

**REGOLAMENTO GENERALE DELLA
MUTUA DI ASSISTENZA CREDITO COOPERATIVO**
Edizione 2023

Preambolo

Il Consiglio di Amministrazione dell'Associazione Mutua di Assistenza del Credito Cooperativo, in seguito denominata "Mutua" in conformità al vigente Statuto sociale, ha deliberato le condizioni e le modalità di accesso alle prestazioni e ai servizi rivolti ai propri Soci e familiari minori, secondo le norme che seguono. Il presente regolamento si attiene a quanto stabilito dallo Statuto, dal d.lgs. 117/2017 e s.m.i. e da tutte le normative sussidiarie e collegate.

CAPO I - PARTE GENERALE

Art. 1 Domanda di ammissione

L'adesione alla Mutua è riservata alle persone fisiche. Chi desidera diventare socio della Mutua deve presentare domanda al Consiglio di Amministrazione secondo il modulo in uso.

La domanda deve contenere:

1. nome, cognome, data e luogo di nascita, indirizzo di residenza, codice fiscale, titolo di studio e attività svolta;
2. l'autorizzazione, in favore della Mutua, di chiedere e ricevere dalla BCC di Staranzano e Villesse informazioni sull'esistenza e natura dei rapporti in essere con il Socio, limitatamente alla sussistenza di conti correnti di appoggio per accrediti e addebiti in base alle norme del presente regolamento, e eventuali regolamenti specifici di attività straordinarie;
3. l'impegno a versare la quota di ammissione *una tantum* e la quota associativa annua determinata dall'Assemblea su proposta del Consiglio;
4. il consenso al trattamento dei dati personali e particolari ai sensi e per gli effetti del GDPR Reg. UE 2016/679;
5. L'impegno ad osservare le disposizioni contenute nello Statuto Sociale, nei regolamenti e di sottostare alle delibere prese dagli organi sociali.

Al fine di automatizzare le procedure di incasso delle quote associative e dei contributi l'aspirante Socio dovrà, preferibilmente, autorizzare l'addebito permanente sul proprio conto corrente bancario presso la BCC di Staranzano e Villesse attraverso procedura RID, firmando l'apposito modulo. La procedura rimarrà attiva fino a revoca comunicata in forma scritta.

La domanda di socio potrà essere presentata agli sportelli della BCC di Staranzano e Villesse, ente sostenitore, o presso la Sede della Mutua.

Art. 2 Periodo di carenza

Le erogazioni di cui al presente regolamento sono dovute per eventi che hanno luogo dalle ore 24:00 del 90esimo giorno successivo all'accoglimento della domanda di ammissione a Socio, stante il regolare pagamento della quota di ammissione e del contributo associativo annuo.

Per le patologie dipendenti da gravidanza e puerperio le erogazioni di cui al presente regolamento sono dovute per prestazioni che hanno luogo dalle ore 24:00 del 300esimo giorno successivo all'accoglimento della domanda di ammissione a Socio e pagamento della quota di ammissione e del contributo associativo annuo.

I Soci con età superiore ai 75 anni avranno diritto alle erogazioni di cui al presente regolamento dopo trecentosessantacinque giorni dall'accoglimento della domanda di ammissione a Socio. I Soci con età superiore agli 80 ne avranno diritto dopo settecentotrenta giorni e quelli di età superiore ad 85 anni dopo millenovantacinque giorni.

Per la determinazione del giorno di accoglimento della domanda di ammissione a Socio, fa fede la delibera consiliare di ammissione.

Le norme del presente articolo si applicano anche in riferimento al periodo di carenza di cui all'articolo 6 del Capo I del regolamento.

Art. 3 Pagamento della quota annua

Il diritto alle prestazioni è in ogni caso condizionato alla regolarità del pagamento della quota associativa relativa all'anno di competenza, preventiva alla prestazione o all'utilizzo del servizio. Non possono essere richieste erogazioni di qualsiasi genere e a qualunque titolo dai Soci cd "sospesi" (ossia non in regola con il pagamento della quota sociale per un periodo compreso tra uno e due anni), prima della regolarizzazione della posizione.

Trascorso un periodo di due anni dall'ultimo pagamento, il Socio si intende estromesso, e non può essere riammesso se non tramite la procedura di ammissione di cui all'Art. 1.

La determinazione delle quote, deliberata annualmente dal CdA, è sintetizzata dalla tabella in calce al presente regolamento.

Art. 4 Recesso dalla compagine sociale

I Soci possono recedere dalla Mutua comunicando per iscritto alla Società le proprie dimissioni almeno 2 (due) mesi prima della scadenza dell'annualità in corso. In ogni caso, perché le dimissioni abbiano efficacia, è obbligatoria la restituzione alla segreteria della Mutua della tessera associativa.

I Soci aderenti ai servizi e alle prestazioni, con accesso volontario, possono recedere dai singoli servizi o prestazioni nei termini e nei modi previsti dai relativi regolamenti specifici.

