

## REGOLAMENTO

Approvato dall'Assemblea  
del 2 maggio 2016

### OGGETTO DELL'ATTIVITA'

**Articolo 1** - La "MUTUA TRE ESSE – Soluzioni e Servizi per la Sanità – società cooperativa" (di seguito denominata Mutua) ha lo scopo di erogare ai propri soci, senza alcun fine di speculazione e lucro, assistenze previdenziali, economiche e sanitarie a integrazione delle prestazioni previste dalla vigente legislazione in materia previdenziale e sanitaria, nei limiti e con le modalità stabilite dal presente Regolamento e dal Piano Sanitario prescelto. Le predette assistenze hanno validità in tutto il mondo solo nella forma indiretta/rimborso.

### SOCI

**Articolo 2** – Possono iscriversi alla Mutua in qualità di Soci e quindi fruire dell'assistenza sanitaria, tutte le persone fisiche che ne facciano richiesta e che abbiano non più di 65 anni. Coloro che sono già iscritti, pur superando successivamente il limite di età di cui sopra, potranno rimanere Soci senza alcun limite di età.

Possono diventare Soci anche i minori di età ed in tal caso i rapporti con la Mutua saranno tenuti da chi esercita la potestà.

Possono divenire soci anche soggetti non persone fisiche, quali società, associazioni od enti, che ne facciano richiesta, fatto presente che in tal caso la Mutua eroga le sue prestazioni ai soci, agli associati e ai dipendenti del socio non persona fisica, nonché ai familiari degli stessi.

Qualora venisse richiesta l'iscrizione a Socio di tutti i componenti di uno stesso nucleo familiare, come risultante dallo Stato di famiglia o da un'autocertificazione, la scheda dovrà essere sottoscritta da tutti i richiedenti e il nucleo potrà beneficiare di particolari agevolazioni, deliberate dal Consiglio di Amministrazione, al quale è data anche facoltà di modificare i limiti di età per l'iscrizione dei Soci.

Tutti i Soci che hanno versato la quota di capitale sociale, la quota relativa alle spese di iscrizione e sono in regola con i pagamenti annuali dei contributi sociali, hanno diritto a rimanere Soci.

Tutti i Soci in regola con le norme di cui al capoverso precedente, hanno diritto di partecipare alle Assemblee Ordinarie e Straordinarie.

### MODALITA' PER LE ISCRIZIONI

**Articolo 3** – Chi intende essere ammesso come socio dovrà presentare al Consiglio di Amministrazione domanda scritta, che dovrà contenere almeno i seguenti dati ed elementi;

- il cognome e nome, luogo e data di nascita, residenza, cittadinanza, codice fiscale, professione;
  - l'indicazione del Piano Sanitario prescelto;
  - la richiesta di sottoscrizione di una azione o di 50 azioni, nel caso di socio non persona fisica;
  - la dichiarazione di rispettare lo Statuto, i Regolamenti interni e le deliberazioni legalmente adottate dagli Organi Sociali;
  - l'impegno al regolare e tempestivo pagamento dei contributi sociali per almeno 3 (tre) anni solari, oltre all'eventuale frazione d'anno dalla data di iscrizione.
- Se trattasi di aspirante socio non persona fisica, oltre a quanto previsto nei precedenti punti b), c), d), e), la domanda di ammissione dovrà contenere le seguenti informazioni:
- la ragione sociale o la denominazione, la forma giuridica e la sede legale;
  - la qualità della persona che sottoscrive la domanda e i suoi relativi poteri di firma.

**Articolo 4** – La Mutua ha facoltà di chiedere, ad integrazione della domanda, tutte le informazioni, comprese eventuali documentazioni, ritenute necessarie per l'ammissibilità della domanda stessa.

**Articolo 5** – Verificata la regolarità della documentazione prodotta, l'ammissione a Socio viene deliberata dal Consiglio di Amministrazione al massimo entro la fine del mese successivo a quello del ricevimento della domanda. La decorrenza della qualifica di Socio e la decorrenza delle prestazioni sanitarie, fatte salve le carenze previste dai Piani sanitari, avrà inizio dal primo giorno del mese successivo alla comunicazione di accoglimento della domanda da parte del Consiglio di Amministrazione.

