

REGOLAMENTO DELLE ATTIVITÀ

OGGETTO DELL'ATTIVITÀ

Articolo 1 – Il Fondo di Assistenza sanitaria “TRE ESSE” (di seguito denominato Fondo) opera allo scopo di erogare ai dipendenti, membri e soci per i soggetti indicati all’Art. 1 dello Statuto ed ai loro familiari, senza alcun fine di speculazione e lucro, assistenze previdenziali, economiche e sanitarie integrative e/o aggiuntive dell’assistenza fornita dal Servizio Sanitario Nazionale, nei limiti e con le modalità stabilite dal presente Regolamento.

MODALITÀ PER LE ISCRIZIONI

Articolo 2 – Chi intende essere ammesso come Aderente dovrà presentare al Consiglio di Amministrazione domanda scritta, che dovrà contenere almeno i seguenti dati ed elementi:

- a) la ragione sociale o la denominazione, la forma giuridica e la sede legale;
- b) la qualità della persona che sottoscrive la domanda e i suoi relativi poteri di firma;
- c) l'indicazione del programma di assistenza prescelto;
- d) la dichiarazione di rispettare lo Statuto, il Regolamento e le deliberazioni legalmente adottate dagli Organi Sociali;
- e) l'impegno al regolare e tempestivo pagamento dei contributi sociali per almeno 3 (tre) anni solari, oltre all'eventuale frazione d'anno all'iscrizione;
- f) l'elenco con tutti i dati anagrafici dei dipendenti e loro familiari, per livello di mansioni (dirigenti – quadri – impiegati – operai) ed il contratto aziendale e/o nazionale che preveda le prestazioni di assistenza sanitaria e la quota eventuale a carico dell'assistito/ beneficiario;
- g) l'elenco di tutti i dati anagrafici degli associati e/o iscritti alla Associazione o all'Ordine e dei loro familiari, in uno alla delibera del Consiglio di Amministrazione dell'Ente e/o Associazione che preveda le prestazioni di assistenza sanitaria e la quota eventuale a carico dell'assistito.

Articolo 3 – Il Fondo ha facoltà di chiedere, ad integrazione della domanda, tutte le informazioni ed eventuali documentazioni ritenute necessarie per l'ammissibilità della domanda stessa.

Articolo 4 – Verificata la regolarità della documentazione prodotta, la decorrenza della qualifica di Aderente, ivi compresa la decorrenza delle prestazioni sanitarie per i suoi assistiti, avrà inizio dal primo giorno di ogni mese successivo alla comunicazione di accoglimento della domanda.

CONTRIBUTI DEGLI ADERENTI

Articolo 5 – Per l'iscrizione al Fondo è richiesto:

- a) il versamento della quota di iscrizione una tantum per le spese di ammissione, nella misura deliberata dal Consiglio di Amministrazione attualmente prevista in € 60,00 per ogni assistito/beneficiario iscritto dall'Aderente, per i primi 15 iscritti e di € 25 dal 16° iscritto. In presenza di collettività particolarmente numerose è facoltà del Consiglio di Amministrazione di modificare l'importo della quota d'iscrizione;
- b) il versamento anticipato del contributo ordinario annuo o pro-rata relativo alla forma di assistenza scelta, nella misura determinata ogni anno dal Consiglio di Amministrazione.

MODALITÀ PER IL VERSAMENTO DEI CONTRIBUTI

Articolo 6 – Il versamento della quota di iscrizione e dei contributi ordinari può essere effettuato a mezzo sistema bancario, postale o direttamente presso la sede del Fondo.

I contributi ordinari 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 del Fondo di comunicare a tutti gli Aderenti, entro il mese di novembre, l'entità dei contributi ordinari a valere per l'annualità successiva.