In mancanza di recesso nei termini e modi sopra stabiliti, l'adesione alla Mutua si intende tacitamente rinnovata di anno in anno per le prestazioni già richieste dal socio, con obbligo di versamento i relativi contributi. I soci dimissionari che abbiano ricevuto prestazioni economiche comunque denominate dalla MACC, ai sensi del presente regolamento o di ogni altra fonte normativa del rapporto sociale, sono tenuti alla ripetizione di quanto percepito nei dodici mesi precedenti alla data di dimissione. Tale clausola è condizione di procedibilità delle dimissioni; in assenza della ripetizione il socio sarà comunque tenuto al versamento della quota per l'anno successivo.

Art. 5 Validità ed estensione delle coperture

Sono garantite al Socio maggiorenne tutte le coperture previste dal Regolamento generale e dai regolamenti specifici, salvo deroghe espressamente previste da questo regolamento, dallo Statuto e dal regolamento della Carta Mutuasalus[®]. In ogni caso le coperture non sono di norma estensibili a familiari maggiorenni, che devono associarsi per poter usufruire dei servizi MACC.

Le prestazioni della Mutua sono estese anche ai figli minori del Socio, *18 anni non compiuti*, con l'esclusione delle erogazioni in danaro come definite dall'articolo 3 del "Reg. Generale diarie, sussidi ed erogazioni a qualsiasi titolo" e con eventuali ulteriori limitazioni ove previste da Regolamenti specifici.

Art. 6 Copertura sanitaria di base e clausola di salvaguardia

La Mutua garantisce a tutti i propri Soci un livello base di assistenza medico sanitaria le cui prestazioni sono indicate nel regolamento della Carta Mutuasalus[®] e nei regolamenti che seguono.

La Carta Mutuasalus[®] è consegnata al Socio dopo l'accoglimento della relativa domanda di ammissione e consente allo stesso ed ai figli minori, dichiarati nella domanda di ammissione, di accedere a tutte le iniziative che la Mutua organizza in favore dei propri assistiti.

Le Diarie, i Rimborsi e i Sussidi sono erogati nei termini e nei modi previsti dal regolamento specifico che disciplina la prestazione. **In ogni caso non potranno essere erogate, nei modi previsti da regolamenti generali e specifici, somme superiori ad Euro 1000,00 (mille/00) in un periodo di ventiquattro mesi.** Una volta raggiunto questo massimale, viene attivato un ulteriore periodo di carenza di mesi dodici dalla data di liquidazione dell'ultimo rimborso, durante il quale non possono essere erogate ad alcun titolo somme di denaro dirette dalla Mutua ai Soci. Resta inteso che saranno erogate liquidazioni, una volta decorsi i dodici mesi, per tutte e sole le prestazioni successive al periodo di carenza, e che saranno in ogni caso garantiti tutti gli altri servizi della Mutua non connessi ed erogazioni monetarie dirette.

Art. 7 – Coperture in caso di morosità

L'erogazione delle diarie e dei sussidi non avranno luogo se il contributo associativo non è stato regolarmente pagato alla scadenza annuale. In caso di morosità il diritto alle prestazioni cessa e si ripristina alle ore 24:00 del **90esimo** giorno successivo al pagamento delle quote arretrate, salvo delibera difforme del Consiglio di Amministrazione.

I ricoveri, le visite specialistiche, gli esami ed accertamenti diagnostici e le altre assistenze eseguite durante il periodo di morosità non possono essere oggetto di diarie né di sussidi qualunque sia la causa del ritardato pagamento, salvo delibera difforme del CdA.

Art. 8 Copertura sanitaria avanzata con l'intervento del Fondo Mutuasalus.

La Mutua può offrire a tutti i propri Soci, in regola con la posizione sociale, l'accesso facoltativo a programmi di assistenza sanitaria le cui prestazioni sono indicate nei relativi regolamenti specifici, predisposti dal COMIPA, Consorzio tra Mutue Italiane di Previdenza e Assistenza. I programmi di assistenza sanitaria costituiscono un sistema mutualistico integrativo e complementare del servizio sanitario nazionale.

Il Socio può accedere ai programmi di assistenza sanitaria, per sé e per i propri familiari, versando al FONDO MUTUASALUS® il contributo annualmente stabilito dal Consiglio di Amministrazione della Mutua, su indicazione del COMIPA.

Il Contributo Assicurativo, stabilito dal Consiglio di Amministrazione è riportato nei regolamenti specifici che disciplinano i singoli programmi di assistenza sanitaria.

Art. 9 Attività culturali e ricreative

La Mutua sviluppa e promuove attività nei settori della cultura e del tempo libero. A tal fine, nei limiti previsti dalla Legge e in base a quanto deliberato dal CdA, può promuovere viaggi culturali a condizioni agevolate per i Soci, organizzare corsi di formazione, conferenze sanitarie, ed altre iniziative volte ad elevare la cultura dei Soci e dei loro familiari.

Le iniziative e le relative condizioni di partecipazione possono essere rese note tramite: il notiziario "Notizie Mutua Salute" edito dalla Mutua con periodicità semestrale, o mediante apposite locandine e depliant, o in altre forme ritenute più efficaci.

