere previste condizioni particolari relative alla possibilità di adesione

individuale con una elaborazione di contributo ad hoc ed in merito alla durata del rapporto associativo, ai termini delle carenze assistenziali, ed altre eventuali, con appositi regolamenti speciali, come da art. 5 e 6 dello statuto.

Come i vari tipi di assistenza deliberati dal Consiglio di Amministrazione, anche le coperture collettive e i fondi sanitari di tipo aziendale 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 nello stato di famiglia.

Articolo 6

È possibile fruire contemporaneamente di più tipi di assistenza. 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 per ogni associato si versa all'atto dell'iscrizione e, in seguito, all'inizio di ogni annualità successiva, indipendentemente dal numero di tipi di assistenza.

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 Geminiana sono consentite fino al 70° anno di età.

Gli ultrasettantenni potranno però iscriversi assieme al proprio nucleo familiare del quale faccia parte almeno un componente convivente che non abbia compiuto il 70° anno di età, che assumerà la qualifica di titolare.

Gli associati già iscritti potranno continuare a godere dell'assistenza senza alcun limite di età.

MODALITÀ PER IL VERSAMENTO DEI CONTRIBUTI

Articolo 8

Il versamento della quota di iscrizione ed il versamento dei contributi associativi per ciascun tipo di assistenza contemplato dall' art. 18 dello Statuto, devono essere effettuati mediante bonifico bancario o a mezzo assegno.

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

È ammesso il versamento dei contributi in due rate semestrali solo nel caso di nuclei familiari composti da almeno quattro unità.

In tal caso la prima rata semestrale deve essere versata entro il 31 gennaio e la seconda entro il 31 luglio.

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. 19 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 contributi associativi sono stabiliti anno per anno dall'organo amministrativo, come previsto da statuto.

Articolo 12

L'assistenza sanitaria è sempre garantita nella forma indiretta; vi sono prestazioni proposte in forma diretta: vengono stabilite dal Consiglio di Amministrazione ogni anno. Le prestazioni specialistiche ambulatoriali (visite specialistiche, esami di laboratorio, ecografie, terapie fisiche, etc.) o le prestazioni socio-sanitarie o le prestazioni socio-assistenziali sono erogate nella forma diretta nelle strutture co-gestite dalla Mutua Geminiana.

Articolo 13

La Mutua Geminiana stipula convenzioni con strutture sanitarie, pubbliche e/o private per assicurare prestazioni ai propri associati. In tutti questi casi vige l'assistenza in forma indiretta.

Articolo 14

Decorrenza dell'assistenza e malattie preesistenti

L'erogazione dell'assistenza decorre in via generale

- dal **primo giorno** da cui decorre la qualifica di socio per prestazioni derivanti da infortunio, documentato dal ricorso a Pronto Soccorso Pubblico, che determinano nuove patologie e non solo

riacutizzazione o aggravamento di patologie preesistenti. L'assistenza decorre immediatamente dal momento del completamento dell'iscrizione.

- dal primo giorno **del quarto mese** successivo a quello da cui decorre la qualifica di socio, per gli accertamenti diagnostici, le visite specialistiche, l'erogazione di sussidi, cure odontoiatriche, cure ortodontiche (ad eccezione di implantologia e protesi, erogabili dopo **12 mesi**);
- dal primo giorno **del sesto mese** successivo a quello da cui decorre la qualifica di socio, per assistenza psicoterapica, per le prestazioni relative a malattie croniche e recidivanti e per le prestazioni socio-assistenziali e socio-sanitarie.

Articolo 15

Le prestazioni per le quali è previsto il concorso nelle spese sostenute dall'assistito o l'erogazione in forma diretta, secondo il disposto dagli art. 21 e 23 dello Statuto, sono deliberate ogni anno dal Consiglio di Amministrazione e sono descritte, specificandone la quantità e le modalità di erogazione, nel Piano Assistenziale e nell'elenco generale prestazioni/assistenza diretta, resi pubblici.

Le prestazioni attualmente riguardano:

- 1) accertamenti diagnostici, analisi di laboratorio, esami strumentali, visite specialistiche ed i relativi ticket;
- 2) terapie fisiche riconosciute e terapie logopediche;
- 3) protesi acustiche;
- 4) cure termali;
- 5) assistenza domiciliare infermieristica e/o da operatore socio-sanitario;
- 6) inserimento in strutture semi-residenziali e residenziali
- 7) cure ortognatodontiche per ragazzi fino a 18 anni previste dal Piano di Assistenza;
- 8) cure odontoiatriche previste dal Piano di Assistenza;
- 9) cure psicoterapiche previste dal Piano di Assistenza.

