LA ROSA DI SHARON MUTUA
S.M.S. ETS

REGOLAMENTO APPLICATIVO GENERALE

TITOLO I – PRINCIPI GENERALI

Art. 1 – Oggetto, finalità e gerarchia delle fonti

1. Il presente Regolamento disciplina, in attuazione dello Statuto, le modalità generali di adesione alla Mutua, i rapporti associativi e l'organizzazione delle attività mutualistiche, nel rispetto della legge e delle competenze degli organi sociali.

2. La Mutua può offrire Piani Sanitari e ulteriori servizi mutualistici anche autonomamente dai Piani, organizzandoli direttamente, mediante mutualità mediata o attraverso convenzioni con soggetti qualificati. Le attività sanitarie sono svolte da professionisti e strutture abilitati, sotto le rispettive responsabilità.

3. Il rapporto associativo è distinto dall'adesione ai singoli Piani Sanitari o servizi: l'acquisto, la variazione o la cessazione di un Piano non determina, di per sé, l'acquisto o la perdita della qualità di socio.

4. In caso di contrasto prevalgono le disposizioni inderogabili di legge e lo Statuto; le condizioni specifiche dei Piani e delle convenzioni operano nelle materie loro riservate, senza derogare ai diritti e alle competenze stabiliti dalle fonti superiori.

Art. 2 – Definizioni e funzioni mutualistiche

1. Sono soci ordinari e soci sostenitori i soggetti ammessi secondo le categorie e i requisiti previsti dallo Statuto. Il socio sostenitore non acquisisce, per tale sola qualità, il diritto alle prestazioni riservate ai soci ordinari.

2. Il socio promotore e il socio coordinatore sono soci ai quali la Mutua può conferire, con apposito incarico, funzioni di promozione, informazione, organizzazione e raccordo. Tali funzioni non costituiscono nuove categorie statutarie e non attribuiscono poteri di rappresentanza, di ammissione dei soci o di modifica dei Piani.

3. Gli incarichi di socio promotore e socio coordinatore sono conferiti per iscritto dagli organi competenti, con indicazione dei compiti e dei limiti operativi; possono essere modificati o revocati secondo le condizioni dell'incarico e le disposizioni applicabili, senza incidere automaticamente sulla qualità di socio.

4. Per Piano Sanitario si intende il programma di prestazioni mutualistiche regolato da proprie condizioni; per familiare beneficiario il familiare ammesso alle prestazioni senza automatica acquisizione della qualità di socio; per mutualità mediata la gestione delle prestazioni attraverso un ente mutualistico convenzionato.

5. Contributo associativo e contributo mutualistico sono obbligazioni distinte, riferite rispettivamente all'appartenenza alla Mutua e all'adesione a uno specifico Piano o servizio. Le altre definizioni tecniche sono contenute nei documenti dei singoli Piani.

TITOLO II – ADESIONE E POSIZIONE ASSOCIATIVA

Art. 3 – Domanda, ammissione e decorrenza della qualità di socio

1. La domanda di ammissione è rivolta al Consiglio di Amministrazione, con la modulistica e la documentazione richieste dalla Mutua. L'interessato accetta lo Statuto e il presente Regolamento e fornisce i dati necessari alla verifica dei requisiti.

2. L’ammissione è deliberata dal Consiglio di Amministrazione secondo l’articolo 5 dello Statuto, previa istruttoria. Promotori, coordinatori, uffici e altri incaricati possono raccogliere o verificare le domande, ma non deliberare l’ammissione.

3. La domanda, il versamento di somme o la contestuale richiesta di un Piano Sanitario non attribuiscono automaticamente la qualità di socio o il diritto alle prestazioni. L’iscrizione e la decorrenza associativa seguono le disposizioni statutarie e le procedure approvate; la copertura del Piano decorre esclusivamente secondo le sue condizioni.

4. Le decisioni sono comunicate all’interessato con strumenti idonei e sono annotate nei registri sociali secondo le disposizioni applicabili.

5. La decorrenza ordinaria del rapporto associativo è fissata al primo giorno del mese successivo alla presentazione della domanda, purché entro tale data siano intervenuti la deliberazione favorevole del Consiglio di Amministrazione e gli altri adempimenti richiesti. In caso contrario, la decorrenza non può essere anteriore al perfezionamento dell’ammissione. La decorrenza dei Piani Sanitari resta distinta e segue le rispettive condizioni.