Art. 10 Altre attività

La Mutua fornisce assistenza nel settore sociale realizzando, in modo diretto o tramite soggetti terzi convenzionati, servizi di sostegno al Socio.

Le iniziative e le relative condizioni di partecipazione possono essere rese note tramite: il notiziario "Notizie Mutua Salute" edito dalla Mutua con periodicità semestrale, o mediante apposite locandine e depliant, o in altre forme ritenute più efficaci.

Art. 11 Servizio Volontariato Trasporti

Complementariamente a quanto previsto sopra, la Mutua tramite un'organizzazione di volontari, allo scopo di sostenere le situazioni di disagio dei Soci, dei Soci e Clienti BCCSV e dei Cittadini, gestisce un servizio di accompagnamento da e per le strutture sanitarie della Regione Friuli Venezia Giulia.

Il servizio viene svolto da volontari che offrono la loro prestazione a titolo gratuito, senza alcun compenso né dalla Mutua, né dal trasportato o da terzi.

Tutte le spese delle vetture: rifornimenti, tasse e assicurazioni sono a carico della Mutua. Le modalità di gestione del servizio e di fruizione da parte dei soggetti interessati sono regolate da regolamenti specifici, approvati dal CdA.

QUOTA DI ADESIONE E CONTRIBUTI SOCIALI
PER IL PERIODO 1 Gennaio 2023 - 31 dicembre 2023

Le quote sociali annue sono regolate secondo la tabella che segue:

Tipologia di SOCIO	Quota annua
Soci Titolari (ossia di età superiore ai 30 anni)	€ 55,00
Soci Giovani (ossia di età compresa tra i 18 e i 30 anni compiuti)	€ 25,00
Soci Senior (ossia di età superiore agli 85 anni, e con un'appartenenza alla compagine sociale di almeno dieci anni ininterrotti)	€ 25,00

Per il solo primo anno di ammissione è previsto il versamento, a margine di quanto indicato sopra, di una quota *una tantum* secondo la tabella che segue:

Tipologia di SOCIO	Quota annua
Socio Titolare	€ 15,00
Socio Giovane	€ 3,00

Sono previste le seguenti quote per i Soci della BCC di Staranzano e Villesse che aderiscono alla compagine sociale della MACC, **limitatamente all'atto dell'adesione, fatto salvo il pagamento dell'una tantum:**

Tipologia di SOCIO	Quota annua
Soci Titolari (ossia di età superiore ai 30 anni)	€ 30,00
Soci Giovani (ossia di età compresa tra i 18 e i 30 anni compiuti)	€ 20,00
Nuovo socio* BCC Staranzano e Villesse (sia giovane che titolare)	€ 0,00*

* Per "nuovo socio BCCSV" si intende la persona fisica che ha aderito alla compagine sociale della Banca negli ultimi sei mesi. Il nuovo socio BCC Staranzano e Villesse che aderisce contestualmente anche alla MACC sarà esonerato anche dal pagamento della quota *una tantum*.

Note di lettura:

- Per l'anno successivo all'adesione si farà riferimento alle quote ordinarie applicabili al momento del rinnovo.
- Il Consiglio di Amministrazione della Mutua può deliberare, in forma autonoma, delle quote diverse, per categorie di persone o di nuovi Soci, nell'intento di favorire l'aumento della Compagine Sociale.
- Le quote associative annuali determinate dal CdA avranno la decorrenza fissata dal CdA stesso e saranno comunicate per presa d'atto alla prima Assemblea successiva.
- Resta inteso che le quote di adesione garantiscono un'appartenenza alla compagine sociale di mesi 12 (dodici), indipendentemente da eventuali modifiche deliberate dal CdA, le quali entreranno in vigore alla scadenza successiva della quota di ciascun socio;
- I contributi associativi annuali per l'adesione ai servizi facoltativi ed alle altre iniziative ed attività sociali sono riportati nei regolamenti specifici che li disciplinano.

Capo II - REGOLAMENTO GENERALE DIARIE, SUSSIDI ED EROGAZIONI A QUALSIASI TITOLO

Il presente regolamento si applica a tutti i casi di diarie, sussidi ed erogazioni elencati in seguito, e in via sussidiaria a tutte le erogazioni eventualmente deliberate dal CdA.

Art. 1 Assistiti

Le diarie, i rimborsi ed i sussidi, di cui al presente regolamento, vengono riconosciuti esclusivamente ai Soci regolarmente iscritti all'Associazione *Mutua di Assistenza del Credito Cooperativo ETS*, di seguito denominata MUTUA, in regola con il pagamento della quota associativa secondo le modalità previste dal regolamento generale.

Con l'esclusione delle erogazioni previste dal successivo art. 3 ("diarie da ricovero"), le prestazioni sono garantite anche ai figli minori dei soci residenti con il socio titolare.