Articolo 7 – Per le iscrizioni che dovessero avvenire in corso d'anno, ferma l'entità della quota di iscrizione, l'importo del contributo ordinario da versare anticipatamente, sarà pari a tanti dodicesimi dell'importo del contributo ordinario annuo quanti sono quelli compresi tra il mese di iscrizione ed il 31 dicembre successivo, maggiorati del quindici per cento (15%) del rateo come sopra calcolato.

Per le iscrizioni con decorrenza dal 1° novembre, l'importo da versare dovrà comprendere anche il contributo ordinario dell'anno successivo con il rateo senza maggiorazione.

Articolo 8 – Il mancato versamento dei contributi nei termini previsti dal II capoverso dell'art. 6 del presente Regolamento determina, per il beneficiario/assistito, la sospensione delle prestazioni di assistenza sanitaria. Tale sospensione sarà comunicata all'Aderente.

Il Fondo si riserva di mettere in atto tutte le azioni necessarie all'incasso dei contributi dovuti dagli Aderenti.

Le prestazioni possono essere riattivate solo a seguito dell'effettivo pagamento, con validità dal 1° giorno del mese successivo al pagamento.

PASSAGGIO AD UN'ALTRA FORMA DI ASSISTENZA

Articolo 9 – Entro il 30 settembre di ogni anno, l'Aderente già iscritto può richiedere di cambiare il tipo di assistenza sanitaria in corso per i propri assistiti a decorrere dall'annualità successiva. Il Consiglio di Amministrazione, valutata la richiesta, delibera per l'accettazione o meno della stessa.

DECORRENZA DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA

Articolo 10 – L'erogazione dell'assistenza sanitaria a favore degli assistiti decorre:

- dal primo giorno da cui decorre la iscrizione 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 della iscrizione per tutte le prestazioni sanitarie previste ad eccezione dello stato di gravidanza;
- dal primo giorno del tredicesimo mese successivo a quello della iscrizione per la gravidanza, il parto, l'aborto spontaneo, terapeutico o volontario (purché eseguito a norma di legge), e ogni tipo di assistenza ad essi correlata;
- dal primo giorno successivo al trentaseiesimo mese dalla data di iscrizione per le malattie preesistenti e/o recidivanti e per gli interventi cruenti derivanti da infortunio verificatosi in data antecedente quella dalla quale decorre la iscrizione.

N.B. Le carenze non si applicano qualora siano documentate precedenti coperture assicurative con prestazioni equivalenti e senza soluzione di continuità temporale.

N.B. Il Consiglio di Amministrazione, in presenza di contratti di categoria anche aziendali, ha facoltà di modificare i periodi di carenza.

DECADENZA DEL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI

Articolo 11 – Il diritto alle prestazioni da parte degli assistiti si estingue:

- a) per decesso dell'assistito;
- b) per cessazione del rapporto di dipendenza o di associazione;
- c) per esclusione disposta in presenza di irregolarità o abusi;
- d) per cessazione dell'attività dell'Aderente da qualsiasi causa derivata;
- e) per recesso da esercitare ogni triennio pieno (esclusa cioè l'eventuale frazione d'anno all'ingresso).

Relativamente ai soli casi sub a) e b) il Fondo provvederà al rimborso del rateo di contributo già corrisposto a partire dal 1° giorno del mese successivo al decesso o alla cessazione del rapporto.