### CONTRIBUTI DEI SOCI

**Articolo 6** – Per l'iscrizione alla Mutua è richiesto:

-Il versamento della quota del capitale sociale di € 30 (Trenta) per le persone fisiche o di € 1500 per le persone giuridiche.

-Il versamento della quota relativa alle spese di iscrizione stabilita dal Consiglio di Amministrazione.

Lo stesso Consiglio di Amministrazione potrà determinare una diversa quota di iscrizione unitaria e/o collettiva per gli appartenenti a nuclei familiari ed a specifiche collettività.

-Il versamento anticipato del contributo sociale annuo o pro rata relativo al Piano Sanitario scelto, nella misura determinata ogni anno dal Consiglio di Amministrazione.

Relativamente ai figli dei Soci, iscritti nell'anno di nascita, è previsto il pagamento della sola quota sociale, senza il versamento, per quell'anno, del contributo sociale annuale.

### MODALITA' PER IL VERSAMENTO DEI CONTRIBUTI

**Articolo 7** – Il versamento della quota di capitale sociale, della quota relativa alle spese di iscrizione e del contributo sociale, può essere effettuato a mezzo del sistema bancario o postale.

I contributi sociali relativi all'assistenza sanitaria per gli anni successivi a quello d'iscrizione, devono essere versati entro il 31 dicembre di ogni anno, con le modalità suindicate e nella misura deliberata dal Consiglio di Amministrazione.

Sarà cura della Mutua, comunicare a tutti i Soci entro il mese di novembre, l'entità del contributo sociale a valere per l'annualità successiva. L'eventuale, mancato pervenimento della comunicazione di rinnovo, non esonera il socio dall'obbligo del pagamento del contributo, per l'effettuazione del quale ha comunque l'onere di attivarsi.

**Articolo 8** – Il titolare del rapporto associativo che non ottemperi al tempestivo versamento dei contributi perde il diritto a qualsiasi assistenza ed erogazione per sé e per gli appartenenti al suo nucleo. L'assistenza, così come eventuali erogazioni, verrà ripristinata dal 1° giorno del **primo** mese successivo a quello dell'avvenuta regolarizzazione amministrativa consistente nel versamento dei contributi dovuti.

Tuttavia, se la regolarizzazione contributiva avviene entro e non oltre il mese di **gennaio** dell'anno cui si riferisce il contributo sociale di rinnovo, non si darà luogo alla sospensione dei diritti del Socio e quindi verrà mantenuta la continuità delle garanzie

Il Consiglio di amministrazione di Mutua ha il dovere di effettuare ogni azione di recupero del credito contributivo verso gli associati inadempienti.

**Articolo 9** – Per le iscrizioni che dovessero avvenire in corso d'anno, ferma l'entità della quota di capitale sociale, della quota relativa alle spese di iscrizione e del livello dei massimali, l'importo del contributo sociale da versare anticipatamente, sarà pari a tanti dodicesimi dell'importo del contributo sociale annuo quanti sono quelli compresi tra il mese di iscrizione ed il 31 dicembre successivo, maggiorato del 15% del rateo come sopra calcolato.

Per le iscrizioni con decorrenza dal 1° novembre, l'importo da versare dovrà comprendere, oltre al rateo, anche il contributo sociale dell'intero anno successivo.

### PASSAGGIO AD UN'ALTRA FORMA DI ASSISTENZA

**Articolo 10** – Entro il 30 settembre di ogni anno, il Socio già iscritto può chiedere di cambiare il Piano sanitario in corso, a decorrere dall'annualità successiva, ferme restando le carenze assistenziali descritte dall'art. 11 del presente Regolamento, per la parte di prestazioni eccedenti quelle in corso.