Art. 2 Nozioni e definizioni

In tutte le norme del regolamento generale in cui si parla di infortunio, il termine deve essere inteso secondo l'interpretazione che segue: *L'infortunio è la conseguenza di un incidente fisico, ovvero un evento dannoso ed imprevedibile; è un evento violento, fortuito ed esterno che produce lesioni obiettivamente constatabili e che produca come effetto inabilità temporanea, invalidità permanente, oppure morte. Dal punto di vista medico, l'infortunio è causa di danni fisici (come fratture, contusioni, abrasioni, crampi, lussazioni eccetera) che sono temporanei o permanenti.*

A titolo indicativo e non esaustivo, sotto la definizione di infortunio ricadono: annegamento, assideramento, lesioni muscolari, asfissia causata da gas o vapori, colpi di sole o di calore, infezioni non legate a malattie, avvelenamenti per morsi o punture di animali, ernie addominali.

Non saranno in ogni caso liquidate come "infortunio" patologie o situazioni che non rientrino nella definizione di cui al comma 1 del presente articolo.

In tutte le norme del regolamento generale in cui si parla di riabilitazione si applica la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), per la quale è riabilitazione quell'*"insieme di interventi che mirano allo sviluppo di una persona al suo più alto potenziale sotto il profilo fisico, psicologico, sociale, occupazionale ed educativo, in relazione al suo deficit fisiologico o anatomico e all'ambiente"*. Ai sensi e per gli effetti del presente regolamento si intende come riabilitazione qualunque attività di carattere sanitario che abbia come obiettivo quello di ridurre, parzialmente o totalmente, un "deficit" che causa una disabilità ad una persona. È sempre considerata riabilitazione qualunque attività fisiatrica, fisioterapica, motoria, respiratoria e cardiologica che abbia funzione riabilitativa e che sia collegata ad un evento singolo e specifico.

Non saranno in nessun caso liquidati come Riabilitazione ricoveri o eventi di giornata finalizzati al mantenimento dello *status quo* sanitario.

Art. 3 Diarie da ricovero

a) La MUTUA, in caso di ricovero in istituto di cura pubblico o privato, corrisponde a tutti i Soci di età compresa tra i 18 e i 69 anni compresi le seguenti indennità giornaliere per persona/evento/anno:

Tipo di ricovero	Diaria giornaliera	Massimale annuo	Documentazione
INFORTUNIO	35,00 €	20 giorni/anno	Verbale rilasciato da pronto soccorso e certificato degenza ospedale.
MALATTIA	25,00 €	20 giorni/anno	Certificato degenza Ospedale
RIABILITAZIONE	10,00 €	20 giorni/anno	Proposta medico e Certificato degenza in RSA.

Le indennità in parola sono erogate per ogni giorno di degenza ad esclusione del giorno di entrata e di uscita; viene invece pagata come giorno di ricovero la giornata di trasferimento in altra sede ospedaliera o presso altra struttura ospedaliera, RSA compresa.

Per la qualificazione di un evento come "infortunio" è necessario allegare all'atto della domanda il verbale del pronto soccorso; in ogni caso non sarà considerato rimborsabile a titolo di infortunio, ma verrà qualificato come malattia, un evento valutato nel *triage* come "codice bianco".

La presente norma si applica anche al day hospital per infortunio, che se valutato come "codice bianco" non sarà liquidato.

b) Diarie da ricovero per i soci di età compresa tra i 70 e i 75 anni

Fatto salvo quando previsto per le modalità di erogazione, relativamente agli importi in deroga a quanto previsto sub a, per i Soci di età maggiore o uguale a 70 anni, e minore di 75, si applica la tabella che segue:

Tipo di ricovero	Diaria giornaliera	Massimale annuo	Documentazione
INFORTUNIO	25,00 €	20 giorni/anno	Verbale rilasciato da pronto soccorso Ospedale e certificato degenza ospedale.
MALATTIA	15,00 €	20 giorni/anno	Certificato degenza Ospedale
RIABILITAZIONE	10,00 €	20 giorni/anno	Proposta medico e Certificato degenza in RSA.

c) Diarie da ricovero per i soci con oltre 75 anni

Fatto salvo quando previsto per le modalità di erogazione, relativamente agli importi in deroga a quanto previsto sub a, per i Soci di età maggiore o uguale a 75 anni si applica la tabella che segue:

Tipo di ricovero	Diaria giornaliera	Massimale annuo	Documentazione
INFORTUNIO	15,00 €	20 giorni/anno	Verbale rilasciato da pronto soccorso Ospedale e certificato degenza ospedale.
MALATTIA	10,00 €	20 giorni/anno	Certificato degenza Ospedale
RIABILITAZIONE	10,00 €	20 giorni/anno	Proposta medico e Certificato degenza in RSA.

Norme di carattere generale

In deroga a quanto previsto sopra:

- Il ricovero Ospedaliero di **due giorni** sarà considerato Day Hospital/Day Surgery e verrà erogato un sussidio pari ad un giorno, in base a quanto stabilito dal segg. art. 4;
- l'eventuale pernottamento in pronto soccorso, se comportante una permanenza all'interno della struttura per più di 12 ore complessive e indipendentemente dalla qualificazione come "infortunio" ai sensi del prec. art. 2, sarà considerato come Day Hospital e verrà liquidato ai sensi del segg. art. 4;

Le richieste di cui al presente articolo possono essere presentate solo una volta concluso il ricovero, anche in caso di ricoveri consecutivi in diversi reparti che comportino diverse tipologie di diaria e insistano su diversi massimali.

