

REGOLAMENTO DELLA M.I.A.S.

ART. 1 – COSTITUZIONE

La Mutua M.I.A.S. - Società di Mutuo Soccorso ex L. 15.04.1886 n. 3818 omologata dal Tribunale di Roma con provvedimento n. 26.15/1995, è costituita sotto forma di associazione senza fini di lucro ai sensi art. 14 e seg. c.c., e gestita sulla base dell'atto costitutivo e del presente regolamento, di seguito indicata anche come MUTUA.

ART. 2 - FINALITÀ

La Mutua persegue lo scopo di garantire ai propri Associati ed ai rispettivi nuclei familiari un sistema mutualistico di interventi, prestazioni e servizi integrativi, complementari ed aggiuntivi rispetto a quelli forniti dal Servizio Sanitario Nazionale ai sensi e per gli effetti dell'art. 9, ultimo co., del D.Lgs 502/92 così come modificato dal D.Lgs 517/93.

A tale scopo, nell'ambito della Mutua possono essere costituiti, a gestione mutualistica, fondi per settori di intervento per determinate categorie di Associati nonché fondi specifici per gruppi di Associati.

Nell'ambito delle Sezioni della Mutua, di cui all'art. 4 dello Statuto e del successivo art. 3, potranno essere costituiti, ai sensi del successivo art. 14, Fondi di Mutua Solidarietà a gestione separata.

ART. 3 - SEZIONI DELLA MUTUA

Previa delibera del Consiglio di Amministrazione della M.I.A.S., può essere istituita una o più Sezioni della Mutua stessa che, in conformità dello Statuto, agiscano in nome e nell'interesse degli Associati che le compongono. A tale scopo ciascuna Sezione assolve al compito di curare i rapporti con gli Organi e Uffici amministrativi della Mutua, compiere gli atti delegati e curare l'attività organizzativa, informativa e promozionale.

Ciascuna Sezione della Mutua opera secondo un proprio apposito regolamento e può nominare un proprio Presidente/Coordinatore.

Il Consiglio di Amministrazione della M.I.A.S. può istituire Comitati

tecnici stabilendone la composizione e le attribuzioni.

ART. 4 - ADESIONE ALLA MUTUA

L'ammissione alla M.I.A.S. è riservata a tutti i soggetti che, al momento dell'adesione, non abbiano ancora compiuto il 70° anno di età.

Il suddetto limite opera anche nei confronti dei componenti il nucleo familiare del richiedente avente titolo, in qualità di familiari a carico.

La detrazione fiscale, ammessa per i contributi associativi versati alla Società di Mutuo Soccorso, è riconosciuta ai soli Associati della Mutua nella misura ammessa dall'art. 15, comma 1, lettera i-bis, D.P.R. 917 del 22/12/1986 e s.m..

La detrazione è consentita a condizione che il versamento di tali contributi sia eseguito tramite carta di credito, bonifico bancario, assegno bancario non trasferibile, vaglia postale e bancomat.

Il contributo associativo versato dall'Associato consente la fruizione delle prestazioni anche ai componenti del nucleo familiare dell'Associato limitatamente ai familiari fiscalmente a carico.

Il nucleo familiare dell'Associato si intende costituito da quest'ultimo e da ogni altro componente della famiglia, secondo quanto risulta dallo stato di famiglia.

Trascorsi 5 anni dall'iscrizione alla M.I.A.S., l'Associato è ammesso a fruire del Fondo di mutua solidarietà a norma dell'art. 14 del presente regolamento, se e quando costituito.

ART. 5 - PROCEDURA PER L'AMMISSIONE ALLA MUTUA

Le domande di ammissione alla Mutua seguiranno il seguente iter:

- a) la richiesta di ammissione dovrà essere presentata alla Mutua nelle forme e con le modalità predisposte dalla Mutua stessa, dando indicazione della eventuale Sezione cui si vuole aderire;
- b) la Mutua si riserva, a suo insindacabile giudizio, di accogliere o meno la richiesta di cui al punto a);

Qualora l'Associato effettui un passaggio da una Sezione all'altra della Mutua, le prestazioni permangono senza soluzione di continuità.

ART. 6 - CONTRIBUZIONE

L'Associato è tenuto al pagamento:

- 1) della quota di adesione (una tantum) che deve essere contestuale all'iscrizione;
- 2) del contributo associativo annuale;
- 3) del contributo per le prestazioni mutualistiche e sanitarie richieste.

L'importo dei contributi e le eventuali modifiche alle prestazioni previste dal presente regolamento saranno comunicati all'Associato, almeno un mese prima della scadenza dell'anno contributivo.

Sono ammesse iscrizioni durante il corso dell'anno alle condizioni stabilite dal Consiglio di Amministrazione della M.I.A.S..