### DECORRENZA DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA

**Articolo 11** – L'erogazione dell'assistenza sanitaria a favore dei Soci decorre:

- Dal primo giorno da cui decorre la qualifica di Socio per le prestazioni derivanti da infortunio, verificatosi dopo tale data, documentato dal ricorso ad un Pronto Soccorso Pubblico.
- Dal primo giorno del quarto mese successivo a quello da cui decorre la qualifica di Socio per i ricoveri, gli accertamenti diagnostici e le visite specialistiche conseguenti a malattia.
- Dal primo giorno del tredicesimo mese successivo a quello da cui decorre la qualifica di Socio per le garanzie riferite all'inizio dello stato di gravidanza come il parto, l'aborto spontaneo, terapeutico o volontario (purché eseguito a norma di legge), e ogni tipo di assistenza ad essi correlata. L'inizio dello stato di gravidanza deve essere certificato da dichiarazione medica.
- Dal primo giorno successivo al trentaseiesimo mese da cui decorre la qualifica di Socio per le malattie preesistenti e/o recidivanti e per gli interventi cruenti e non derivanti da infortunio verificatosi in data antecedente quella dalla quale decorre la qualifica di Socio.  
A parziale deroga del presente capoverso, relativamente alle prestazioni odontoiatriche di emergenza previste in alcuni Piani con la garanzia denominata "dental", data la natura emergenziale della stessa, le conseguenze di stati patologici preesistenti sono sempre esclusi, anche qualora sia prevista la continuità assicurativa all'ingresso del socio.

## ESCLUSIONI DALLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA

**Articolo 12** – Dalle prestazioni di assistenza sono in ogni caso escluse le spese relative alle conseguenze di:

- Epilessia;
- Abuso di alcolici;
- Anoressia e bulimia;
- Uso non terapeutico di allucinogeni, psicofarmaci o stupefacenti;
- Malattie mentali e disturbi psichiatrici in genere;
- Psicoanalisi e sedute terapeutiche;
- A.I.D.S. e patologie correlate;
- Conseguenze collegabili a disturbi cromosomici;
- Cure ed interventi conseguenti a infertilità, sterilità, impotenza ivi compreso qualsiasi trattamento effettuato in aiuto alla procreazione;
- Chirurgia plastica a scopo estetico, fatta eccezione per i ricoveri e/o interventi aventi finalità ricostruttiva e/o estetica conseguenti da infortunio o da interventi per neoplasia maligna;
- Prestazioni di cosiddetta “medicina alternativa e/o non convenzionale ad eccezione delle visite specialistiche omeopatiche;
- Infortuni sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose;
- Infortuni conseguenti ad attività, professionali e non, connesse all’impiego di aeromobili (fatto salvo l’uso in qualità di passeggero di linee aeree regolari), nonché ad attività di paracadutismo (anche ascensionale), pratica di deltaplano, parapendio e simili.
- Infortuni conseguenti alla pratica degli sport definiti pericolosi, come: pugilato-atletica pesante e lotta nelle sue varie forme-scalata di roccia o ghiacciaio e speleologia-salto dal trampolino con sci o idrosci- sci acrobatico- bob, rugby e football americano – immersione con autorespiratore - sport non legali e/o effettuati con l’utilizzo di mezzi ed attrezzature non autorizzate;
- Gli infortuni derivanti dagli sport praticati a livello professionistico;
- Eventi causati da atti di guerra, da incidenti nucleari o da radiazioni (sono peraltro comprese quelle riferite alla radioterapia);
- Cure dentarie, paradentarie e protesi dentarie fatta eccezione di quelle a scopo ricostruttivo a seguito di infortunio e solo se documentate da referto del Pronto Soccorso Pubblico, nei limiti previsti dal Nomenclatore tariffario della Mutua in vigore.
- Cure ed interventi per l’eliminazione e/o correzione dei vizi di rifrazione;
- Ricoveri determinati da finalità dietetiche ed estetiche o dalla cura del corpo (centri del benessere/istituti termali);
- Ricoveri in strutture sanitarie per lunga degenza, nelle residenze sanitarie assistenziali e comunque i ricoveri che in qualsiasi modo possano essere giudicati ricoveri per semplice assistenza infermieristica;
- Conseguenze di malattie, malformazioni e stati patologici congeniti;
- Check-up di medicina preventiva.

## MODALITÀ PER IL CONSEGUIMENTO DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA

**Articolo 13** – L’assistenza sanitaria è erogata nella forma indiretta/rimborsi. Tuttavia, fermo restando che il Socio è libero di scegliere le strutture sanitarie ritenute più idonee, può comunque usufruire della rete di operatori sanitari convenzionati, che la Mutua, in proprio o delegando una società esperta nel settore, mette a disposizione dei Soci.

I rimborsi sono effettuati nella misura stabilita dal Nomenclatore/ tariffario di Mutua in vigore e comunque nell’ambito dei limiti previsti dal Piano sanitario sottoscritto. I Soci hanno sempre diritto di esercitare la libera scelta delle cure, anche quando dovessero usufruire della forma “diretta”.