Per ciascun singolo evento ricovero, anche se continuativo e con cambi di reparto o struttura ospitante, deve essere presentata una singola richiesta di diaria che va imputata ai massimali di competenza dell'anno di presentazione.

Art. 4 Rimborsi per day hospital o day surgery

La **MUTUA** eroga un sussidio onnicomprensivo per le spese sostenute dal Socio per le prestazioni di “day hospital e day surgery” riportati nella sottostante tabella:

Day Hospital e Surgery Radio o Chemioterapia	Per seduta giornaliera	Massimale annuo	Documentazione
Province di Gorizia e Trieste	€ 15,00	€ 300,00	Documentazione rilasciata dall’Ospedale e/o Casa di
Province di Udine e Pordenone	€ 20,00	€ 400,00	Cura, deve indicare Day Hospital o Day Surgery
Altre località italiane	€ 25,00	€ 500,00	
Infortunio	€ 20,00	nn	

Sono comunque escluse tutte le prestazioni eseguite in regime ambulatoriale, le visite specialistiche e gli esami diagnostici anche di durata pari ad un’intera giornata di lavoro.

Sono in ogni caso considerate come “day hospital”, indipendentemente dalla denominazione effettivamente segnalata, le presenze in strutture ospedaliere per prestazioni chemioterapiche o radioterapiche, con l’esclusione delle visite di controllo prodromiche alle stesse. Sono altresì sempre considerate day hospital le eventuali procedure di cardioversione eseguite in regime di ricovero giornaliero.

Non verranno in nessun caso rimborsate come day hospital procedure di giornata a carattere riabilitativo quali fisioterapie, massaggi, terapie rieducative per patologie dell'alimentazione.

Il massimale annuo complessivamente calcolato, anche in caso di prestazioni ottenute in strutture diverse, non deve superare € 500,00.

Il Socio deve presentare la dichiarazione inerente alla prestazione fatta dall’Ospedale in Day Hospital o Day Surgery, (modulo in originale); oppure eventuale documento equipollente indicante il numero di prestazioni in regime di DH di cui il Socio ha usufruito. È facoltà della segreteria della Mutua chiedere integrazioni od ulteriori documentazioni per appurare il tipo di prestazione effettivamente erogata.

Il Socio che beneficia del servizio di “TRASPORTO PERSONE GRATUITO” da parte della Mutua o di altre Associazioni benefiche che effettuano servizi assimilabili **non avrà diritto al rimborso della prestazione tipo Day Hospital - Day Surgery**

È facoltà della segreteria MACC richiedere in sede di istruzione della pratica informazioni al Socio o agli enti che effettuano trasporti gratuiti per escludere eventuali richieste contrarie a questo principio.

Art. 5 Rimborsi per visite specialistiche o terapie presso le strutture convenzionate

I Soci avranno diritto ai sussidi ed alle agevolazioni, previste nella tabella sottostante, stante la presenza contestuale dei requisiti che seguono:

1. la prestazione deve essere eseguita privatamente da una struttura o da un medico convenzionati con il Consorzio tra Mutue Italiane di Previdenza ed Assistenza (COMIPA) o direttamente con la MACC;
2. la fattura presentata deve essere intestata al Socio, e riportare in maniera inequivoca lo sconto praticato; inoltre deve essere indicato in maniera chiara e inequivoca che si tratta di una necessità sanitaria inerente il Socio, anche per quanto attiene ai trasporti da e per strutture sanitarie;
3. per l’esecuzione della prestazione non deve contestualmente essere stato richiesto il servizio trasporto gratuito della MACC, ipotesi nella quale viene a decadere il diritto al rimborso comunque denominato.

In assenza dei requisiti sopra indicati, non potrà essere erogato il rimborso; in particolare, in assenza di quanto previsto al punto 2, a discrezione del Consiglio di Amministrazione o del Consigliere da esso delegato, il rimborso potrà venire liquidato calcolando come importo fatturato quello indicato in fattura al netto dello sconto pattuito dal convenzionato in sede di convenzione.

Rif.	Prestazioni c/ Convenzionati	Rimborsabile fino al	Massimale annuo
A	Visite Mediche Specialistiche c/o (esclusi odontoiatri)	30 % della fattura	150,00 €
B	Esami, accertamenti diagnostici, Terapie presso convenzionati (se fisioterapia, necessita prescrizione medica)	20% della fattura	150,00€
C	Servizio Taxi e NCC (solo da e per destinazioni sanitarie e Cura)	10% di quanto pagato	150,00€
D	Rimborso una tantum Care Manager Progetto Rete ComeTe	100% di quanto pagato	35,00€ *
E	Ambulanze convenzionate (CRI, Croce Verde Gradiscana etc.)	40% fattura	150,00 €
F	DENTISTA BAMBINI figli minorenni del Socio	20% fattura	100,00 € per figlio fino a un massimale di 200,00 a famiglia
G	BUONO per acquisto: Aerosol – misuratore: Pressione o Glicemia, riservato ai soci di età maggiore ai 70 anni compiuti.	50% scontrino	50,00 €
H	Contributo pari ad Euro 100,00 per l'esecuzione di un test non invasivo sul DNA Fetale (NIPT) presso una delle strutture convenzionate	Bonus una tantum	100,00 €

