



REGOLAMENTO DELLE ATTIVITA'

OGGETTO DELL'ATTIVITA'

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.

MODALITA' 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, l'ammissione ad Aderente 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 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, nella misura deliberata dal Consiglio Direttivo attualmente prevista in € 60,00 per ogni assistito/ beneficiario iscritto dall'Aderente, per i primi 15 iscritti e di € 25 dal 16° iscritto.
- 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.

MODALITA' 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 comma 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.

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 dell'Aderente
- c) - per esclusione disposta in presenza di irregolarità o abusi
- d) - per cessazione dell'attività dell'Aderente da qualsiasi causa derivata

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 alla comunicazione di decesso o 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:

- Epilessia, salvo le spese mediche conseguenti a eventi di natura traumatica derivanti da tale patologia.
- Abuso di alcolici;
- Anoressia e bulimia;
- Uso non terapeutico di allucinogeni, psicofarmaci o stupefacenti;
- Malattie mentali e disturbi psichiatrici in genere;
- Sedute di psicoterapia sia individuali che di gruppo;
- A.I.D.S. e patologie correlate;
- Infertilità, sterilità, impotenza;
- 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";
- 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, parodontarie 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 in vigore), nonché quelle eventualmente previste dal piano sanitario sottoscritto.
- 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.



MODALITA' 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.

MODALITA' 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 Forma indiretta del Piano sanitario sottoscritto.

OBBLIGHI PER AVER DIRITTO ALLE PRESTAZIONI SOCIALI DI ASSISTENZA IN FORMA INDIRETTA

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.

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 ed esami di laboratorio:
 - richiesta del medico curante con diagnosi certa o presunta, copia dei referti degli accertamenti diagnostici e copia della fattura/ricevuta fiscale.
- se trattasi di cure di fisiokinesiterapia:
 - richiesta del medico curante con diagnosi certa e circostanziata, indicazione del tipo di terapia e del numero di sedute prescritte, cartella clinica relativa all'evento di riferimento, referto del Direttore tecnico/sanitario del centro di fisiokinesiterapia con timbro, firma e data, copia della fattura/ricevuta fiscale.
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 (con esclusione del check-up di medicina preventiva) :
 - richiesta del medico curante 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.
- se trattasi di interventi chirurgici effettuati in DAY SURGERY (senza ricovero notturno):
 - richiesta del medico curante con diagnosi circostanziata, copia della cartella clinica della struttura sanitaria autorizzata completa in tutte le sue parti e copia della fattura/ricevuta fiscale.
- se trattasi di ricoveri con degenza notturna con o senza intervento chirurgico:
 - richiesta del medico curante con diagnosi circostanziata, copia della cartella clinica della struttura sanitaria autorizzata completa in tutte le sue parti e copia della fattura/ricevuta fiscale.
- se trattasi di interventi ambulatoriali:
 - richiesta del medico curante con diagnosi circostanziata, copia dell'atto operatorio redatto dal sanitario che l'ha effettuato e copia della fattura/ricevuta fiscale.
- se trattasi di cure odontoiatriche in assistenza indiretta :
 - Copia della fattura e relazione analitica dell'intervento effettuato con RX di comprova
 - La richiesta della "indennità di malattia" dovrà essere accompagnata dalla copia della cartella clinica della struttura sanitaria autorizzata, completa in tutte le sue parti.
 - Per gli eventi verificatisi fuori dal territorio nazionale e curati in forma indiretta valgono le stesse regole 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.