**Articolo 14** – L’erogazione delle prestazioni per eventi che dipendono da responsabilità di terzi è subordinata alla comunicazione alla Mutua di tutti i dati identificativi del terzo responsabile, delle circostanze dell’evento ed all’assunzione dell’obbligo da parte del Socio di rimborsare alla Mutua, fino alla concorrenza delle prestazioni stesse, le somme da chiunque ricevute, entro trenta giorni dal ricevimento delle stesse.

## MODALITÀ PER IL CONSEGUIMENTO DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA IN FORMA DIRETTA

**Articolo 15** – Relativamente alle sole prestazioni di assistenza “Ricoveri con degenza notturna”, “Ricoveri in day hospital” e “Ricoveri in day surgery”, fermo quanto indicato all’art. 13, è data facoltà al Socio di avvalersi dell’assistenza diretta presso le strutture sanitarie convenzionate, risultanti dallo specifico elenco, e/o dell’opera di medici convenzionati. In tal caso è obbligato a richiedere anticipatamente al contact center sanitario la specifica autorizzazione, quindi, ad avvenuta conferma della presa in carico, a compilare e firmare presso la struttura sanitaria l’apposito modulo che ha validità di denuncia di malattia, di liberatoria per il segreto professionale e consenso per la legge sulla privacy. Non deve inviare alla Mutua Tre Esse alcuna documentazione sanitaria e di spesa, in quanto lo fa, in nome e per conto del Socio, la stessa struttura sanitaria.

In tal caso si potranno realizzare le seguenti fattispecie:

### Struttura convenzionata e medico convenzionato

Mutua Tre Esse provvederà a pagare direttamente alle strutture e ai medici convenzionati i costi effettivamente sostenuti per le prestazioni sanitarie erogate, entro il massimale annuo e con i limiti previsti dal Piano Sanitario, restando comunque a carico del Socio lo scoperto, se e in quanto previsto dal Piano sanitario sottoscritto.

### Struttura convenzionata e medico non convenzionato (se previsto dal Piano sanitario sottoscritto)

Mutua Tre Esse provvederà a pagare direttamente alle strutture convenzionate i costi effettivamente sostenuti per le prestazioni sanitarie erogate, entro il massimale annuo e con i limiti previsti dal Piano Sanitario, restando comunque a carico del Socio lo scoperto, se e in quanto previsto dal Piano sanitario sottoscritto. Le spese sostenute dal Socio per il medico non convenzionato verranno rimborsate in base a quanto previsto dal nomenclatore tariffario.

## NORME, LIMITI E CONTRIBUTI DELLE PRESTAZIONI SOCIALI

**Articolo 16** – Le prestazioni sociali per l’assistenza sanitaria a favore dei Soci sono indicate nel Piano Sanitario della Mutua deliberato dal Consiglio di Amministrazione, al quale inoltre spetta fissare i contributi sociali, i limiti e le modalità di erogazione.

## OBBLIGHI PER AVER DIRITTO ALLE PRESTAZIONI SOCIALI DI ASSISTENZA

**Articolo 17** – Per usufruire delle prestazioni in forma indiretta ovvero non ricorrendo alle strutture sanitarie convenzionate in forma diretta, il Socio è obbligato ad inoltrare alla sede operativa della Mutua, denuncia di malattia entro e non oltre quindici giorni dall’inizio delle prestazioni, salvo i casi di urgenza comprovati da certificato di un Pronto Soccorso Pubblico.

Per il computo della decorrenza dei termini fa fede la data del timbro postale di spedizione o la data di ricevimento da parte degli uffici amministrativi della Mutua se inviata via fax.

Qualora la denuncia non pervenga nei termini anzidetti il Socio non ha diritto ad alcun rimborso.

### Articolo 18 -

Ogni richiesta di rimborso, per qualsiasi prestazione di cui al Piano Sanitario sottoscritto, accompagnata dalla documentazione sanitaria e di spesa in copia, deve essere trasmessa, esclusivamente a mezzo posta e/o e-mail, agli uffici della Mutua **non oltre tre mesi** dalla data di dimissioni dall’Istituto di cura o di effettuazione delle prestazioni. Il mancato invio della documentazione suddetta nei termini indicati, costituisce causa di decadenza del diritto al conseguimento dei rimborsi.