Relativamente al punto sub D, è garantito il rimborso della prima visita del Care Manager per le prestazioni assistenziali inerenti al progetto Rete ComeTe, limitatamente alle prestazioni usufruite dal Socio per sè stesso, entro il plafond annualmente definito dal Consiglio di Amministrazione. Il rimborso andrà imputato nel massimale previsto sub B (esami, accertamenti diagnostici, terapie presso convenzionati), ed è da intendersi come *una tantum* per ciascun socio.

Gli interventi chirurgici effettuati in regime ambulatoriale vengono rimborsati secondo le modalità, le percentuali ed i massimali previsti sub B; con la stessa modalità viene rimborsata la ginnastica riabilitativa comunque denominata effettuata dal socio o dal figlio minore presso le strutture fisioterapiche, con l'ulteriore esibizione di prescrizione precedente all'inizio delle terapie da parte di medico di medicina generale o specialista non operante presso la struttura dove ha luogo la prestazione fisioterapica. Tale prescrizione dovrà essere rinnovata annualmente, e la sua assenza comporterà la decadenza dal diritto al rimborso.

Sono sempre escluse dal campo di rimborsabilità le prestazioni eseguite dal Sistema Sanitario Nazionale per il tramite del pagamento del ticket, nonché le prestazioni estetiche, termali o la ginnastica di mantenimento comunque denominata che non abbiano una funzione clinica immediata ma siano finalizzate a favorire il benessere o mantenere lo status quo sanitario.

In relazione alla ginnastica di mantenimento, in particolare, alla richiesta di rimborso andrà allegata una prescrizione non risalente a più di tre mesi di un medico non operante presso la struttura che certifichi la patologia per cui si richiede la prestazione. In ogni caso le prestazioni vengono rimborsate una tantum per ciascuna singola patologia.

Art 6 – Limiti alle prestazioni

Nessun tipo di erogazione sanitaria o assistenziale di cui al presente capo del regolamento, nonché le erogazioni per prestazioni infermieristiche come deliberate da regolamento del CdA, sarà dovuto a Soci che al momento dell'adesione alla compagine sociale presentino già stati di patologia grave conclamata.

Le erogazioni in danaro previste dagli articoli precedenti non sono altresì dovute se dipendenti da:

- protesi dentarie ed ortodontiche, le cure dentarie e del paradonzio, gli interventi preprotetici e di implantologia. La presente esclusione è operante salvo il caso di infortunio, caso in cui le richieste di

rimborso (avanzate a questo titolo) devono essere accompagnate dal certificato di pronto soccorso ospedaliero o di analoga struttura ospedaliera da cui risulti il danno subito;

- prestazioni mediche aventi mere finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi);
- i ricoveri causati dalla necessità dell'Assistito di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assistito che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendano necessaria la permanenza in istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento; gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
- gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assistito;
- le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.;
- qualsiasi altra limitazione introdotta dal regolamento della Carta MUTUASALUS[®] indicata nel regolamento generale del COMIPA.

È facoltà della Mutua richiedere informazioni o ulteriori integrazioni alla documentazione indicata nel presente regolamento, al fine di dedurre l'eventuale non rimborsabilità della patologia oggetto di sussidio o rimborso comunque denominato.

La mancata esibizione della Carta Personale Mutuasalus[®] o l'utilizzo improprio della stessa può comportare la perdita di qualsiasi rimborso o sussidio da parte della Mutua e, nei casi di uso illecito, l'esclusione dalla compagine sociale.

Art. 7 – Limiti per patologie gravi

I sussidi ed i rimborsi per le prestazioni che seguono:

- la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere;
 - le cure per stati patologici correlati ad infezione da virus HIV;
 - le cure per malattie degenerative del sistema nervoso (es. morbo di Alzheimer, sclerosi multipla, morbo di Parkinson);
 - il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
 - i ricoveri collegati a terapie rieducative per disturbi o patologie dell'alimentazione;
- saranno rimborsati solo nel caso in cui il Socio sia iscritto alla Mutua da almeno un quinquennio senza interruzione. In ogni caso i massimali previsti per la malattia saranno unici e non ripetibili negli anni successivi se derivanti dalla stessa patologia.

È facoltà della Mutua richiedere informazioni o ulteriori integrazioni alla documentazione indicata nel presente regolamento, al fine di dedurre l'eventuale non rimborsabilità della patologia oggetto di sussidio o rimborso comunque denominato.

Art. 8 – Limiti per patologie croniche

I sussidi e i rimborsi comunque denominati che siano connessi a patologie croniche sono dovuti solo per patologie sopravvenute alla data di adesione alla Mutua e solo nel caso in cui il Socio sia iscritto alla Mutua da almeno due anni (24 mesi).

