



EMEC

EMILIA

ROMAGNA

S.M.S.

SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO

REGOLAMENTO

ENTE MUTUO ESERCENTI COMMERCIO EMILIA ROMAGNA
SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO



REGOLAMENTO

EMEC - Ente Mutuo Esercenti Commercio Emilia Romagna Società di Mutuo Soccorso - Bologna Strada Maggiore, 23 Iscritto al Registro delle Imprese di Bologna al codice fiscale n° 80038830370 REA BO-390305 (già n° BO006-1957-12442) Albo Società Cooperative n. C117095

REGOLAMENTO

Art. 1 - SCOPI

L'Ente provvede all'assistenza sanitaria degli iscritti secondo le norme di seguito specificate.

Art. 2 - ISCRITTI

Per l'iscrizione all'Ente si applicano gli artt. 3, 4, 5, 6, 7, 8 e 9 dello Statuto.

Ai fini del presente Regolamento, sono da considerarsi "associati" i soci ordinari nonché gli "aventi diritto".

L'iscrizione deve comprendere l'intero nucleo familiare risultante dallo stato di famiglia. E' data tuttavia la possibilità di iscriversi singolarmente, escludendo i famigliari, attraverso il pagamento di un contributo associativo maggiorato stabilito annualmente dal Consiglio di Amministrazione.

E' facoltà dell'Ente richiedere ogni certificazione o dichiarazione attestante lo stato di salute dell'aspirante associato e degli altri componenti il nucleo familiare.

Lo status di iscritto decorre dal primo giorno del mese successivo a quello in cui avviene l'accettazione della domanda di iscrizione.

Ogni associato è munito dell'apposita tessera.

L'iscritto è tenuto a comunicare all'Ente entro il termine di 30 giorni eventuali variazioni di indirizzo. Non è consentita l'adesione, in qualità di socio ordinario di posizione associativa, a persone che abbiano compiuto il settantesimo anno di età.

Tale limitazione non è valida per gli aventi il diritto che potranno essere volontariamente associati con una carenza assistenziale di 270 giorni dalla data dell'ammissione per quanto riguarda l'assistenza per ricovero, salvo quanto previsto all'art. 4 in caso di infortunio.

Art. 3 - OBBLIGHI - CONTRIBUTI ASSOCIATIVI

L'impegno associativo biennale, ai sensi dell'art. 7 dello Statuto, si intende per due anni solari; l'associato all'atto dell'iscrizione sarà pertanto tenuto al pagamento annuale dei dodicesimi di quota contributiva fino al 31 dicembre dell'anno in corso. Il primo biennio associativo decorrerà dal 1° gennaio successivo. Il socio ordinario che intende variare formula di assistenza dovrà darne comunicazione, a mezzo lettera raccomandata, almeno un mese prima dell'inizio dell'anno in cui intende variare l'assistenza.

Tale scelta e l'impegno associativo rimangono vincolanti per il biennio successivo.

Il passaggio a tipi di assistenza più ampia (e l'abbinamento di più formule di assistenza) è consentito sino all'età massima prevista per la prima iscrizione (settanta anni). Il passaggio avviene di norma a partire dall'inizio dell'anno solare, con l'applicazione della carenza assistenziale prevista dall'art. 4 del Regolamento per la fruizione delle prestazioni diverse o maggiorate della nuova assistenza.

Il passaggio ad un'altra formula di assistenza fa decorrere nuovamente la durata biennale del rapporto associativo e deve coinvolgere tutto il nucleo familiare, salvo variazioni che fossero intervenute nello stato di famiglia.

In caso di scelta di formula con più ampia assistenza per ricovero e day hospital, tali eventi, qualora abbiano avuto inizio entro i primi 90 giorni di entrata in vigore della nuova formula di assistenza, verranno assistiti secondo le modalità previste dalla formula di provenienza ovvero non saranno assistiti qualora la formula di provenienza non preveda tale tipologia di assistenza.

Spetta inoltre al Consiglio di Amministrazione accogliere le richieste di sospensione temporanea dell'assistenza per ragioni contingenti che giustifichino la sospensione stessa.

Ove un "avente diritto" intenda acquisire le titolarità di una nuova posizione associativa, diversa dal nucleo d'origine, è necessario che lo stesso, oltre ad avere raggiunto la maggiore età abbia costituito un nucleo familiare a sé stante, come comprovato dallo stato di famiglia.

In tal caso lo stesso, passando nella nuova posizione associativa, avrà diritto immediatamente all'assistenza per sé, mentre per gli eventuali familiari a carico di nuova iscrizione, si applicano le norme previste in via generale, dallo statuto e dal regolamento, per la decorrenza del diritto all'assistenza.

I contributi a carico degli associati devono essere corrisposti a termine dell'art. 9 dello Statuto. Il loro ammontare e le modalità di pagamento vengono stabiliti annualmente dal Consiglio di Amministrazione.