Art. 4 – Adesioni collettive: disciplina di rinvio

1. La Mutua potrà istituire in futuro forme di adesione o Piani Sanitari collettivi destinati a dipendenti, associati o gruppi individuati, mediante apposite convenzioni e Regolamenti specifici approvati dagli organi competenti.

2. In assenza di un Piano collettivo specificamente approvato e reso disponibile, il presente articolo non costituisce un’offerta di adesione collettiva né attribuisce diritti a prestazioni collettive.

3. Le convenzioni e i Piani collettivi disciplineranno destinatari, condizioni economiche, modalità di raccolta delle domande, obblighi dell’ente aderente, durata, coperture, cessazione e altre procedure, nel rispetto dello Statuto e del presente Regolamento.

4. L’adesione collettiva non sostituisce la domanda individuale e la deliberazione di ammissione del Consiglio di Amministrazione ove richieste dallo Statuto. Nessun ente aderente può ammettere soci in nome della Mutua.

Art. 5 – Familiari beneficiari

1. I familiari possono accedere alle prestazioni soltanto se ammessi dallo Statuto e dal Piano o servizio applicabile, previa comunicazione dei dati e presentazione dei documenti richiesti.

2. La qualità di familiare beneficiario non attribuisce automaticamente la qualità di socio, diritti di voto o obblighi contributivi associativi autonomi.

3. Decorrenza, estensione delle prestazioni, eventuali contributi aggiuntivi, variazioni e cessazione della copertura dei familiari seguono il Piano o servizio applicabile; la perdita dei requisiti è comunicata tempestivamente alla Mutua.

4. La cessazione della copertura del familiare non determina automaticamente la cessazione del rapporto associativo del socio.

5. Il passaggio dalla posizione di familiare beneficiario a quella di socio richiede una distinta domanda di ammissione e la deliberazione dell’organo competente; il passaggio inverso è possibile soltanto se ricorrono i requisiti statutari e del Piano o servizio applicabile. Nessuno dei due passaggi assicura automaticamente continuità o identità delle coperture.

Art. 6 – Variazioni della posizione e delle modalità di adesione

1. Le variazioni dei dati anagrafici, dei requisiti e della qualifica di beneficiario devono essere comunicate tempestivamente alla Mutua e documentate quando necessario.

2. Il passaggio tra adesione individuale e modalità collettive, quando disponibili, e le altre variazioni organizzative non modificano automaticamente la qualità di socio né la continuità delle prestazioni: gli effetti sono determinati dagli atti associativi e dai Piani applicabili.

3. La Mutua può effettuare le verifiche necessarie, comunicando all'interessato gli effetti delle variazioni e tutelando i diritti già maturati.

TITOLO III – SOSPENSIONE E CESSAZIONE

Art. 7 – Sospensione e interruzione dei rapporti

1. La sospensione del rapporto associativo e la sospensione delle prestazioni di un Piano Sanitario sono fattispecie distinte e producono soltanto gli effetti previsti dalle rispettive disposizioni applicabili.

2. La sospensione o interruzione di un Piano, richiesta dall'interessato o conseguente a inadempimenti, segue le condizioni specifiche del Piano e non comporta automaticamente la perdita della qualità di socio.

3. La Mutua comunica, nei casi previsti, le ragioni e gli effetti delle sospensioni, le eventuali modalità di regolarizzazione e le condizioni per la riattivazione, senza pregiudicare i diritti già maturati.

4. La regolarizzazione di una sospensione associativa è valutata secondo lo Statuto e non comporta di per sé la riattivazione retroattiva di un Piano. Restano dovuti i contributi e salvi i diritti validamente maturati, secondo la rispettiva disciplina; la Mutua comunica gli adempimenti necessari per l'eventuale ripristino.

Art. 8 – Cessazione, recesso, esclusione e decesso

1. La qualità di socio cessa esclusivamente nei casi e con le procedure previste dallo Statuto e dalla legge, tra cui recesso, esclusione e decesso. La cessazione associativa resta distinta dalla scadenza o cessazione di singoli Piani.

2. Il recesso deve essere comunicato secondo l'articolo 8 dello Statuto, con preavviso di almeno tre mesi rispetto alla fine dell'anno sociale, fatti salvi i diversi effetti imposti dalla legge.

3. L'esclusione è deliberata e motivata dal Consiglio di Amministrazione nei casi previsti dall'articolo 9 dello Statuto. Ove prevista la diffida, è rispettato il termine statutario di trenta giorni dal ricevimento; gli effetti seguono l'annotazione nel Libro Soci e le altre disposizioni statutarie.