All'inizio di ogni anno associativo, il contributo annuale per le prestazioni è determinato in funzione dell'età di ogni Associato e quindi varia in base alla classe di età di appartenenza e del piano di prestazioni mutualistiche e sanitarie richieste.

Con il pagamento dei contributi associativi indicati, l'Associato ha diritto a ricevere la MiaSalute Card ed inoltre riceverà gratuitamente la MiaService Card.

ART. 7 - MANCATO PAGAMENTO DEL CONTRIBUTO

Le prestazioni scelte in base al "Piano di prestazioni mutualistiche e sanitarie" richiesto, decorrono dalle ore 24.00 del giorno indicato nel modulo di adesione se il contributo o la prima rata del contributo sono stati versati, altrimenti hanno effetto dalle 24.00 del giorno del versamento.

In caso di mancato versamento del contributo previsto, o di rate dello stesso, le prestazioni restano sospese dal 15° giorno successivo a quello della scadenza del termine previsto per il citato versamento.

Qualora l'Associato provveda a regolarizzare il versamento del contributo entro 150 giorni dall'inizio del periodo di sospensione delle prestazioni, queste ultime riprendono vigore il 30° giorno successivo a quello dell'avvenuto pagamento.

Trascorsi sei mesi dalla scadenza, l'Associato sarà automaticamente escluso. La regolarizzazione dei pagamenti comporta la riattivazione delle prestazioni dal giorno successivo solo per i casi di infortunio.

ART. 8 - ADESIONE ALLE PRESTAZIONI

Le prestazioni ed i servizi garantiti dalla M.I.A.S. agli Associati iscritti, sono stabilite in specifici “Piani di prestazioni mutualistiche e sanitarie” e sono condizionate alla redazione in forma completa e veritiera del questionario anamnestico consegnato all’Associato all’atto della ammissione.

La Carta M.I.A.S. individua l’adesione alle prestazioni base della Mutua ed è condizione per accedere agli altri “Piani di prestazioni mutualistiche e sanitarie”.

La relativa regolamentazione viene consegnata all’atto della sottoscrizione della Carta.

ART. 9 - CASI DI INOPERATIVITÀ DELLE PRESTAZIONI MUTUALISTICHE

Le prestazioni mutualistiche non sono dovute se gli eventi dannosi per i quali risulterebbe erogabile la prestazione stessa sono dipendenti da:

- guerra, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
- radiazioni provocate dall’accelerazione artificiale di particelle atomiche e fenomeni di trasmutazione del nucleo dell’atomo;
- atti dolosi compiuti od anche tentati dall’Associato;
- interventi per la cura, eliminazione e correzione di difetti fisici e/o malformazioni preesistenti alla decorrenza della garanzia mutualistica;
- interventi chirurgici aventi finalità estetiche (salvo si tratti di interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni);
- infortuni derivanti dalla pratica di sports aerei in genere o dalla partecipazione a gare motoristiche con relativi allenamenti e prove (salvo si tratti di gare di regolarità pura);
- infortuni ed intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici e psicofarmaci, ovvero ad uso di allucinogeni e stupefacenti;
- conseguenze dirette di difetti fisici e di malformazioni;
- ricoveri per malattie croniche in istituzioni sanitarie di lunga permanenza (cronicari, case di riposo, ecc.) ancorché qualificate come cliniche o case di cura;

- aborto volontario non terapeutico;
- ricoveri o prestazioni avvenute in “beauty farm” o istituti assimilabili;
- protesi dentarie ed in ogni caso cure dentarie e delle parodontiopatie quando non siano rese necessarie da infortunio o da asportazione chirurgica di tumori.

ART. 10 - MALATTIE PREGRESSE ESCLUSE

L'Associato non ha diritto al rimborso delle spese sostenute per le malattie pregresse, ovvero malattie sorte anteriormente all'inizio della decorrenza delle garanzie mutualistiche, che dallo stesso, pur conosciute, siano state sottaciute all'atto della domanda di ammissione alla Mutua di cui all'art. 5.