Il ritardato pagamento dei contributi determina la immediata sospensione, da parte dell'Ente, dell'erogazione di qualsiasi forma di assistenza.

L'associato potrà però regolarizzare la sua posizione versando il contributo e gli interessi di mora. In tal caso l'assistenza verrà ripristinata dal momento dell'avvenuta regolarizzazione, sempre che la medesima avvenga entro tre mesi dalla scadenza del termine previsto per il pagamento dei contributi associativi. In caso contrario l'assistenza verrà ripristinata dopo novanta giorni dalla data del pagamento.

Art. 4 - DECORRENZA DEL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI

Il diritto all'assistenza per le prestazioni specialistiche decorre dal 60° giorno dalla data di iscrizione all'Ente. Le prestazioni in regime di ricovero e day hospital terapeutico sono fruite dal 120° giorno successivo dalla data di iscrizione all'Ente, salvo per patologie causate da infortuni, occorsi successivamente alla data dell'iscrizione, che danno diritto all'assistenza immediata.

Il diritto all'assistenza nei casi di parto o nei ricoveri conseguenti a malattie dipendenti da gravidanza o puerperio decorre dal 300° giorno successivo all'ammissione all'Ente. Salvo quanto indicato dal comma precedente, il coniuge e il neonato dell'associato hanno diritto alle prestazioni rispettivamente dal giorno successivo al matrimonio e da quello della nascita, a condizione che venga regolarizzata la loro posizione associativa entro 30 giorni dall'evento. Trascorso tale periodo il diritto all'assistenza avverrà nei termini previsti dal primo comma del presente articolo.

Art. 5 - CESSAZIONE DEL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI

Il diritto all'assistenza, per l'associato, cessa nei casi previsti dall'art. 11 dello Statuto. In caso di esclusione, la cessazione decorrerà dalla data stabilita con deliberazione del Consiglio d'Amministrazione.

Art. 6 - FORME DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Premesso che per malattia si intende ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio e che per infortunio si intende ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, l'assistenza è fornita:

- a) in forma indiretta, mediante rimborso sulla base del Tariffario dell'Ente; le prestazioni devono essere eseguite presso strutture o da personale abilitato. Il Tariffario di rimborso, per quanto non previsto dal presente Regolamento, viene determinato dal Consiglio d'Amministrazione;
- b) in forma diretta, presso i centri e medici convenzionati, nei limiti e con le modalità previsti dal tipo di assistenza prescelto.

L'Ente ha facoltà di richiedere direttamente agli Istituti o Medici curanti la cartella clinica e/o ogni altra documentazione relativa all'evento morboso per il quale viene fornita l'assistenza. In caso di assistenza per infortunio, l'Ente ha diritto all'azione di rivalsa verso i terzi responsabili fino alla concorrenza degli interi oneri sopportati dall'EMEC stesso in conseguenza dell'infortunio.

Art. 7 - RICHIESTE DI RIMBORSO

La richiesta di rimborso delle spese sostenute dagli associati, corredata dalla relativa documentazione, deve essere inoltrata all'Ente, in via generale, entro 30 giorni dal termine di ogni prestazione o ciclo di cura. In caso di ritardo l'Ente si riserva di valutare l'ammissibilità della richiesta e l'eventuale entità del rimborso.

Per tutte le prestazioni previste dal presente regolamento è necessaria la presentazione, in copia, della relativa documentazione medica e delle spese sostenute e liquidate in conformità alla normativa fiscale vigente.

Per quanto riguarda in particolare le prestazioni di specialistica e diagnostica ambulatoriali, unitamente alla quietanza, deve essere presentata richiesta medica, eccezione fatta per le visite specialistiche. I documenti concernenti l'assistenza ricevuta all'estero devono essere accompagnati dalla traduzione italiana per singola voce, ivi compreso il controvalore in euro, controfirmata dal presentatore.

La liquidazione dell'indennità giornaliera in caso di ricovero avviene a presentazione all'Ente della fotocopia integrale della cartella clinica di degenza o di documento equipollente a giudizio dell'Ente; è considerato ricovero la degenza in Istituto di Cura, pubblico e privato, che comporti almeno un pernottamento. Per l'assistenza in regime di ricovero in forma indiretta e per gli oneri conseguenti al passaggio di classe, la richiesta di rimborso va accompagnata dalla fotocopia integrale della cartella clinica di degenza o di documento equipollente a giudizio dell'Ente, dalla fotocopia della impegnativa rilasciata dal Servizio Sanitario Nazionale, se non denegata, nonché dalle copie delle fatture quietanzate o altro documento equipollente.

Art. 8 - MODALITÀ DI RIMBORSO

A completa presentazione della documentazione dovuta, l'Ente istruisce la pratica di rimborso e provvede al mandato di pagamento, in via generale, entro 30 giorni fine mese data ricevimento presso gli sportelli dell'Ente dei documenti di rimborso.