Le prestazioni testè offerte soddisfano quelle esigenze di tutela in ambito sanitario che oggi sono poco garantite per le lunghe liste di attesa: **prevenzione, tempestività negli accertamenti diagnostici e nella specialistica, potenziamento delle cure domiciliari, ecc.**

In considerazione della realtà sanitaria nelle province della regione Emilia-Romagna, dove è assicurato al meglio e in tempi rapidi ogni tipo di intervento chirurgico, **la mutua non si occupa al momento di garantire contributi in caso di ricovero per i propri associati.** Questa scelta, che tiene conto dell'efficienza e della qualità delle rete ospedaliera pubblica, consente di proporre una quota associativa – per la copertura di tutte le branche specialistiche (ambulatoriali e domiciliari) e per prestazioni socio-sanitarie – molto popolari ed accessibili a tutti i cittadini.

D'altro canto in virtù dell'analisi accurata del nostro territorio, la Mutua Geminiana si impegna a garantire tutte quelle prestazioni – **accertamenti diagnostici, specialistica, potenziamento delle cure domiciliari, etc.** – per le quali vi sono lunghe liste d'attesa.

Articolo 16

Condizioni per le quali è esclusa qualsiasi forma di assistenza e contribuzione

In ottemperanza all'art. 24 dello statuto la Mutua Geminiana non presta assistenza nella maniera più assoluta nei casi di:

- a) determinate malattie mentali e disturbi psichici (vedasi allegato 2 del piano di assistenza);
- b) gli infortuni accaduti al Socio della Mutua durante la commissione di reati;
- c) gli infortuni e/o le malattie conseguenti ad intossicazione acuta e/o cronica da abuso di sostanze (alcool, stupefacenti, farmaci, etc.), nonché le malattie correlate al consumo di stupefacenti e all'abuso di alcool e sostanze psicotrope;
- d) gli infortuni derivanti da sport aerei (compresi deltaplani, ultraleggeri, parapendii e assimilabili) e dalla partecipazione a gare motoristiche, relative prove ed allenamenti;
- e) gli infortuni derivanti da attività sportiva professionale (comprese gare, prove ed allenamenti);
- f) l'acquisto, l'applicazione, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici e terapeutici, nonché di mezzi ausiliari a sostegno di handicap, salvo quanto indicato nel piano di assistenza;
- g) le prestazioni e terapie aventi finalità estetica (tranne quelle necessarie per curare danni derivanti da infortuni o da neoplasie), nonché prestazioni chirurgiche aventi finalità estetiche;
- h) le prestazioni e terapie in genere con finalità dietologica nonché prestazioni e terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale (D.M. dell'8/11/91 pubblicato sulla G.U. n. 262) quali per esempio quelle fitoterapiche;
- i) trattamenti dell'infertilità e la fecondazione artificiale;
- j) le interruzioni volontarie di gravidanza (legge 194/78);
- k) le conseguenze dirette e indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.); quanto sopra salvo che si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili;
- l) le conseguenze di guerre, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
- m) gli infortuni accaduti durante lo svolgimento di servizio militare reso in esercito, marina o aeronautica;
- n) i danni provocati da sostanze radioattive, biologiche e chimiche quando non utilizzate per fini pacifici;
- m) cure odontoiatriche non previste nel piano di assistenza;
- o) malattie infettive quando assumano carattere epidemico o pandemico;
- p) interventi e/o prestazioni finalizzati alla cura, eliminazione e correzione di difetti fisici e/o malformazioni preesistenti al momento dell'iscrizione alla mutua;
- q) ricoveri o prestazioni avvenute in "beauty farm" o istituti assimilabili.

In ogni caso di malattia e/o infortunio, la quantità e la qualità delle prestazioni da ammettere a rimborso, secondo le tariffe previste, è stabilita dalla Mutua Geminiana sulla scorta delle risultanze e dei dati clinici rilevabili dalla documentazione sanitaria e amministrativa prodotta prima di effettuare le cure medesime.

Articolo 17

Non sono previsti rimborsi per cure effettuate all'estero. In ottemperanza all'art. 23 dello statuto la Mutua Geminiana può erogare l'assistenza

in forma diretta – con assunzione diretta degli oneri delle prestazioni effettuate dagli Associati presso le strutture sanitarie gestite o co-gestite dalla mutua stessa;

o in forma indiretta – con il riconoscimento successivo agli Associati di rimborsi e sussidi per le spese delle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali da loro sostenute presso strutture convenzionate previa presentazione fatture quietanzate.