ESCLUSIONI DALLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA

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

1. epilessia;
2. abuso di alcolici;
3. anoressia e bulimia;
4. uso non terapeutico di allucinogeni, psicofarmaci o stupefacenti;
5. malattie mentali e disturbi psichiatrici in genere;
6. psicoanalisi e sedute terapeutiche;
7. A.I.D.S. e patologie correlate;
8. conseguenze collegabili a disturbi cromosomici;
9. visite, indagini diagnostiche ed interventi conseguenti a infertilità, sterilità e impotenza sia maschile che femminile ivi compreso qualsiasi trattamento effettuato in aiuto alla procreazione;
10. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche, fatta eccezione per gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio o da interventi per neoplasia maligna;
11. prestazioni di cosiddetta "medicina alternativa e/o non convenzionale" (se non diversamente indicato nel Piano sanitario);
12. infortuni sofferti in stato di ubriacatezza alla guida di veicoli in genere o in conseguenza di proprie azioni delittuose o atti autolesivi;
13. 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 gli sport aerei in genere;
14. infortuni conseguenti alla pratica degli sport definiti pericolosi, come: pugilato; atletica pesante e lotta nelle sue varie forme; scalata di roccia o ghiacciaio, speleologia; salto dal trampolino con sci, idrosci, sci acrobatico, bob, rugby; football americano, immersione con autorespiratore, sport non legali e/o effettuati con l'utilizzo di mezzi ed attrezzature non autorizzate;
15. infortuni derivanti dagli sport praticati a livello professionistico, ritenendosi comunque tali anche la semplice partecipazione a gare e competizioni;
16. eventi causati da atti di guerra, da incidenti nucleari o da radiazioni nonché in conseguenza di movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche (sono peraltro comprese quelle riferite alla radioterapia);
17. ricoveri determinati da finalità dietetiche ed estetiche o dalla cura del corpo (centri del benessere/istituti termali);
18. ricoveri per lunga degenza, intendendosi per tali quelli determinati da condizioni fisiche dell'assistito che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
19. le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni congenite preesistenti alla iscrizione al Fondo, nonché le patologie ad esse correlate;
20. la correzione dei vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia) se non diversamente indicato nel Piano sanitario;
21. gli interventi di chirurgia bariatrica finalizzati alla cura dell'obesità;
22. le prestazioni di controlli di routine che non siano prescritte da Medico specialista con indicazione della motivazione o della diagnosi ancorché presunta;

23. 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, salvo se previste dal piano sanitario;
24. le conseguenze della partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (spedizioni esplorative, artiche, himalayane o andine, regate oceaniche e simili);
25. check-up di medicina preventiva fatta eccezione per quelli previsti dai piani sanitari che li includono.

MODALITÀ PER IL CONSEGUIMENTO DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA

Articolo 13 – L'assistenza sanitaria è erogata nella forma indiretta/rimborsi. Tuttavia, fermo restando che l'assistito è libero di scegliere le strutture sanitarie ritenute più idonee, può comunque usufruire della rete di operatori sanitari convenzionati, che il Fondo, in proprio o delegando una società esperta nel settore, mette a disposizione degli assistiti. I rimborsi sono effettuati nei limiti massimi stabiliti e pubblicati nell'ultima edizione del nomenclatore/ tariffario del Fondo e comunque nell'ambito del massimale previsto dal Piano Sanitario.

Gli assistiti hanno sempre diritto di esercitare la libera scelta delle cure, anche quando potrebbero usufruire della forma "diretta".

Articolo 14 – L'erogazione delle prestazioni per eventi che dipendono da responsabilità di terzi è subordinata alla comunicazione al Fondo di tutti i dati identificativi del terzo responsabile, delle circostanze dell'evento ed all'assunzione dell'obbligo da parte dell'assistito di rimborsare al Fondo, fino alla concorrenza delle spese da esso sostenute, le somme da chiunque ricevute a titolo di prestazioni sanitarie, 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 all'assistito 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 del pagamento diretto, a compilare e firmare presso la struttura sanitaria un 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 al Fondo alcuna documentazione sanitaria e di spesa, in quanto lo fa, in nome e per conto dell'assistito, la stessa struttura sanitaria.

In tal caso si potranno realizzare le seguenti fattispecie:

Struttura convenzionata e medico convenzionato

il Fondo 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 sottoscritto;

Struttura convenzionata e medico non convenzionato

il Fondo 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, mentre le spese sostenute dall'assistito per il medico non convenzionato verranno rimborsate in base a quanto previsto dalla modalità in forma indiretta del Piano sanitario sottoscritto.