ART. 11 - DECORRENZA DELLE GARANZIE

Le prestazioni, fermi i disposti di cui all'art. 9, decorrono:

- per gli infortuni: dalle h. 24.00 del giorno del versamento del contributo per le prestazioni sanitarie ricomprese nel “Piano di prestazioni mutualistiche e sanitarie” prescelto;
- per le malattie: dal 30° giorno successivo a quello del pagamento del contributo per le prestazioni sanitarie ricomprese nel “Piano di prestazione mutualistica” prescelto;
- per le conseguenze di stati patologici diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla stipulazione del contratto, dichiarati dall'Associato ed accettati dalla M.I.A.S.: dal 180° giorno successivo a quello del pagamento del contributo per le prestazioni sanitarie ricomprese nel “Piano di prestazioni mutualistiche e sanitarie” prescelto;
- per le conseguenze di stati patologici non conosciuti dall'Associato ma insorti, secondo giudizio medico, anteriormente alla stipulazione del contratto: dal 180° giorno successivo a quello del pagamento del contributo per le prestazioni sanitarie ricomprese nel “Piano di prestazioni mutualistiche e sanitarie” prescelto;
- per il parto e per le malattie da puerperio: dal 300° giorno successivo a quello del pagamento del contributo per le prestazioni sanitarie ricomprese nel “Piano di prestazioni mutualistiche e sanitarie”

prescelto;

- per le malattie dipendenti da gravidanza, la garanzia è operante, con il termine di aspettativa di 60 giorni, soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello del pagamento del contributo per le prestazioni sanitarie ricomprese nel “Piano di prestazioni mutualistiche e sanitarie” prescelto.

Nell’ipotesi in cui all’Associato deceduto subentri un componente del nucleo familiare, per tutti gli altri componenti il nucleo stesso, le prestazioni continuano senza dar luogo ad ulteriori termini di carenza.

ART. 12 - DENUNCIA DELL’INFORTUNIO O DELLA MALATTIA

In caso di ricovero in Casa di Cura convenzionata l’Associato dovrà dare informazione alla MIAS, affinché la stessa, in continuo contatto con il Sistema di convenzioni esistente, provveda direttamente alla gestione del ricovero e degli eventi a questo connessi.

In caso di ricovero in Casa di Cura non convenzionata, l’Associato o chi per esso, deve presentare immediata comunicazione alla M.I.A.S. nei termini definiti per ciascuna prestazione, avendo riferimento

1. al ricovero o all’intervento;
2. all’infortunio o al manifestarsi della malattia, per quanto riguarda la prestazione aggiuntiva denominata “Spese per prestazioni Diagnostiche e Terapeutiche fuori ricovero”.

Definita la prestazione con il medico curante e scelta la struttura sanitaria, l’Associato deve trasmettere la richiesta di prestazione compilata in ogni sua parte, almeno 6 giorni lavorativi prima della data del ricovero o di utilizzo della prestazione.

L’Associato deve sottoporsi agli accertamenti e controlli medici disposti dalla M.I.A.S., fornire alla stessa ogni informazione e produrre copia della cartella clinica completata a tal fine, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

La richiesta di sussidio/rimborso dovrà essere presentata entro 10 gg. dal termine del periodo di ricovero, utilizzando il modello appositamente predisposto dalla Mutua.

ART. 13 - VISITA MEDICA

L'Associato ed i suoi familiari devono consentire la visita dei medici della M.I.A.S. permettere qualsiasi indagine e accertamento che la stessa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Associato medesimo.

ART. 14 - FONDO DI MUTUA SOLIDARIETÀ

A norma dell'art. 2 del presente regolamento e in presenza di opportuni finanziamenti raccolti o acquisiti dalla gestione mutualistica, potrà essere istituito un Fondo di Mutua Solidarietà al fine di offrire sussidi a favore:

- degli Associati che non fruiscono del rimborso delle spese per le malattie pregresse di cui all'art. 10 e
- delle famiglie degli altri ammalati terminali.

Le motivazioni che consentiranno l'attribuzione di sussidi e la individuazione dei beneficiari del Fondo potranno essere aggiornate di volta in volta da delibera del Consiglio di Amministrazione della M.I.A.S..

I suddetti sussidi di solidarietà possono essere integrati da quanto eventualmente previsto in apposito regolamento del "Piano di prestazioni mutualistiche e sanitarie" prescelto.

Il Fondo potrà essere costituito dai contributi degli Associati, da riserve specifiche del Fondo stesso e da ogni altro provento destinato allo scopo.

Il funzionamento del Fondo di Mutua Solidarietà sarà disciplinato da apposito regolamento.

ART. 15 - MODALITÀ DI RIMBORSO

La M.I.A.S. aderisce ad un sistema di convenzioni attraverso il quale provvede ad effettuare direttamente il pagamento delle spese sostenute dall'Associato e/o dai suoi familiari nei confronti delle case di cura convenzionate. Nel caso in cui il "Piano di prestazioni mutualistiche e sanitarie" prescelto preveda un contributo a carico dell'Associato, tale contributo dovrà essere versato dall'Associato direttamente alla Casa di Cura all'atto del termine del ricovero.