Art. 9 - CONTRIBUTI STRAORDINARI

Nel caso di gravi eventi morbosi che comportino forte esposizione economica, agli associati possono essere eccezionalmente concessi contributi straordinari integrativi, ad insindacabile giudizio dell'Ente, su documentata proposta del Direttore, mediante apposita delibera del Consiglio di Amministrazione.

Art. 10 - FORME DI ASSISTENZA

Gli associati all'Ente hanno facoltà di scegliere tra le seguenti forme di assistenza:

- 1) EMEC 1 "Sanitaria famiglia"
- 2) EMEC 2 "Sanitaria Globale"
- 3) EMEC 5 "Specialistica Più"
- 4) EMEC 5S "Specialistica Base"
- 5) EMEC 7 "Assistenza Ricoveri"
- 6) EMEC 10 "Confcommercio"
- 7) EMEC 16 "Benessere Donna - Standard"
- 8) EMEC 17 "Benessere Donna - More"
- 9) EMEC 18 "Benessere Donna - Young"

10) EMEC 22 "Specialistica Pura"

11) EMEC 23 "Benessere"

12) EMEC 24 "Regionale"

La formula di assistenza prescelta è valida per l'intero nucleo familiare e deve essere mantenuta almeno per un biennio.

Il Consiglio di Amministrazione dell'Ente, attraverso sue determinazioni, può istituire forme particolari di assistenza per convenzioni, organismi collettivi e categorie professionali.

Art. 11 - ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Premesso che l'assistenza viene riconosciuta per tipo di prestazioni e relative tariffe approvate dal Consiglio d'Amministrazione sono in vigore le seguenti modalità e limitazioni, salvo quanto previsto a riguardo dalla specifica formula:

- 1) vengono riconosciute complessivamente n. 10 visite specialistiche a ciascun associato nell'arco dell'anno Solare. Ogni ulteriore richiesta, in caso di grave necessità medica documentata, può essere eccezionalmente autorizzata dal Consiglio d'Amministrazione.
- 2) Per esami di laboratorio, radiologici e altri accertamenti diagnostico-strumentali, gli associati accedono ai Centri o a singoli medici, previa consegna copia richiesta medica all'Ente e sua autorizzazione anche telefonica, fornendo agli stessi la medesima richiesta di prescrizione degli esami.
- 3) Gli associati possono fruire di n. 2 cicli di prestazioni fisioterapiche per anno solare per un massimo di n. 10 applicazioni per ciclo (raddoppiabili per arto, spalle o anche) oltre a due cicli di massaggi integrativi.
- 4) Gli associati possono fruire di cure dentarie conservative, di n. 2 detratrasi per anno solare, di estrazioni e piccoli interventi per tipo di prestazioni e relative tariffe approvate dal Consiglio d'Amministrazione per l'assistenza diretta e indiretta.

Non vengono assistite protesi dentarie di qualsiasi tipo né interventi preparatori relativi alle stesse.

Non vengono rimborsate prestazioni tipo TAC e RMN, salvo quanto previsto a riguardo dalla specifica formula. Per quanto riguarda la roentgenterapia è ammesso il solo rimborso dell'eventuale ticket di legge o della partecipazione alla spesa secondo la vigente normativa in materia di prestazioni SSN.

Non vengono rimborsati gli importi relativi a "quote richieste" eventualmente istituite per l'emissione di richieste di esami clinici o prestazioni SSN.

Per la natura dell'Ente, non sono assistibili prestazioni effettuate, sia in forma diretta che indiretta, per attività ludico-sportivo e perizie medico-legali.

Art. 12 - EMEC 1 "Sanitaria famiglia"

Gli associati aderenti alla formula EMEC 1 hanno diritto alle seguenti prestazioni:

1) Assistenza medico-specialistica, diagnostica e chirurgica ambulatoriale

Viene erogata in via diretta o indiretta:

- a) in via diretta, presso Centri e medici convenzionati, previa autorizzazione dell'Ente;
- b) in via indiretta, l'assistito ha diritto al rimborso delle prestazioni in base al Tariffario dell'Ente approvato dal Consiglio d'Amministrazione;
- c) nel caso che l'associato si rivolga a centri del SSN o convenzionati con esso, l'eventuale ticket viene assunto dall'Ente.

In caso di pagamento di prestazioni da parte dell'associato, a termini di legge, si procederà al rimborso della spesa sostenuta secondo le tariffe previste dal Tariffario dell'Ente per ogni singola prestazione.

Per le modalità e limitazioni dell'assistenza valgono le norme previste dall'art. 11. Oltre alle prestazioni previste all'art. 11, l'associato può usufruire di due cicli, per anno solare, tra le seguenti terapie: laserterapia, magnetoterapia e mesoterapia (con un massimo di dieci applicazioni per ciclo). Vengono inoltre riconosciuti due cicli di agopuntura per anno solare con un massimo di dieci sedute per ciclo.

2) Cure termali

E' previsto un contributo, a fronte di spese sostenute per trattamenti termali, fino all'importo massimo di €. 55,00 per anno solare. Non sono assistibili cicli termali per trattamenti estetici.

