

REGOLAMENTO M.I.A.S.

ART. 1 - COSTITUZIONE

La Mutua M.I.A.S. è costituita sotto forma di Società di Mutuo Soccorso ex L. 15.04.1886 n. 3818 omologata dal Tribunale di Roma con n. 26.15/1995, senza fini di lucro e gestita sulla base dell'atto costitutivo e del presente regolamento.

La Mutua articola la propria attività in Sezioni.

ART. 2 – FINALITA'

La Mutua persegue lo scopo di garantire ai Soci 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.

Nell'ambito della Mutua possono essere costituiti, a gestione mutualistica, accantonamenti e settori di intervento per determinate categorie nonché fondi specifici per gruppi di Soci.

Nell'ambito delle Sezioni della Mutua, di cui all'Art. 3, potranno essere costituiti fondi di Mutua Solidarietà a gestione separata e regolati da apposita normativa.

ART. 3 - SEZIONE DELLA MUTUA

Previo delibera del C. di A. della M.I.A.S., può essere istituita una Sezione della Mutua stessa in conformità dello Statuto.

La Sezione della Mutua agisce in nome e nell'interesse dei propri Soci con l'incarico di curare i rapporti con gli Organi e Uffici amministrativi della Mutua, compiere gli atti delegati e curare l'attività organizzativa, informativa e promozionale.

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

Sono previste Sezioni della Mutua quali organismi associativi aggregati equiparati alle Sezioni.

Il C. di A. della M.I.A.S. può istituire Comitati tecnici stabilendone la composizione e le attribuzioni.

ART. 4 – ADESIONE ALLA MUTUA

L'iscrizione 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 aventi titolo in qualità di familiari a carico.

La detrazione fiscale dei contributi associativi versati dai soci in misura non superiore ad € 1.291,14= alla Società di Mutuo Soccorso è riconosciuta ai soli Soci della Mutua ai sensi dell'Art. 13-bis, Co i-bis) del T.U.I.R. (D.P.R. 917 del 22 /12/1986)

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 dal socio consente la fruizione delle prestazioni anche ai componenti del nucleo familiare del socio limitatamente ai familiari fiscalmente a carico.

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

ART 5 - CONTRIBUZIONE

Il Socio 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 sanitarie.

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

Sono ammesse iscrizioni nel corso dell'anno alle condizioni stabilite dal C. di A. della M.I.A.S.

All'inizio di ogni nuovo anno associativo, in base all'andamento della Mutua, il Socio può essere chiamato a versare, al massimo il 20% in più del contributo dovuto in base alla classe di età di appartenenza e alle prestazioni richieste.

ART. 6 – MANCATO PAGAMENTO DEL CONTRIBUTO

Le prestazioni scelte in base al Piano di Adesione richiesto, decorrono dalle ore 24.00 del giorno indicato nel modulo di adesione se il contributo o la prima rata del contributo sono stati pagati, altrimenti hanno effetto dalla 24.00 del giorno del pagamento.

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

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

Trascorsi sei mesi dalla scadenza, il Socio si intende escluso.

La regolarizzazione dei pagamenti comporta la riattivazione delle prestazioni dal giorno successivo solo per i casi di infortunio.

ART. 7 - PIANI DI ADESIONE

Le prestazioni ed i servizi garantiti dalla M.I.A.S. ai Soci iscritti sono stabilite in specifici "Piani di

adesione” disciplinati in appendici che costituiscono parte integrante del presente regolamento.

La Carta M.I.A.S. costituisce il Piano di adesione base della Mutua ed è condizione per accedere agli altri Piani di adesione.

La relativa regolamentazione viene consegnata all’atto della sottoscrizione.

ART. 8 - LIMITE DI ETÀ

Per coloro che risulteranno regolarmente iscritti ai sensi dell’Art.4 del presente regolamento e per i rispettivi nuclei familiari, le prestazioni della M.I.A.S. saranno erogate sino al termine dell’anno contributivo in cui il Socio raggiungerà il 70° anno di età.

ART. 9 - PROCEDURA PER L’AMMISSIONE ALLA MUTUA

Le richieste di iscrizione alla Mutua seguiranno il seguente iter:

a) la richiesta di adesione dovrà essere presentata alla Mutua nelle forme e con le modalità predisposte dalla Mutua stessa;

b) la Mutua si riserva, a suo insindacabile giudizio, di accogliere o meno la richiesta di cui al punto a);

Qualora il Socio effettui un passaggio da una sezione all’altra della Mutua le prestazioni permangono senza soluzione di continuità.

ART. 10 – CASI DI INOPERATIVITA’ DELLE PRESTAZIONI

Le prestazioni non sono dovute se 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 dal Socio;

- interventi per la cura, eliminazione e correzione di difetti fisici e/o malformazioni preesistenti alla decorrenza della garanzia;

- interventi chirurgici aventi finalità estetiche (salvo si tratti di interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni);

- infortuni derivanti dalla pratica di sport 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 11 - MALATTIE PREGRESSE ESCLUSE

Il Socio non ha diritto al rimborso delle spese sostenute per le malattie pregresse, ovvero malattie sorte anteriormente all’inizio della decorrenza dallo stesso sottoscritto con dolo e colpa grave all’atto della domanda di ammissione alla Mutua di cui all’Art. 9.

