

Regolamento

In vigore dal 1° gennaio 2012

ART 1 - PREMESSA

Il presente Regolamento in attuazione dello Statuto vigente disciplina il funzionamento della Commercianti Mutua Ospedaliera (di seguito chiamata CMO).

La CMO si riserva la facoltà di introdurre modifiche al predetto regolamento nel caso in cui dovesse ritenerlo opportuno. Tali modifiche avranno effetto immediato per i nuovi soci e decorreranno per i vecchi soci al momento del rinnovo dell'adesione.

ART 2 - ESCLUSIONI

L'assistenza non è operante per:

- Malattie e stati patologici conosciuti e/o diagnosticati anteriormente alla data di iscrizione e sottaciuti alla CMO con dolo o colpa grave, all'atto dell'iscrizione.
- Le prestazioni sanitarie e la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- Le prestazioni sanitarie e le cure relative a psicoterapia e/o altre prestazioni terapeutiche relative a depressione, stati d'ansia o fenomeni comportamentali in genere;
- L'aborto volontario non terapeutico;
- La cura di intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso non terapeutico di psicofarmaci, di stupefacenti o di allucinogeni;
- Gli infortuni causati dallo stato di ubriachezza del socio o dall'effetto di allucinogeni, stupefacenti o psico-farmaci assunti non a scopo terapeutico del socio;
- Le prestazioni sanitarie, le applicazioni, le cure e gli interventi di carattere estetico;
- Le protesi dentarie nonché le prestazioni sanitarie, le visite e le cure odontoiatriche, ortodontiche;
- Acquisto, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici o terapeutici;
- Ricoveri presso strutture geriatriche o Case di Riposo;
- Le prestazioni sanitarie non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché quelle non effettuate da medici o paramedici abilitati all'esercizio dell'attività professionale;
- Le conseguenze di calamità naturali;
- Le conseguenze di guerre (dichiarate o non dichiarate), insurrezioni;
- Le conseguenze di tumulti popolari, atti violenti od aggressioni, cui il socio abbia preso parte attiva;
- Gli infortuni causati dalla pratica di tutte le attività sportive agonistiche.

- Eventuali esclusioni previste all'art. 5 del presente regolamento.

ART 3 - PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), sieropositività da H.I.V., nonché le persone affette dalle infermità mentali: schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoici, altre infermità mentali caratterizzate da sindromi organiche cerebrali, Morbo di Parkinson.

L'assistenza cessa immediatamente di avere efficacia con il loro manifestarsi.

ART 4 - PRESTAZIONI

La CMO esplica il proprio servizio alla base associativa tramite l'offerta di una copertura Base "Categoria A", di una copertura opzionale Integrativa "Polizza Mutualità Più Categoria B", ed eventuali altre coperture opzionali accessorie.

L'importo delle indennità, delle prestazioni e garanzie derivanti dalla copertura Base "Categoria A" saranno determinate in base ai criteri stabiliti dai successivi articoli.

Per le altre coperture, ogni singola polizza determinerà i premi, la garanzia, le prestazioni e le indennità.

E' obbligatorio aderire alla copertura Base "Categoria A", per usufruire delle altre coperture opzionali.

ART 5 - COPERTURA BASE "Categoria A"

La CMO, attraverso l'adesione alla Copertura Base, presta ai propri soci le seguenti garanzie:

- 1.** Partecipazione alla spesa della sola retta di degenza per ricoveri in cameretta reparto solventi in Ospedali convenzionati A.S.L. o in Case di Cura private (escluse tutte le strutture di Residenza Sanitaria Assistenziale - RSA), corrispondente ad un massimo di € 105,00 giornalieri;
- 2.** Contributo giornaliero di degenza riconosciuto ai ricoverati in Corsia comune, in tutti gli Ospedali convenzionati A.S.L. (escluse tutte le strutture di Residenza Sanitaria Assistenziale - RSA) non usufruenti, pertanto del ricovero in cameretta, corrispondente a € 40,00 giornalieri;