4. In caso di decesso si applicano le disposizioni statutarie e quelle dei Piani per la cessazione delle coperture e l'eventuale posizione dei familiari beneficiari. Restano salvi i diritti e gli obblighi già maturati, nei limiti applicabili.

5. In assenza di tempestivo recesso, il rapporto associativo prosegue secondo le regole statutarie, compreso l'eventuale rinnovo annuale. La cessazione, per qualsiasi causa, non estingue i contributi e gli altri obblighi già validamente maturati, né i diritti sorti anteriormente, nei limiti della legge e delle condizioni applicabili.

TITOLO IV – CONTRIBUTI

Art. 9 – Contributi associativi e mutualistici

1. Il contributo associativo annuo ordinario è pari a euro 100, salvo successive modifiche validamente deliberate dall'organo competente.

2. Il contributo associativo annuo ridotto è pari a euro 50 esclusivamente quando il contributo annuo del Piano Sanitario principale designato sia strettamente inferiore a euro 500. Se il contributo del Piano principale è pari o superiore a euro 500, la quota associativa è euro 100.

3. Ai fini della soglia si considera soltanto il contributo annuo del Piano principale, escludendo quota associativa, altri Piani, estensioni e integrazioni per familiari. In assenza di Piano Sanitario si applica la quota associativa ordinaria di euro 100.

4. I contributi mutualistici dei singoli Piani o servizi, distinti dalla quota associativa, sono stabiliti dalle rispettive condizioni. I familiari beneficiari non sono tenuti automaticamente a una quota associativa autonoma.

5. La quota associativa annuale, ordinaria o ridotta, è dovuta per intero indipendentemente dalla data di ammissione e non è frazionabile. La variazione degli importi deve essere adottata dall'organo competente mediante gli atti e le modifiche regolamentari necessari, nel rispetto dello Statuto.

Art. 10 – Morosità e regolarizzazione

1. Il mancato pagamento di contributi associativi e il mancato pagamento di contributi relativi a un Piano sono valutati separatamente, in relazione all'obbligazione effettivamente assunta.

2. Le conseguenze sul rapporto associativo seguono lo Statuto, compresa la procedura di diffida ed eventuale esclusione nei casi previsti; quelle sulla copertura sanitaria seguono le condizioni del Piano interessato.

3. La regolarizzazione degli arretrati può far cessare la sospensione associativa, previa verifica. La riattivazione delle prestazioni segue invece il Piano, comprese eventuali condizioni di continuità e carenza. La sospensione non estingue automaticamente i debiti validamente maturati.

TITOLO V – PIANI E PRESTAZIONI

Art. 11 – Istituzione e disciplina dei Piani Sanitari

1. La Mutua può istituire Piani Sanitari individuali e, quando deliberati, collettivi, con prestazioni sanitarie, sociosanitarie, assistenziali e ulteriori interventi compatibili con le finalità statutarie.

2. Ciascun Piano è disciplinato da condizioni specifiche che precisano destinatari, contributi, durata, decorrenza, carenze, prestazioni, esclusioni, massimali, franchigie, rimborsi, rinnovi, sospensioni, cessazione e variazioni.

3. Non si applicano a tutti i Piani termini di carenza, permanenza minima o finestre di rinnovo uniformi: tali limiti valgono soltanto se previsti dalle condizioni del Piano applicabile.

4. Il Consiglio di Amministrazione istituisce e approva i Piani nell'ambito delle proprie competenze. Le condizioni sono rese conoscibili prima dell'adesione; le modifiche rispettano gli obblighi informativi e i diritti già maturati.

Art. 12 – Nomenclatori, prestazioni e limiti

1. Le prestazioni ammesse e i relativi limiti risultano dal Piano e, se previsto, dal Nomenclatore Tariffario applicabile, che può indicare massimali, franchigie, scoperti, limiti di frequenza, condizioni di autorizzazione e altre regole tecniche.

2. La presenza di una prestazione in un nomenclatore generale non attribuisce automaticamente il diritto a ottenerla: occorre che essa sia prevista dal Piano effettivamente sottoscritto e che ricorrano i requisiti stabiliti.

3. Gli aggiornamenti dei nomenclatori e dei limiti sono adottati dagli organi o soggetti competenti, comunicati secondo le regole applicabili e non incidono retroattivamente sui diritti già maturati, salvo quanto consentito dalla legge.

Art. 13 – Gestione diretta, mutualità mediata e convenzioni

1. La Mutua può organizzare prestazioni in proprio oppure acquistare Piani Sanitari in regime di mutualità mediata, anche avvalendosi di convenzioni con soggetti qualificati, nel rispetto della normativa applicabile.