ART 12 - DECORRENZA DELLE GARANZIE

Le prestazioni, fermi i disposti di cui all’Art. 10, decorrono:

- per gli infortuni: dalle h. 24.00 del giorno del pagamento del contributo per le prestazioni sanitarie in relazione al “Piano di adesione” prescelto;

- per le malattie: dal 30° giorno successivo a quello del pagamento del contributo per le prestazioni sanitarie in relazione al “Piano di adesione” prescelto.

- per le conseguenze di stati patologici diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla stipulazione del contratto, dichiarati dal Socio ed accettati dalla M.I.A.S.: dal 180° giorno successivo a quello del pagamento del contributo per le prestazioni sanitarie in relazione al “Piano di adesione” prescelto.

- per le conseguenze di stati patologici non conosciuti dal Socio ma insorti, secondo giudizio medico, anteriormente alla stipulazione del contratto: dal 180° giorno successivo a quello del pagamento del contributo per le prestazioni sanitarie in relazione al “Piano di adesione” prescelto.

- per il parto e per le malattie da puerperio: dal 300° giorno successivo a quello del pagamento del contributo per le prestazioni sanitarie in relazione al “Piano di adesione” 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 in relazione al “Piano di adesione” prescelto.

Nell’ipotesi in cui al Socio 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 13 - DENUNCIA DELL’INFORTUNIO O DELLA MALATTIA

Il Socio o chi per esso deve presentare denuncia alla M.I.A.S.:

a) in caso di Ricovero in Casa di Cura convenzionata non sarà necessaria alcuna comunicazione alla M.I.A.S. perché la stessa, in contatto telematico con il Network convenzionato, provvederà direttamente alla gestione del sinistro.

b) In caso di ricovero in Casa di Cura non convenzionata il Socio deve comunicare il ricovero alla M.I.A.S. entro 5 giorni:

1. Dal ricovero o dall'intervento;
2. Dall'infortunio o dal manifestarsi della malattia, per quanto riguarda la prestazione aggiuntiva "Spese per prestazioni Diagnostiche e Terapeutiche fuori ricovero".

Il Socio 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 rimborso dovrà essere effettuata tramite il modello appositamente predisposto dalla Mutua entro 10 gg. dal termine del periodo di ricovero.

ART 14 - VISITA MEDICA

Il Socio ed i suoi familiari devono consentire alla visita dei medici della M.I.A.S. ed a qualsiasi indagine e accertamento che la stessa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato il Socio stesso.

ART 15 - FONDO DI MUTUA SOLIDARIETÀ'

A norma dell'Art.2 del presente regolamento, potrà essere istituito un Fondo di mutua solidarietà al fine di fornire interventi a favore degli anziani che abbiano superato il limite di età di cui all'Art. 8, dei Soci che non fruiscono del rimborso delle spese per le malattie pregresse di cui all' Art. 11, a favore delle famiglie degli altri ammalati terminali.

Le motivazioni e i beneficiari del Fondo potranno essere ampliati di volta in volta da delibera del C. di A. della M.I.A.S.

I suddetti interventi di solidarietà sono integrati da quanto previsto in apposito regolamento del Piano di adesione prescelto.

Il Fondo è costituito dai contributi dei Soci, da riserve specifiche del Fondo stesso e da ogni altro provento destinato allo scopo.

Il funzionamento del Fondo di mutua solidarietà sarà disciplinato da apposita normativa.

ART. 16 - MODALITÀ' DI RIMBORSO

La M.I.A.S. provvede, attraverso una rete convenzionata, ad effettuare il pagamento delle spese direttamente alle case di cura convenzionate con il circuito stesso.

Unica eccezione si presenta relativamente al Piano di Adesione che prevede un contributo a carico del Socio; in quest'ultimo caso, al momento della dimissione dalla Casa di Cura, il Socio dovrà effettuare il pagamento del suddetto contributo.

Qualora l'Iscritto si sia rivolto a casa di cura non convenzionata con il circuito, il rimborso avverrà 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 stabilito dalle C.G.A.

Qualora il Socio 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'Iscritto 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 del Socio, interventi di acconto in base al preventivo di spesa dell'Istituto, salvo conguagli a cure ultimate.

ART 17 - 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 dal Socio, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi.

ART 18 - CONTROVERSIE

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

ART 19 - TENTATIVO DI CONCILIAZIONE

Il C. di A., 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. 18.

ART. 20 – CESSIONE DEI DIRITTI

Con la sottoscrizione di adesione alla M.I.A.S. il Socio dichiara che, in caso di pagamento diretto da parte della Mutua alla Casa di Cura, ogni diritto a lui derivante dalla scheda stessa 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 Network in convenzione 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 21 - COLLEGIO DEI MEDICI

Qualora il tentativo di conciliazione abbia esito negativo, 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 dal Socio, 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 22 - CONVENZIONI DELLA MUTUA CON LE STRUTTURE SANITARIE

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

ART. 23 –DISPOSIZIONI FINALI

Il Socio è tenuto ad osservare le norme di funzionamento e le disposizioni di attuazione del regolamento emanate dal C. di A. della Mutua.

Il Socio, con la sottoscrizione della domanda di adesione, si impegna all'osservanza delle norme del presente regolamento.

Per tutto quanto non espressamente previsto dal presente regolamento si rimanda alla Guida Operativa che ne è parte integrante.