Qualora l'Associato si sia rivolto a casa di cura non convenzionata, dovrà effettuare il pagamento delle spese al momento della dimissione dalla casa

di cura. La M.I.A.S. effettuerà quindi il rimborso delle spese, entro 60 giorni dalla presentazione in originale, delle notule e delle fatture debitamente quietanzate (che gli verranno restituite contestualmente alla liquidazione), nella misura di quanto indicato all'interno del documento inerente alla prestazione mutualistica di rimborso allegato alla polizza assicurativa a sua volta sottoscritta da M.I.A.S..

Tale rimborso sarà in ogni caso subordinato al riconoscimento della prestazione nel quadro della convenzione assicurativa cui la MIAS aderisce.

Qualora l'Associato debba presentare l'originale delle notule e parcelle ad un Ente Assistenziale al fine di ottenere dallo stesso un rimborso, la M.I.A.S. procede al rimborso dietro presentazione di copia delle notule e parcelle delle spese sostenute dall'Associato nonché del documento comprovante il rimborso effettuato dall'Ente Assistenziale.

Qualora l'istituto di cura chieda un anticipo delle spese di ricovero possono essere previsti, su richiesta dell'Associato, interventi di acconto in base al preventivo di spesa dell'istituto, salvo conguagli a cure ultimate.

ART. 16 - SPESE SOSTENUTE ALL'ESTERO

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'Associato, come ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi.

ART. 17 - CONTROVERSIE

Nell'ipotesi di controversie che insorgano tra la Mutua e gli Associati, questi ultimi possono presentare ricorso scritto, avverso i provvedimenti adottati, entro 30 giorni dalla data del provvedimento oggetto della controversia.

ART. 18 - TENTATIVO DI CONCILIAZIONE

Il Consiglio di Amministrazione, tramite persona incaricata, ha facoltà di esperire un tentativo di conciliazione al fine di giungere ad una composizione bonaria delle controversie di cui all'art. 17.

ART. 19 - CESSIONE DEI DIRITTI

Con la sottoscrizione di associazione alla M.I.A.S. l'Associato dichiara che, in caso di pagamento diretto da parte della Mutua alla casa di cura, ogni diritto a lui derivante dal rapporto associativo si intende fin d'ora irrevocabilmente ceduto, in conformità di quanto previsto dal presente Regolamento in favore della o delle case di cura eroganti le prestazioni sanitarie o del sistema di convenzionamento cui la M.I.A.S. aderisce nei casi di sostituzione ad esse.

Lo stesso prende atto che il pagamento eseguito dalla M.I.A.S. in forza della presente cessione ed in favore dei cessionari sopra indicati sarà pienamente liberatorio nei suoi confronti.

ART. 20 - COLLEGIO DEI MEDICI

Qualora il tentativo di conciliazione indicato al precedente art. 18 abbia esito negativo e nel caso in cui si tratti di controversie di natura medica sulla indennizzabilità della malattia o dell'infortunio, nonché sulla misura dei rimborsi delle indennità, le parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato a decidere ad un collegio di tre medici, nominati uno dall'Associato, uno dalla Mutua ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio medico.

Ciascuna parte sostiene le spese necessarie per la remunerazione del medico da essa designato e per ogni altra incombenza, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico.

Il collegio medico decide a maggioranza di voti, con dispensa di ogni formalità di legge.

Le decisioni del collegio medico sono obbligatorie per le parti anche nell'ipotesi in cui uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale.

Per eventuali controversie giudiziali è prevista la competenza esclusiva

dell'Autorità giudiziaria di Roma.

Qualora la Mutua usufruisca di garanzie assicurative, le controversie che insorgano con la società assicuratrice sono regolate ai sensi delle norme contenute nella polizza - convenzione.

ART. 21 - CONVENZIONI DELLA MUTUA CON LE STRUTTURE SANITARIE

La Mutua provvederà ad informare costantemente gli Associati delle convenzioni stipulate con le strutture sanitarie che comportino facilitazioni e/o il pagamento diretto delle spese da parte della Mutua.

ART. 22 - DISPOSIZIONI FINALI

L'Associato è tenuto ad osservare le norme di funzionamento e le disposizioni di attuazione del regolamento emanate dal Consiglio di Amministrazione della Mutua.

Con la sottoscrizione della domanda di associazione, l'Associato prende conoscenza di tutta la documentazione e modulistica che caso per caso è tenuto a compilare integralmente e trasmettere alla MIAS e/o al sistema di convenzionamento cui la MIAS aderisce.

Tale documentazione e modulistica fa parte integrante del presente regolamento.

L'Associato, con la sottoscrizione della domanda di associazione, si impegna all'osservanza delle norme del presente regolamento.

Per tutto quanto non espressamente previsto dal presente regolamento si rimanda alle norme che regolano le prestazioni mutualistiche.

Regolamento approvato dal Consiglio di Amministrazione della M.I.A.S.