3) Cure ortognatodontiche

Il concorso alle relative spese è previsto in €. 78,00 per anno solare e per il periodo massimo di tre anni limitatamente agli associati che non abbiano superato il 21° anno di età.

4) Cure ortofoniche

Danno diritto a un rimborso di €. 52,00 per anno e per il periodo massimo di due anni dalla data della prima fattura.

5) Protesi integrative sostitutive di funzioni fisiologiche indispensabili e non riconosciute dal SSN

Si rimborsa il 50% della spesa sostenuta fino ad un importo massimo di €. 130,00 nell'arco di tre anni dalla data della prima fattura. Sono escluse le protesi dentarie.

6) Lenti correttive della vista

Il rimborso è erogato fino ad un massimo di €. 31,00 per ciascuna lente oftalmica, esclusa la montatura, o per ciascuna lente a contatto, per un massimo di due lenti nell'arco di un biennio, decorrente dalla data della prima fattura. Nel limite di rimborso biennale previsto possono rientrare le lenti a contatto del tipo "usa e getta".

7) Iscrizione gratuita in caso di natalità

Il neonato dell'associato potrà essere iscritto gratuitamente all'Ente fino al termine dell'anno solare in corso all'atto della nascita, previa presentazione di adeguata certificazione entro 30 giorni dalla data dell'evento.

8) TAC e RMN

Per quanto riguarda TAC e RMN, effettuati in regime di assistenza indiretta, viene assunta a carico dell'Ente una quota con un limite complessivo di €. 130,00 per anno solare. Nel caso la prestazione venga erogata direttamente dal SSN, l'Ente si fa carico dell'eventuale ticket relativo, o della partecipazione alla spesa, fino al massimale sopraindicato.

9) Assistenza in regime di ricovero

Gli associati optanti per questa formula hanno diritto alle seguenti prestazioni:

- a) in caso di ricovero o day hospital terapeutico presso Istituti di Cura direttamente convenzionati con l'EMEC, l'Ente si fa integralmente carico degli oneri del ricovero con esclusione del rimborso riconosciuto dal SSN se previsto. L'associato è tenuto ad inviare all'Ente, prima del ricovero, la fotocopia dell'impegnativa del SSN (se non denegata), indicando l'Istituto di cura convenzionato e la data di ammissione;
- b) in caso di degenza in camere di prima o seconda classe in Case di Cura, in letti convenzionati con il SSN, l'EMEC si fa carico dell'onere per il passaggio di classe (maggiore confort alberghiero compresi il letto e i pasti per l'accompagnatore nel caso di ricovero in prima classe);
- c) agli associati, in caso di ricovero in corsia comune, a totale carico del SSN, viene riconosciuta una indennità di €. 16,00 pro die;
- d) in caso di ricovero in Italia o all'estero, o di cure in regime di day hospital terapeutico, presso Istituti di Cura non convenzionati, l'Ente riconosce rimborsi in assistenza indiretta, a fronte di spese effettivamente sostenute. Dal computo delle spese viene detratto l'eventuale rimborso previsto a carico del Servizio Sanitario Nazionale (anche se non richiesto dall'interessato).

Le spese rimborsabili sono costituite dalle seguenti voci:

- la retta di degenza, compreso il letto e il vitto dell'accompagnatore;
- i medicinali e la sala operatoria, compresi i materiali di intervento;
- gli onorari medici per interventi chirurgici, anestesia ed assistenza;
- gli onorari medici per ricovero di medicina, parto e accertamenti diagnostici;
- gli esami di laboratorio, radiografici e le prove strumentali;
- i trattamenti fisioterapici e gli apparecchi protesici e terapeutici applicati durante la degenza.

I rimborsi vengono effettuati secondo le modalità seguenti:

Ricoveri di chirurgia e day hospital terapeutico

Viene riconosciuto un rimborso pari al 50% delle spese sostenute, di cui alle voci rimborsabili, detratto il rimborso previsto a carico del SSN (anche se non richiesto dall'interessato).

Nel caso in cui il SSN preveda un rimborso di tipo forfettario non giornaliero o a percentuale, l'EMEC rimborserà il 50% delle spese sostenute comprensive degli onorari medici (detratto il rimborso, se previsto, a carico del SSN anche se non richiesto dall'interessato). In questo caso il rimborso a carico dell'EMEC non potrà superare l'importo previsto dal Servizio Sanitario Nazionale.

Ricoveri non chirurgici

L'Ente riconosce un rimborso pari al 50% delle spese sostenute, di cui alle voci rimborsabili, detratto il rimborso previsto a carico del SSN (anche se non richiesto dall'interessato).

Nel caso in cui il SSN preveda un rimborso di tipo forfettario non giornaliero o a percentuale, l'EMEC rimborserà il 50% delle spese sostenute comprensive degli onorari medici (detratto il rimborso, se previsto, a carico del SSN anche se non richiesto dall'interessato).