In ogni caso i massimali previsti per ciascuna erogazione espressamente connessa alla patologia cronica saranno unici e non ripetibili negli anni, se derivanti sempre dalla stessa causa. Sono comunque garantiti sussidi ed erogazioni comunque denominati derivanti da altre patologie.

È facoltà della Mutua richiedere informazioni o ulteriori integrazioni alla documentazione indicata nel presente regolamento, al fine di dedurre l'eventuale cronicità della patologia oggetto di sussidio o rimborso comunque denominato.

Art. 9 – Durata della copertura

La copertura ha durata annuale e scade alle ore 24:00 della ricorrenza annuale del giorno di ammissione a Socio.

Art. 10 – Criteri e procedure di liquidazione

L'erogazione delle prestazioni previste dal presente regolamento avviene dietro presentazione della relativa domanda di rimborso alla Mutua. Le domande possono essere presentate nelle modalità previste dal seguente elenco:

1. **direttamente presso l'ufficio della MACC** (farà fede la data del protocollo)
2. **presso le filiali della BCC di Staranzano e Villesse** (farà fede la data di ricezione da parte della filiale);
3. **a mezzo postale, tramite raccomandata** (farà fede la data di invio);
4. **tramite sistemi informatici: fax, email, sito web e whatsapp** (farà fede la data di ricezione verificata dallo strumento informatico)

La domanda di rimborso deve essere redatta in conformità ai modelli predisposti dalla Mutua e firmata dal beneficiario indicando il numero del conto corrente bancario per l'accredito (o altra modalità di pagamento). La presentazione del modulo, da parte di persona delegata, deve essere accompagnata da un documento di identità del socio beneficiario del rimborso.

Le richieste di rimborso devono pervenire alla Mutua **entro 90 giorni** dalla data della prestazione. Le domande che perverranno **dal 91 al 180 giorno saranno decurtate del 50%**.

Nessun rimborso spetterà al Socio che presenterà la domanda trascorso tale termine.

Il Socio deve in ogni caso consentire eventuali controlli medici disposti dalla Mutua e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti alla patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato; in ogni caso la Mutua utilizzerà le informazioni acquisite nel rispetto della normativa sulla privacy.

In caso di morte del beneficiario gli eredi sottoscriveranno il modulo di richiesta rimborso, allegando il certificato di morte e la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dei legittimi eredi con indicazione delle modalità di rimborso firmata da tutti i coeredi. In assenza dei documenti di cui al presente comma, la pratica sarà considerata non liquidabile, e comporterà la prescrizione del diritto trascorso il termine sopra definito.

Art. 11 – Anno di competenza per il calcolo dei massimali

Per la definizione del residuo anno rispetto al massimale, fa fede l'anno di competenza del rimborso.

L'anno di competenza viene determinato in base alla data di ricezione del rimborso, secondo le modalità e le procedure previste dal precedente articolo. Ciascun singolo rimborso può essere attribuito ad un unico anno di competenza, anche quando la prestazione ha luogo a cavallo dell'anno.

Art. 12 – Gestione mutualistica

In base alle risultanze di bilancio il Consiglio di Amministrazione della Mutua apporterà variazioni alle condizioni previste nella presente normativa, compreso il contributo associativo annuale. La comunicazione delle predette variazioni avviene, normalmente durante l'Assemblea annuale o con comunicazione diretta ai Soci.

Art. 13 – Disposizioni esecutive

Il Socio è tenuto ad osservare le norme di funzionamento e le disposizioni di attuazione del presente regolamento emanate dal Consiglio di Amministrazione della Mutua e portate a conoscenza del Socio.

Il presente regolamento può essere integrato con delibera specifica del Cda, o con ulteriori regolamenti che ne divengono parte integrante e sono vincolanti per i Soci.

Il Socio, con la sottoscrizione della domanda di ammissione all'Associazione Mutua di Assistenza del Credito Cooperativo, si impegna all'osservanza delle presenti norme regolamentari.

Capo III - REGOLAMENTO SUSSIDI ALLA FAMIGLIA

Art. 1 Sussidi alla famiglia – nozione generale

Sono istituiti i Sussidi per giovani soci e famiglie, rivolti a Soci di età compresa tra i 18 e i 30 anni compiuti, e ai figli minorenni di Soci. Tali Sussidi si devono intendere come erogazione una tantum, secondo i massimali specificamente indicati per ciascuna tipologia.

Art. 2 Sussidi per nascita, scuola e università

Vengono definiti i seguenti sussidi per i figli minorenni di soci, per le fattispecie indicate in tabella:

Denominazione sussidio	Erogazione (in euro)
A. Nascita di un figlio	100,00
B1. Iscrizione al primo anno di asilo nido	50,00
B2. Iscrizione al primo anno di scuola dell'infanzia	50,00
B3. Iscrizione al primo anno di scuola primaria	50,00
B4. Iscrizione al primo anno di scuola secondaria di primo grado	50,00
B5. Iscrizione al primo anno di scuola secondaria di secondo grado	50,00
C1. Iscrizione al primo anno di Università – laurea triennale	100,00
C2. Iscrizione al primo anno di Università – laurea specialistica	100,00

È necessario, per l'erogazione del contributo, che il richiedente sia socio (se maggiorenne), o che lo sia almeno uno dei genitori dell'avente causa. Non è prevista una doppia erogazione per la stessa fattispecie, anche se entrambi i genitori sono soci.