OBBLIGHI PER AVER DIRITTO ALLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA

Articolo 16 – Le richieste di rimborso, accompagnate dalla documentazione sanitaria e di spesa **in copia**, devono essere trasmesse agli uffici del Fondo non oltre tre mesi dalla data di dimissioni dall'Istituto di cura o dell'effettuazione delle prestazioni. Il mancato invio della documentazione suddetta nei termini indicati, costituisce causa di decadenza del diritto al conseguimento dei rimborsi.

Il Fondo ha facoltà di richiedere, ad integrazione della documentazione presentata per la richiesta di rimborso, ogni altra documentazione attinente e ritenuta necessaria ai fini dell'ammissibilità della richiesta stessa.

Documentazione richiesta per i rimborsi

Gli elementi essenziali sono:

se trattasi di visite specialistiche:

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

N.B. Le visite specialistiche sono rimborsabili qualora dalla documentazione risulti inequivocabilmente il titolo accademico di specializzazione del medico. Nessun rimborso è previsto per le prestazioni di medicina generica che comprendono, tra l'altro, le visite, le iniezioni, le fleboclisi, le vaccinazioni etc.

se trattasi di accertamenti diagnostici:

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

se trattasi di cure di fisioterapia:

- cartella clinica con descrizione analitica, relativa all'evento di riferimento, emessa dalla struttura con firma e data, copia della fattura/ricevuta fiscale, con firma e data. La prestazione conseguente deve essere praticata da professionisti regolarmente abilitati alla pratica della fisioterapia o, nel caso di terapie praticate nei centri abilitati, che questi siano autorizzati dalle Autorità competenti.

se trattasi di Interventi Chirurgici e/o Ricoveri in genere:

N.B. Le tariffe previste nel Nomenclatore/Tariffario sono comprensive anche del materiale d'uso e dei medicinali.

Si intendono per interventi chirurgici e/o ricoveri qualsiasi atto medico, cruento e non, manuale o strumentale eseguito a fini terapeutici.

Qualora il Piano sanitario preveda il riferimento al Nomenclatore Tariffario, la tariffa prevista per le singole voci è omnicomprensiva delle prestazioni dell'operatore, degli aiuti, degli assistenti, dell'anestesista e dell'intera équipe chirurgica, durante tutto il ricovero fino alle dimissioni dall'Istituto di cura.

È conteggiare a parte la sala operatoria, le rette di degenza ed i medicinali e materiali usati per l'intervento tenendo presente che non sono previsti rimborsi per diritti di segreteria e amministrativi, spese di rilascio della cartella clinica, V.H.S., C.D., D.V.D.

N.B. In caso di interventi chirurgici concomitanti e contemporanei, anche se la via di accesso è diversa ma eseguiti nella stessa seduta operatoria, viene applicata, nei limiti della spesa sostenuta, la tariffa prevista per l'intervento principale mentre per l'altro o gli altri, la relativa tariffa si rimborsa al 50% di quanto la stessa preveda.

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

- richiesta medica con diagnosi certa e 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 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 firma e data.

se trattasi di prestazioni conseguenti ad infortunio:

- richiesta documentata da verbale di un Pronto Soccorso 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.

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

PRIVACY E TUTELA DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

Art. 17 – Tutti i dati conferiti dall'Aderente per conto dei loro dipendenti e/o associati e loro familiari, saranno trattati dagli Organi del Fondo secondo le modalità ed entro i limiti previsti dal Codice in materia di protezione dei dati personali di cui al D. Lgs 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni.

ARBITRATO

Art.18 - Per la risoluzione di controversie di natura medica sulla indennizzabilità del sinistro le Parti possono demandare la decisione a un collegio arbitrale con sede nell'istituto di medicina legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato, anche qualora questi non sia Contraente.

FORO COMPETENTE

Articolo 19 - Per la risoluzione di controversie di natura legale il Foro competente è quello di Milano.