In questo caso il rimborso a carico dell'EMEC non potrà superare l'importo previsto dal Servizio Sanitario Nazionale.

In ogni caso ciascun associato aderente alla formula potrà usufruire della copertura assistenziale, nei termini sopraindicati, fino ad un massimo di 60 giorni di degenza per anno solare e per un ammontare di spesa o rimborso che in ogni caso non potrà superare €. 26.000,00 annui. Il rimborso della spesa per autolettiga è riconosciuto solo dal luogo di insorgenza a quello del ricovero (in ambito regionale di residenza). Per le modalità e le limitazioni dell'assistenza si fa riferimento a quanto previsto dagli artt. 7, 8 e 18.

Art. 13 - EMEC 2 "Sanitaria Globale"

Gli associati optanti per questa formula hanno diritto alle seguenti prestazioni:

1) Assistenza medico-specialistica, diagnostica e chirurgica ambulatoriale

Viene erogata in via diretta o indiretta:

- a) in via diretta, presso Centri e medici convenzionati, previa autorizzazione dell'Ente;
- b) in via indiretta, l'assistito ha diritto al rimborso delle prestazioni in base al Tariffario dell'Ente approvato dal Consiglio d'Amministrazione;
- c) nel caso che l'associato si rivolga a Centri facenti parte o convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale, l'eventuale ticket viene assunto dall'Ente. In caso di pagamento di prestazioni da parte dell'associato, a termini di legge, si procederà al rimborso della spesa sostenuta secondo le tariffe previste dal Tariffario dell'Ente per ogni singola voce.

Per le modalità e limitazioni dell'assistenza valgono le norme previste all'art. 11. Oltre alle prestazioni previste all'art. 11, l'associato può usufruire di due cicli, per anno solare, tra le seguenti terapie: laserterapia, magnetoterapia e mesoterapia (con un massimo di dieci applicazioni per ciclo). Vengono inoltre riconosciuti due cicli di agopuntura per anno solare con un massimo di dieci sedute per ciclo.

2) Cure termali

E' previsto un contributo, a fronte di spese sostenute per trattamenti termali, fino all'importo massimo di €. 110,00 per anno solare. Non sono assistibili cicli termali per trattamenti estetici. Sono esclusi dal rimborso gli eventuali ticket di legge.

3) Cure ortognatodontiche

Il concorso alle relative spese è previsto in €. 130,00 per anno solare e per il periodo massimo di tre anni limitatamente agli associati che non abbiano superato il 21° anno di età.

4) Cure ortofoniche

Danno diritto a un rimborso di €. 104,00 per anno e per il periodo massimo di due anni dalla data della prima fattura.

5) Protesi integrative o sostitutive di funzioni fisiologiche indispensabili e non riconosciute dal SSN

Si rimborsa il 75% della spesa sostenuta fino ad un importo massimo di €. 260,00 nell'arco di tre anni dalla data della prima fattura.

Sono escluse le protesi dentarie.

6) Lenti correttive della vista

Il rimborso è erogato fino ad un massimo di €. 52,00 per ciascuna lente oftalmica, esclusa la montatura, o per ciascuna lente a contatto, per un massimo di due lenti nell'arco di un biennio, decorrente dalla data della prima fattura. Nel limite di rimborso biennale previsto possono rientrare le lenti a contatto del tipo "usa e getta".

7) Iscrizione gratuita in caso di natalità

Il neonato dell'associato potrà essere iscritto gratuitamente all'Ente fino al termine dell'anno solare in corso all'atto della nascita, previa presentazione di adeguata certificazione entro 30 giorni dalla data dell'evento.

8) TAC e RMN

Per quanto riguarda TAC e RMN, effettuati in regime di assistenza indiretta, viene assunta a carico dell'Ente una quota con un limite complessivo di €. 260,00 per anno solare.

Nel caso la prestazione venga erogata direttamente dal SSN, L'Ente si fa carico dell'eventuale ticket relativo, o della partecipazione alla spesa, fino al massimale sopraindicato.

9) Assistenza in regime di ricovero

Gli associati optanti per questa formula hanno diritto alle seguenti prestazioni:

a) in caso di ricovero o day hospital terapeutico presso Istituti di Cura direttamente convenzionati con l'EMEC, l'Ente si fa integralmente carico degli oneri del ricovero, con esclusione del rimborso riconosciuto dal SSN se previsto.