### Gli elementi essenziali sono:

#### se trattasi di visite specialistiche:

-referto del medico specialista con diagnosi circostanziata, timbro, firma, data e copia della ricevuta fiscale del medico specialista.

#### se trattasi di accertamenti diagnostici

- richiesta medica con diagnosi circostanziata, copia dei referti degli accertamenti diagnostici e copia della fattura/ricevuta fiscale con timbro, firma e data.

#### se trattasi di cure di fisiokinesiterapia:

- richiesta medica con diagnosi indicazione del tipo di terapia e del numero di sedute prescritte, cartella clinica con descrizione analitica, relativa all’evento di riferimento, emessa dalla struttura con timbro, firma e data, copia della fattura/ricevuta fiscale, con timbro, firma e data.

La prestazione conseguente deve essere praticata da professionisti regolarmente abilitati alla pratica della fisiokinesiterapia o, nel caso di terapie praticate nei centri abilitati, che questi siano autorizzati dalle Autorità competenti.

#### se trattasi di ricovero in DAY HOSPITAL per terapie ed accertamenti diagnostici (escluso sempre il check-up di medicina preventiva) :

-richiesta medica con diagnosi circostanziata ed indicazione della terapia e degli accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio necessari, copia della cartella clinica della struttura sanitaria autorizzata completa in tutte le sue parti e copia della fattura/ricevuta fiscale con timbro, firma e data.

#### se trattasi di interventi chirurgici effettuati in DAY SURGERY (senza ricovero notturno):

- richiesta medica con diagnosi circostanziata, copia della cartella clinica della struttura sanitaria autorizzata completa in tutte le sue parti e copia della fattura/ricevuta fiscale con timbro, firma e data.

#### se trattasi di ricoveri con degenza notturna con o senza intervento chirurgico:

- richiesta medica con diagnosi circostanziata, copia della cartella clinica della struttura sanitaria autorizzata completa in tutte le sue parti e copia della fattura/ricevuta fiscale con timbro, firma e data.

**se trattasi di interventi ambulatoriali:**

- richiesta medica con diagnosi circostanziata, copia dell'atto operatorio redatto dal sanitario che l'ha effettuato e copia della fattura/ricevuta fiscale con timbro, firma e data.

**se trattasi di prestazioni conseguenti ad infortunio**

richiesta documentata da verbale di un Pronto Soccorso pubblico indicante la causa dell'evento stesso.

**L'eventuale richiesta della "Diaria giornaliera sostitutiva"**, dovrà essere accompagnata dalla copia della cartella clinica rilasciata dalla struttura sanitaria di cui al ricovero, completa in tutte le sue parti.

**I ticket** sono rimborsati nei limiti del massimale e delle prestazioni previste dal Piano sanitario sottoscritto, al netto di marche da bollo, oneri fiscali, spese amministrative e quote fisse per ricetta applicate dalle singole Regioni.

Per gli eventi morbosi verificatisi fuori dal territorio nazionale e curati in forma indiretta, valgono le stesse regole sopra descritte.

**Articolo 19** – In presenza di altre forme di copertura sanitaria, l'assistenza prestata dalla Mutua Tre Esse interverrà per gli importi rimasti a carico del Socio, con le modalità ed entro i limiti previsti da Regolamento e Piano sanitario. Il Socio si impegna a comunicare alla Mutua Tre Esse l'importo degli eventuali rimborsi percepiti da altri Enti per lo stesso evento per cui presenta richiesta di rimborso, trasmettendo altresì tutta la documentazione a sue mani.

**Articolo 20** – La Mutua Tre Esse ha il diritto di effettuare accertamenti sanitari sui beneficiari che richiedono le prestazioni ai sensi del presente Regolamento, attraverso l'attività di propri consulenti medici fiduciari o suoi incaricati, anche in fase di ricovero. Il rifiuto di sottoporsi agli accertamenti sanitari, determina la decadenza del diritto alle prestazioni per il caso della malattia in corso.

**Articolo 21** – Il Consiglio di Amministrazione ha facoltà, in deroga al presente Regolamento, di apportare ai Piani Sanitari Assistenziali tutte le modifiche ritenute necessarie per la gestione di Fondi Sanitari Integrativi e non che la Mutua può decidere di gestire, a seguito di opportune Convenzioni, in conformità alle normative vigenti.