2. Nei Piani in gestione diretta la Mutua o i soggetti da essa incaricati curano le attività di propria competenza. Nei Piani acquistati in regime di mutualità mediata, autorizzazioni, gestione delle prestazioni, verifiche sanitarie e liquidazione dei rimborsi competono all'ente mutualistico convenzionato o agli altri soggetti individuati dagli accordi e dal Piano.

3. La Mutua mantiene la titolarità del rapporto associativo, gli adempimenti amministrativi e gli obblighi direttamente assunti. L'acquisto di un Piano in mutualità mediata non trasferisce automaticamente il rapporto associativo all'ente convenzionato.

4. Le prestazioni sanitarie sono eseguite sotto la responsabilità professionale delle strutture e dei professionisti che le rendono, ferme le responsabilità inderogabili e gli obblighi assunti da ciascun soggetto.

Art. 14 – Accesso alle prestazioni e rimborsi

1. Le prestazioni possono essere rese in forma diretta presso strutture convenzionate, in forma indiretta mediante rimborso delle spese sostenute o con altre modalità previste dal Piano.

2. Autorizzazioni preventive, documentazione sanitaria e fiscale, canali di presentazione, termini di richiesta e liquidazione sono stabiliti dal Piano e dagli accordi applicabili; il presente Regolamento non fissa un termine generale di rimborso valido per tutti i Piani.

3. Il soggetto competente può chiedere integrazioni documentali e verificare l'ammissibilità della richiesta. L'eventuale rigetto totale o parziale è comunicato con le motivazioni e le modalità di riesame o reclamo previste.

4. La presentazione della domanda non equivale ad accoglimento; l'importo riconoscibile dipende dalle condizioni e dai limiti del Piano.

5. La mancata integrazione della documentazione richiesta produce gli effetti previsti dal Piano e dalle procedure applicabili, ma non determina una decadenza generalizzata dal rimborso in assenza di una valida previsione specifica, fermo l'obbligo di dimostrare i requisiti della prestazione.

Art. 15 – Rimborsi concorrenti, surroga e prestazioni all'estero

1. La compresenza di più coperture o fonti di rimborso è gestita secondo le condizioni dei Piani e la normativa applicabile, evitando duplicazioni non consentite e rimborsi eccedenti la spesa effettivamente sostenuta quando tale limite operi.

2. L'eventuale diritto di surroga o recupero verso terzi responsabili è esercitato soltanto nei casi e nei limiti previsti dalla legge e dagli accordi applicabili, senza pregiudizio dei diritti inderogabili dell'assistito.

3. Le prestazioni sanitarie effettuate all'estero non sono automaticamente coperte: la loro ammissibilità, i territori, le procedure e i limiti sono determinati dal Piano applicabile.

Art. 16 – Decorrenza, variazione e sospensione delle coperture

1. L'efficacia delle prestazioni decorre dalla data e alle condizioni previste dal Piano; eventuali carenze devono essere specificamente indicate e non sono introdotte in via generale dal presente Regolamento.

2. Il socio può richiedere l'adesione, la sostituzione o il cambio di Piano secondo le condizioni del Piano di provenienza e di quello prescelto. Non sono previste dal presente Regolamento attese generalizzate di tre anni, limitazioni universali a un solo cambio o finestre fisse valide per tutti.

3. La sospensione, la cessazione e la riattivazione delle prestazioni seguono le condizioni del Piano e gli accordi applicabili; non producono automaticamente effetti sul vincolo associativo e rispettano i diritti già maturati.

4. In caso di cambio o cessazione del Piano restano salve, nei limiti delle condizioni applicabili, le richieste relative a prestazioni già maturate durante la precedente copertura, anche se presentate o definite successivamente. La nuova adesione non modifica retroattivamente i diritti acquisiti.

Art. 17 – Verifiche amministrative, sanitarie e dati personali

1. La Mutua effettua le verifiche amministrative necessarie alla corretta gestione delle adesioni, dei contributi e dei rapporti associativi, anche richiedendo documenti e chiarimenti pertinenti.

2. Le verifiche cliniche, l'ammissibilità delle prestazioni e l'istruttoria dei rimborsi sono svolte dai soggetti competenti secondo il Piano e gli accordi applicabili; nei Piani in mutualità mediata restano attribuite all'ente convenzionato o agli incaricati individuati.