L'associato è tenuto ad inviare all'Ente, prima del ricovero la fotocopia dell'impegnativa del SSN (se non denegata), indicando l'Istituto di cura convenzionato e la data di ammissione.

b) in caso di degenza in camere di prima o seconda classe in Case di Cura, in letti convenzionati con il SSN, l'EMEC si fa carico dell'onere per il passaggio di classe (maggior confort alberghiero compresi il letto e i pasti per l'accompagnatore nel caso di ricovero in prima classe);

c) agli associati, in caso di ricovero in corsia comune, a totale carico del SSN, viene riconosciuta una indennità di €. 26,00 pro die;

d) spese sostenute per day hospital terapeutico: è riconosciuto un rimborso pari al 75%, dedotto il rimborso, se previsto, da parte del SSN (anche se non richiesto dall'interessato);

e) in caso di ricovero in Italia o all'estero, presso Istituti di Cura non convenzionati, l'Ente riconosce rimborsi in assistenza indiretta nella misura del 75% delle spese sanitarie sostenute, al netto del rimborso, se previsto, da parte del SSN (anche se non richiesto dall'interessato).

Le spese rimborsabili sono costituite dalle seguenti voci:

- la retta di degenza, compreso il letto e il vitto dell'accompagnatore;
- i medicinali e la sala operatoria, compresi i materiali d'intervento;
- gli onorari medici per interventi chirurgici, anestesia ed assistenza;
- gli onorari medici per ricovero di medicina, parto e accertamenti diagnostici;
- gli esami di laboratorio, radiografici e le prove strumentali;
- i trattamenti fisioterapici e gli apparecchi protesici e terapeutici applicati durante la degenza;

- spese prelievo organi dal donatore (ricovero e intervento sul donatore e eventuale trasporto dell'organo) detratto l'eventuale rimborso da parte del SSN.

In ogni caso ciascun associato aderente alla formula potrà usufruire della copertura assistenziale, nei termini sopraindicati, fino ad un massimo di 60 giorni di degenza per anno solare e per un ammontare di spesa o rimborso che in ogni caso non potrà superare €. 52.000,00 annui.

Il rimborso della spesa per autolettiga è riconosciuto solo dal luogo di insorgenza a quello del ricovero (in ambito regionale di residenza).

Per le modalità e le limitazioni dell'assistenza si fa riferimento a quanto previsto dagli artt. 7, 8 e 24.

Art. 14 - EMEC 5 "Specialistica Più"

Gli associati optanti per questa formula hanno diritto alle seguenti prestazioni, con un massimale annuo di euro 800,00 per l'assistenza specialistica, comprensiva di rimborso, calcolato a consuntivo sul costo di ogni singola prestazione secondo il Nomenclatore Tariffario dell'Ente:

1) Assistenza medico-specialistica, diagnostica e chirurgica ambulatoriale

Viene erogata in via diretta o indiretta:

- a) in via diretta, presso Centri e medici convenzionati, previa autorizzazione dell'Ente;
- b) in via indiretta, l'assistito ha diritto al rimborso delle prestazioni in base al Tariffario dell'Ente approvato dal Comitato Esecutivo;
- c) nel caso che l'associato si rivolga a Centri facenti parte o convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale, l'eventuale ticket viene assunto dall'Ente. In caso di pagamento di prestazioni da parte dell'associato, a termini di legge, si procederà al rimborso della spesa sostenuta secondo le tariffe previste dal Tariffario dell'Ente per ogni singola prestazione.

Per le modalità e limitazioni dell'assistenza valgono le norme previste dall'art. 11.

Vengono inoltre riconosciuti due cicli di agopuntura di dieci sedute ciascuno per anno solare (solo nella forma diretta).

2) Cure ortognatodontiche

Il concorso alle relative spese è previsto in € 52,00 per anno solare e per il periodo massimo di tre anni limitatamente agli associati che non abbiano superato il 21° anno di età.

3) Assistenza in regime di ricovero

Sono previste le sottoelencate assistenze:

- a) a tutti gli associati, in caso di ricovero in corsia comune, viene riconosciuta una indennità di € 11,00 pro die fino ad un massimo di 30 giorni per anno solare;
- b) qualora invece il ricovero avvenga nelle condizioni di passaggio a classe superiore alla corsia comune o in letti non convenzionati con il SSN, viene riconosciuto ad ogni associato un contributo fino ad un massimo di € 16,00 pro die e fino ad un massimo di 30 giorni per anno solare.

In ogni caso ciascun associato potrà usufruire della copertura assistenziale in regime di

ricovero nei termini sopraindicati fino ad un massimo di 30 giorni di degenza per anno solare. Per le modalità e le limitazioni dell'assistenza si fa riferimento a quanto previsto agli artt. 7, 8 e 24. Il neonato dell'associato potrà essere iscritto gratuitamente all'Ente fino al termine dell'anno solare in corso all'atto della nascita, previa presentazione di adeguata certificazione entro 30 giorni dalla data dell'evento.

Art. 15 - EMEC 5S "Specialistica Base"

Gli associati optanti per questa formula hanno diritto all'assistenza specialistica per prestazioni medico specialistiche, diagnostiche e di chirurgia ambulatoriale, con un massimale annuo di euro 600,00 comprensivo del rimborso ticket e calcolato a consuntivo sul costo di ogni singola prestazione secondo il Nomenclatore Tariffario dell'Ente.