Nell'elenco generale prestazioni/assistenza diretta e nel Livello A del piano di assistenza, predisposto dal consiglio di amministrazione della mutua, sono riportate le prestazioni erogabili in forma diretta dalla Mutua Geminiana.

Articolo 18

Modalità di accesso alle prestazioni sanitarie sia in forma diretta che indiretta

Il Consiglio d'Amministrazione ha il compito di elaborare i livelli di assistenza.

In ottemperanza all'art. 25 dello statuto, per i soci che aderiscono ai livelli di assistenza B, C o D, le prestazioni in forma diretta o in forma indiretta e/o i sussidi vengono autorizzate previa valutazione da parte dell'**Organo Sanitario** della Mutua Geminiana, che coadiuva il **Direttore**, della documentazione da presentare prima delle cure da effettuare.

Il Socio è tenuto a presentare un certificato del proprio medico di medicina generale, che riporti diagnosi o sospetto diagnostico e conseguente accertamento diagnostico o visita o trattamento richiesti. Se la richiesta scaturisce da una precedente visita specialistica e/o da una lettera di dimissione da ricovero, tale documentazione va allegata al certificato del proprio medico curante. Non sono prese in considerazione richieste di prestazioni di specialisti, senza il vaglio del proprio medico di medicina generale.

L'organo amministrativo o il direttore hanno la facoltà di chiedere al socio di sottoporsi a visita con un medico fiduciario, componente dell'organo sanitario, per una valutazione definitiva della congruità della richiesta di prestazioni.

Per l'assistenza odontoiatrica e per quella psicoterapica, il Socio si dovrà sottoporre ad una visita specialistica da parte di uno specialista fiduciario della mutua, che fornirà al direttore un giudizio sulla congruità della richiesta. Nel caso di assistenza odontoiatrica può essere richiesto l'effettuazione di una ortopantomografia o di altre indagini radiologiche.

Il direttore della mutua **rilascia al Socio un nulla-osta** per il ricevimento delle prestazioni sanitarie e/o assistenziali nel caso venga ritenuta congrua la richiesta presentata. In sintesi, per ogni tipo di prestazione che rientri nei livelli di assistenza B, C o D, per l'assistenza odontoiatrica e per l'assistenza psicoterapica con il rilascio da parte del direttore di un parere scritto di nulla-osta, il Socio può intraprendere le cure necessarie nella forma diretta e/o ottenere i sussidi o i rimborsi nella forma indiretta previa presentazione fatture quietanzate.

Infine, agli iscritti ai livelli di assistenza B, C o D e agli iscritti per l'assistenza odontoiatrica e per l'assistenza psicoterapica si fa obbligo di comunicare l'esistenza di altre forme assicurative.

Articolo 19

Nell'assistenza in forma indiretta per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, diagnostiche e per tutte le altre forme di assistenza, previste nel piano di assistenza, le ricevute di spesa dovranno essere trasmesse alla mutua entro 20 giorni dalla loro emissione, unitamente alla copia del nulla-osta ed a copia della relazione indicante in dettaglio le prestazioni svolte. La mutua riconosce i rimborsi o i sussidi entro 60 giorni dalla presentazione completa della documentazione.

Articolo 20

La mancata 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 21

La Mutua Geminiana, come previsto nell'art. 18 del regolamento, può effettuare gli accertamenti sanitari sugli associati ammalati che richiedono le prestazioni 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.

GESTIONE FINANZIARIA

Articolo 28

L'entità delle quote di iscrizione annuali e dei contributi associativi (per i livelli B,C,D e le assistenze complementari) viene stabilita dal Consiglio di Amministrazione entro il mese di novembre di ciascun anno, in sede di redazione del bilancio di previsione, come da indicazione dell'art. 35 dello statuto.

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. I contributi associativi per i vari livelli di assistenza non possono subire alcuna riduzione tranne lo sconto del 20% per la quarta persona iscritta, del 30% per la quinta, del 40% per la sesta e del 50% per la settima e successive persone dello stesso nucleo familiare: gli sconti vengono calcolati ordinando i familiari di un nucleo, in ordine decrescente di età.

Nel caso di particolari tipi di assistenza integrativa istituiti dall'organo amministrativo con enti e/o soci convenzionati, i contributi possono essere differenziati dai contributi previsti per i vari livelli di assistenza, fermo restando che la gestione dovrà essere improntata a criteri di autosufficienza.