Relativamente ai punti 1 e 2 il massimo indennizzo è pari a 60 giornate per anno solare, con possibilità di aumento di ulteriori 30 giornate nell'anno solare per ogni singolo caso, su autorizzazione specifica del Consiglio Direttivo (nella determinazione dei giorni di degenza, quello di uscita non viene computato). Si precisa inoltre che il rimborso potrà essere richiesto per un solo punto (punto 1 o punto 2);

- 3.** Contributo spese per le prestazioni del Medico Chirurgo – Aiuto Chirurgo e Anestesista, in caso di ricovero per interventi chirurgici in Ospedali e Case di Cura private e per interventi chirurgici effettuati ambulatorialmente in misura percentuale del 30% (trenta per cento) e con un massimo annuo di € 1.000,00 (mille/00) - (dietro presentazione di fatture, ricevute del Medico Chirurgo, Aiuto Chirurgo e Anestesista o eventuali ticket con indicato il nominativo del Medico Chirurgo, Aiuto Chirurgo e Anestesista);

- 4.** Contributo di convalescenza per applicazione di:

- Gessatura, doccia gessata, benda gessata, stecca metallica;
- Tutore immobilizzante a seguito di intervento chirurgico;

corrispondente a € 30,00 (trenta/00) giornalieri per un massimo di 40 giorni annui e dietro presentazione di referto di pronto soccorso o cartella clinica attestante la causa, la diagnosi descrittiva dell'evento ed il numero dei giorni durante il quale l'associato è stato portatore di gessatura (nella determinazione dei giorni di gessatura, il giorno di rimozione gesso non viene rimborsato);

5. Contributo annuo delle spese sostenute per cure termali ed eventuali ticket, effettuati in stabilimenti termali, in misura percentuale del 50% (cinquanta per cento) con un massimo di € 150,00 (centocinquanta/00). Con esclusione di ogni tipo di massaggio e delle spese di natura alberghiera;

6. Contributo annuo delle spese sostenute per acquisto di lenti da vista o lenti a contatto in misura percentuale del 50% (cinquanta per cento) con un massimo di € 150,00 (centocinquanta/00). Alla fattura di acquisto si dovrà allegare la prescrizione del medico oculista o dell'ottico dalla quale risulti il grado di deficit visivo. Il rimborso è per l'acquisto delle sole lenti da vista o lenti a contatto;

7. Contributo annuo per terapie fisiche e riabilitative compresi eventuali ticket, a seguito di Infortunio senza ricovero (comprovato da referto di pronto soccorso e certificato medico di prescrizione delle terapie) e Intervento chirurgico ortopedico (dietro presentazione di cartella clinica e certificato medico di prescrizione delle terapie) effettuati nei 120 giorni successivi all'infortunio o intervento chirurgico, in misura percentuale del 50% (cinquanta per cento) con un massimo di € 150,00 annue;

8. Contributo annuo delle spese sostenute compresi i ticket per:

- Onorari medici per visite specialistiche (escluse le visite odontoiatriche - ortodontiche - sportive, ad uso assicurativo e medico legali)
- Esami diagnostici di laboratorio e indagini strumentali in misura percentuale del 50% (cinquanta per cento) con un massimo di € 400,00 (quattrocento/00). Il rimborso non verrà effettuato per ricevute o fatture di importo inferiore a € 30,00 (trenta/00). Non esiste possibilità di cumulo. Non sono rimborsabili le spese sostenute in regime di ricovero.

Iscrizione gratuita alla copertura Base "Categoria A" per l'anno di nascita e per l'anno successivo dei figli di associati già iscritti alla CMO I neonati, figli di soci effettivi, aggregati o indiretti già assistibili, hanno diritto all'iscrizione gratuita, ed alle prestazioni dal giorno della loro iscrizione, purché tutto il nucleo familiare del neonato risulti iscritto.