L'assistenza viene erogata in via diretta, presso Centri e medici convenzionati, previa autorizzazione dell'Ente. Nel caso che l'associato si rivolga a Centri facenti parte o convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale, l'eventuale ticket viene assunto dall'Ente. Per le modalità e limitazioni dell'assistenza valgono le norme previste dall'art. 11.

L'associato può cumulare l'assistenza della formula 5S ad altra formula di assistenza relativa al solo ricovero. Il neonato dell'associato potrà essere iscritto gratuitamente all'Ente fino al termine dell'anno solare in corso all'atto della nascita, previa presentazione di adeguata certificazione entro 30 giorni dalla data dell'evento.

Art. 16 - EMEC 7 "Assistenza Ricoveri"

Gli associati optanti per questa formula hanno diritto alle seguenti prestazioni:

- 1)** in caso di ricovero o day hospital terapeutico presso Istituti di Cura direttamente convenzionati con l'EMEC, l'Ente si fa integralmente carico degli oneri del ricovero, con esclusione del rimborso riconosciuto dal SSN se previsto. L'associato è tenuto ad inviare all'Ente, prima del ricovero, la fotocopia dell'impegnativa del SSN (se non denegata), indicando l'Istituto di cura convenzionato e la data di ammissione.
- 2)** In caso di degenza in camere di prima o seconda classe in Case di Cura, in letti convenzionati con il SSN, l'EMEC si fa carico dell'onere per il passaggio di classe (maggior confort alberghiero compresi il letto e i pasti per l'accompagnatore nel caso di ricovero in prima classe).
- 3)** Spese sostenute per day hospital terapeutico: è riconosciuto un rimborso pari al 75%, dedotto il rimborso, se previsto, da parte del SSN (anche se non richiesto dall'interessato).
- 4)** In caso di ricovero in Italia o all'estero, presso Istituti di Cura non convenzionati, l'Ente riconosce rimborsi in assistenza indiretta nella misura del 75% delle spese sanitarie sostenute, al netto del rimborso, se previsto, da parte del SSN (anche se non richiesto dall'interessato).

Le spese rimborsabili sono costituite dalle seguenti voci:

- la retta di degenza, compreso il letto e il vitto dell'accompagnatore;
- i medicinali e la sala operatoria, compresi i materiali d'intervento;
- gli onorari medici per interventi chirurgici, anestesia ed assistenza;
- gli onorari medici per ricovero di medicina, parto e accertamenti diagnostici;
- gli esami di laboratorio, radiografici e le prove strumentali;
- i trattamenti fisioterapici e gli apparecchi protesici e terapeutici applicati durante la degenza;
- spese prelievo organi dal donatore (ricovero e intervento sul donatore e eventuale trasporto dell'organo) detratto l'eventuale rimborso da parte del SSN.

In ogni caso ciascun associato aderente alla formula potrà usufruire della copertura assistenziale nei termini sopraindicati, fino ad un massimo di 60 giorni di degenza per anno solare e per un ammontare di spesa o rimborso che in ogni caso non potrà superare € 52.000,00 annui.

Il rimborso della spesa per autolettiga è riconosciuto solo dal luogo di insorgenza a quello del ricovero (in ambito regionale di residenza).

Per le modalità e le limitazioni dell'assistenza si fa riferimento a quanto previsto agli artt. 7, 8 e 24. Il neonato dell'associato potrà essere iscritto gratuitamente all'Ente fino al termine dell'anno solare in corso all'atto della nascita, previa presentazione di adeguata certificazione entro 30 giorni dalla data dell'evento.

Art. 17 - EMEC 10 "Confcommercio"

Gli associati optanti per questa formula hanno diritto all'assistenza specialistica per prestazioni medico specialistiche e diagnostiche.

L'assistenza viene erogata in via diretta, presso Centri e medici convenzionati, previa autorizzazione dell'Ente, e dà diritto alle seguenti prestazioni: n. 2 visite mediche specialistiche, 1 elettrocardiogramma, n. 1 esame di laboratorio base, n. 1 ecografia, n. 1 accertamento a scelta fra: campo visivo, tonometria, audiometria, dieta, spirometria, papa test e colposcopia.

L'associato può cumulare l'assistenza della formula EMEC 10 ad altra formula di assistenza relativa al solo ricovero. Il neonato dell'associato potrà essere iscritto gratuitamente all'Ente fino al termine dell'anno solare in corso all'atto della nascita, previa presentazione di adeguata certificazione entro 30 giorni dalla data dell'evento.

Art. 18 - EMEC 16 "Benessere Donna - Standard"

Le associate optanti per questa formula hanno diritto all'assistenza specialistica per prestazioni medico specialistiche e diagnostiche.

L'assistenza viene erogata in via diretta, presso Centri e medici convenzionati, previa autorizzazione dell'Ente, e dà diritto alle seguenti prestazioni: n. 1 visita specialistica

ginecologica, n. 1 pap test, n. 1 ecografia pelvica, n. 1 ecografia mammaria, n. 1 mammografia.