Il richiedente o l'avente causa deve allegare alla domanda un certificato che attesti lo stato che giustifica l'erogazione, in carta semplice. È in ogni caso facoltà della segreteria MACC richiedere ulteriori documenti integrativi di quanto consegnato. In particolare, per quanto attiene ai sussidi sub B1, B2, B3, B4, B5, è facoltà della segreteria richiedere lo stato di famiglia dal quale sia deducibile che il minore convive con il richiedente. Per quanto attiene ai sussidi sub C1 e C2, ciascuno di essi può essere richiesto un'unica volta da ogni socio giovane, anche nel caso di cambio successivo di facoltà o sede universitaria.

Art. 3 Contributo integrativo alla nascita per Fondo pensione

Fatta salva l'erogazione diretta dei 100,00 euro di cui all'art. 2 lett. a, MACC provvederà a versare Euro 50,00 sul fondo pensione attivato per il minore presso il Socio sostenitore BCC di Staranzano e Villesse.

Resta inteso che la proposta di attivazione del fondo e tutti gli oneri operativi saranno gestiti e rimarranno a carico delle filiali della BCC di Staranzano e Villesse; MACC non svolgerà attività di intermediazione finanziaria limitandosi a fornire al socio eventualmente interessato i riferimenti del consulente della BCC da contattare.

Rispetto ai rapporti con la Banca, ai sensi della normativa sulla privacy, MACC si limiterà ad inoltrare alla filiale di riferimento la conferma del fatto che il sottoscrittore del fondo pensione è socio Mutua una volta che questi si sia recato presso l'istituto per attivare il fondo pensione, versando a conclusione delle procedure l'importo di 50,00 Euro sulla nuova posizione pensionistica

Art. 4 Sussidi per attività sportiva o culturale extrascolastica – nozione generale

Sono istituiti i Sussidi per attività sportive e culturali, rivolti a Soci di età compresa tra i 18 e i 30 anni e figli di Soci di età compresa tra i 6 e i 18 anni.

I Sussidi si devono intendere come erogazione una tantum, **pari a € 40,00 per Socio o figlio di Socio**, e con un massimale di **€ 80,00 per nucleo familiare**, indipendentemente dal numero di Soci appartenenti allo stesso, **ogni biennio di appartenenza alla MACC (ventiquattro mesi)**.

I due sussidi si devono intendere come alternativi l'un l'altro; il massimale per ogni Socio o figlio di Socio è pari a € 40,00 a biennio.

Non saranno in ogni caso concesse erogazioni o rimborsi in relazione a Corsi realizzati dalla Banca di Credito Cooperativo di Staranzano e Villesse, o dalla Mutua di Assistenza del Credito Cooperativo, direttamente o per mezzo di intermediari.

Art. 5 Sussidio sportivo

I sussidi per attività sportiva saranno erogati stanti i requisiti che seguono:

- a. presentazione di un documento di iscrizione ad associazione sportiva per l'anno sociale in corso. E' fatta salva la possibilità per il Consiglio di Amministrazione di chiedere documentazione integrativa e informazioni supplementari al richiedente, o alla stessa associazione. Comportamenti ostativi possono comportare il rifiuto della richiesta di sussidio;
- b. adesione del genitore o del Socio stesso alla Mutua da almeno 12 mesi;
- c. in caso di figlio minore, registrazione dello stesso nel database della Mutua.

Art. 6 Sussidio culturale

I sussidi per attività culturale saranno erogati stanti i requisiti che seguono:

- a. presentazione di un documento di iscrizione a corsi di musica, studio esterno all'attività scolastica ordinaria, approfondimento culturale, a pagamento o meno, di durata almeno trimestrale. È fatta salva la possibilità per il Consiglio di Amministrazione di chiedere documentazione integrativa e informazioni supplementari al richiedente, o alla stessa associazione. Comportamenti ostativi possono comportare il rifiuto della richiesta di sussidio;
- b. adesione del genitore o del Socio stesso alla Mutua da almeno 12 mesi;
- c. in caso di figlio minore, registrazione dello stesso nel database della Mutua.

Art. 7 Termini di presentazione delle domande

Al fine della determinazione dei termini per la presentazione dei sussidi di cui ai precedenti articoli:

1. viene definita come data ultima per il periodo di iscrizione agli istituti scolastici e universitari, ove questa non sia deducibile dalla documentazione consegnata, il 31/12 dell'anno scolastico od accademico;
2. viene definito come termine perentorio di consegna per le richieste di sussidio scolastico ed universitario il 90 giorno successivo alla data di presentazione, o, ove questo non sia deducibile dalla documentazione consegnata, comunque il 30/3 dell'anno scolastico od accademico;

Trascorsi questi termini, in deroga a quanto previsto dall'articolo 10 Capo II del presente regolamento, il sussidio non è più erogabile.