3. Il trattamento dei dati personali, compresi quelli relativi alla salute, avviene nel rispetto della normativa vigente, con ruoli e responsabilità determinati in base alle attività effettivamente svolte e agli accordi applicabili.

TITOLO VI – ULTERIORI SERVIZI MUTUALISTICI

Art. 18 – Telemedicina

1. La Mutua può promuovere e rendere accessibili servizi di telemedicina ai soci e ai familiari beneficiari aventi diritto, anche indipendentemente dalla sottoscrizione di un Piano Sanitario, nel rispetto dello Statuto e della normativa vigente.

2. I servizi possono essere organizzati direttamente dalla Mutua, in regime di mutualità mediata o mediante convenzioni con enti, strutture e professionisti qualificati. Le condizioni di accesso, gli eventuali contributi e le prestazioni disponibili sono comunicati prima dell'utilizzo.

3. La telemedicina non sostituisce automaticamente le prestazioni in presenza quando queste siano clinicamente necessarie; valutazioni, prescrizioni e atti sanitari restano di competenza dei professionisti abilitati.

4. Sono garantite informazione agli interessati, riservatezza e protezione dei dati sanitari secondo la normativa applicabile.

5. La Mutua non acquisisce sistematicamente referti, documentazione clinica dettagliata o registrazioni delle prestazioni; i dati sanitari sono trattati dai soggetti competenti nella misura necessaria alle rispettive finalità e responsabilità, salvo specifici obblighi di legge o accordi applicabili.

Art. 19 – Telefisioterapia

1. La Mutua può organizzare e rendere accessibili servizi di telefisioterapia, anche autonomamente dall'adesione a un Piano Sanitario, mediante gestione diretta, mutualità mediata o convenzioni con soggetti qualificati.

2. Le prestazioni a distanza sono ammesse soltanto quando clinicamente appropriate e rese da professionisti abilitati; valutazioni, programmi, monitoraggio e indicazioni terapeutiche restano sotto la responsabilità professionale di chi le esegue.

3. La telefisioterapia non sostituisce trattamenti manuali, valutazioni o interventi in presenza quando necessari. Modalità di accesso, limiti, eventuali contributi, consenso e trattamento dei dati sono disciplinati dalle condizioni del servizio e dalla normativa vigente.

4. La Mutua non acquisisce sistematicamente documentazione clinica dettagliata, referti o registrazioni delle sedute di telefisioterapia; tali informazioni sono gestite dai professionisti e dai soggetti legittimati secondo la normativa e le condizioni del servizio.

TITOLO VII – TUTELE E DISPOSIZIONI FINALI

Art. 20 – Ricorsi, rinvii e modifiche

1. Il socio o altro interessato direttamente coinvolto può proporre ricorso interno scritto avverso provvedimenti della Mutua in materia associativa, contributiva o di prestazioni di sua competenza entro sessanta (60) giorni dalla comunicazione, salvo termini inderogabili diversi. Il ricorso indica il provvedimento contestato, le ragioni e gli eventuali documenti. Il Consiglio di Amministrazione esamina i ricorsi di propria competenza nella prima riunione utile e, ordinariamente, entro centoventi (120) giorni dal ricevimento del ricorso completo, comunicando una decisione motivata. Il ricorso non sospende automaticamente gli effetti del provvedimento.

2. Nei Piani Sanitari in mutualità mediata, i reclami su autorizzazioni, prestazioni e rimborsi di competenza dell'ente convenzionato seguono le procedure di quest'ultimo; la Mutua indirizza l'interessato al soggetto competente. Il ricorso interno non sostituisce la conciliazione e l'arbitrato previsti dall'articolo 20 dello Statuto né le ulteriori tutele di legge.

3. Per quanto non disciplinato dal presente Regolamento si applicano lo Statuto, le disposizioni di legge, i Regolamenti specifici dei Piani e gli accordi di mutualità mediata nelle rispettive materie.

4. Il Consiglio di Amministrazione può modificare il presente Regolamento nei limiti delle competenze attribuitegli dallo Statuto. Sono riservate all'Assemblea o agli altri organi le decisioni loro espressamente attribuite, comprese le disposizioni sulle eventuali sezioni speciali. Le appendici operative e i Regolamenti specifici sono adottati dagli organi competenti secondo la loro materia e non possono derogare allo Statuto.

5. Le modifiche sono comunicate ai soci con modalità adeguate, decorrono dalla data validamente stabilita e non incidono automaticamente sui diritti maturati o sugli impegni già validamente assunti, salvi i casi consentiti dalla legge.