ART 6 - DECORRENZA DELLE PRESTAZIONI

Il diritto alle prestazioni da parte della CMO decorre dopo 60 giorni dall'iscrizione, ad eccezione dell'assistenza per la gravidanza e del parto che decorre dopo 10 mesi dall'iscrizione stessa. Per i neonati, si richiama quanto stabilito dal precedente articolo 5.

ART 7 - DENUNCIA DEI SINISTRI

La richiesta di erogazione delle prestazioni connesse alla copertura Base "Categoria A" dovrà essere presentata alla CMO entro il termine di 30 giorni dalla data in cui si è verificato l'evento, mentre in caso di ricovero ospedaliero entro il termine di 30 giorni dalla data di dimissioni.

Il Socio deve produrre copia di certificati medici, fatture, notule, ricevute, cartelle cliniche e di ogni altro documento attinente il caso denunciato.

La mancata presentazione di detti documenti comporta la decadenza dal diritto alla prestazione.

ART 8 - CRITERI DI LIQUIDAZIONE

La corresponsione dell'indennità o dei contributi è condizionata dal fatto che i soci:

- Consegnino copia autenticata della cartella clinica completa e ogni altro documento attinente al caso denunciato;
- Consegnino copie delle fatture, notule o ricevute di spesa;
- Si sottopongano ad eventuali accertamenti e controlli medici che si rendessero necessari per la definizione dell'indennizzo predisposto dalla CMO. Il pagamento verrà effettuato solo dopo presentazione dell'intera documentazione prevista.
- La CMO si riserva la facoltà di visionare i documenti originali.

ART 9 - CASI PARTICOLARI

Qualora durante un controllo amministrativo, venga rilevata una morosità da parte del Socio Effettivo o Senior all'iscrizione ad una delle Associazioni Commercianti della Provincia di Varese, è facoltà della CMO non procedere al pagamento di eventuali prestazioni richieste, a meno di una pronta regolarizzazione da parte del socio della propria posizione di adesione ad una delle Associazioni Commercianti della Provincia di Varese.

Nel caso in cui il socio non provveda alla regolarizzazione della posizione, è facoltà della CMO recedere immediatamente dal contratto annuale, di tutto il nucleo familiare iscritto relativo alle prestazioni assistibili in corso previa restituzione dell'ultima quota annuale versata, se ed in quanto non siano trascorsi 6 (sei) mesi dall'inizio dell'anno in corso, e non siano già stati effettuati rimborsi per prestazioni. In tal caso si provvede a decurtare il rimborso della quota di quanto già rimborsato.

ART 10 - CONTRIBUTI ASSOCIATIVI

L'entità e le modalità del versamento dei contributi associativi, come determinati in base alle modalità stabilite dall'articolo 7 del vigente Statuto, nonché gli importi erogabili per le garanzie annualmente offerte sono stabilite dal Consiglio Direttivo della CMO

Il versamento dei contributi associativi, della "Categoria A", della "Polizza Mutualità Più Categoria B" ed eventuali altre coperture opzionali, dovranno avvenire direttamente presso la sede della C.M.O. o presso le sedi delle Associazioni Commercianti della provincia di Varese competenti per territorio del socio.

ART 11 - ADESIONE E RINNOVO

All'atto della nuova adesione o rinnovo alla CMO, il socio effettivo, il socio indiretto ed il socio senior si rende garante per sé e per i suoi eventuali aggregati di essere a conoscenza di quanto stabilito nel vigente Statuto sociale e nel presente regolamento.

ART 12 - DIVIETO DI RIPETIBILITA' DI PRESTAZIONI

Qualora il socio sottoscrittore della Polizza Mutualità Più, per un ricovero, ottenga il rimborso delle spese sostenute o in alternativa l'indennità sostitutiva, per le medesime prestazioni non è concesso il contributo come previsto ai punti 1 - 2 - 3 - 7 e 8 dell'art. 5 del presente regolamento.

ART 13 - Per tutto quanto qui non è diversamente regolato, valgono le norme di legge.

REGOLAMENTO APPROVATO DAL CONSIGLIO DIRETTIVO IN DATA 18.10.2011