L'associata può cumulare l'assistenza della formula EMEC 16 ad altra formula di assistenza relativa al solo ricovero.

Art. 19 - EMEC 17 "Benessere Donna - More"

Le associate optanti per questa formula hanno diritto all'assistenza specialistica per prestazioni medico specialistiche e diagnostiche.

L'assistenza viene erogata in via diretta, presso Centri e medici convenzionati, previa autorizzazione dell'Ente, e dà diritto alle seguenti prestazioni: n. 1 prelievo del sangue base, n. 1 visita specialistica cardiologica, n. 1 elettrocardiogramma, n. 1 visita specialistica ginecologica, n. 1 pap test, n. 1 ecografia pelvica, n. 1 ecografia mammaria, n. 1 mammografia.

L'associato può cumulare l'assistenza della formula EMEC 17 ad altra formula di assistenza relativa al solo ricovero.

Art. 20 - EMEC 18 "Benessere Donna - Young"

Le associate optanti per questa formula hanno diritto all'assistenza specialistica per prestazioni medico specialistiche e diagnostiche.

L'assistenza viene erogata in via diretta, presso Centri e medici convenzionati, previa autorizzazione dell'Ente, e dà diritto alle seguenti prestazioni: n. 1 visita specialistica ginecologica, n. 1 pap test, n. 1 ecografia pelvica, n. 1 ricerca HPV, n. 1 ricerca Chlamydia, n. 1 ricerca Gonococco.

L'associato può cumulare l'assistenza della formula EMEC 18 ad altra formula di assistenza relativa al solo ricovero.

Art. 21 - EMEC 22 "Specialistica Pura"

Gli associati optanti per questa formula hanno diritto all'assistenza specialistica per prestazioni medico specialistiche e diagnostiche.

L'assistenza viene erogata in via diretta, presso Centri e medici convenzionati, previa autorizzazione dell'Ente, e dà diritto alle seguenti prestazioni: n. 1 visita medica specialistica, n. 1 elettrocardiogramma o n. 1 pap test, n. 1 esame di laboratorio base.

L'associato può cumulare l'assistenza della formula EMEC 22 ad altra formula di assistenza relativa al solo ricovero.

Il neonato dell'associato potrà essere iscritto gratuitamente all'Ente fino al termine dell'anno solare in corso all'atto della nascita, previa presentazione di adeguata certificazione entro 30 giorni dalla data dell'evento.

Art. 22 - EMEC 23 "Benessere"

Gli associati optanti per questa formula hanno diritto all'assistenza specialistica per prestazioni medico specialistiche e diagnostiche.

L'assistenza viene erogata in via diretta, presso Centri e medici convenzionati, previa autorizzazione dell'Ente, e dà diritto alle seguenti prestazioni: n.2 visite mediche specialistiche, n. 1 esame di laboratorio completo, n. 1 ecografia, 1 ecodoppler o ecocardiodoppler.

L'associato può cumulare l'assistenza della formula EMEC 23 ad altra formula di assistenza relativa al solo ricovero. Il neonato dell'associato potrà essere iscritto gratuitamente all'Ente fino al termine dell'anno solare in corso all'atto della nascita, previa presentazione di adeguata certificazione entro 30 giorni dalla data dell'evento.

Art. 23 - EMEC 24 "Regionale"

Gli associati optanti per questa formula hanno diritto alle prestazioni di assistenza medico specialistica, diagnostica e chirurgica ambulatoriale previste per la formula EMEC 5 solo in via indiretta, con un massimale annuo per rimborso di euro 300,00 calcolato a consuntivo sul costo di ogni singola prestazione secondo il Nomenclatore Tariffario dell'Ente

Nel caso che l'associato si rivolga a Centri facenti parte o convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale, l'eventuale ticket viene assunto dall'Ente.

In caso di pagamento di prestazioni da parte dell'associato, a termini di legge, si procederà al rimborso della spesa sostenuta secondo le tariffe previste dal Tariffario dell'Ente per ogni singola prestazione. Per le modalità e limitazioni dell'assistenza valgono le norme previste dall'art. 11.

Art. 24 - Assistenza in regime di ricovero e day hospital terapeutico

Sono esclusi dall'assistenza i casi di ricovero e day hospital terapeutico sottoelencati:

- per accertamenti diagnostici per i quali non sia espressamente e responsabilmente motivata dal medico curante la necessità di eseguirli in stato di ricovero;
- originati da disturbi mentali e/o psichici quali, a titolo esemplificativo, demenza pre senile, demenza senile, delirium tremens;
- determinati da forme croniche a carattere involutivo e degenerativo;
- per aborto volontario;
- per la eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti all'associazione all'Ente, salvo quelli resi necessari per intervento terapeutico;
- per interventi e applicazioni di carattere estetico, tranne gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio o da intervento chirurgico terapeutico;
- determinati da patologie preesistenti o sussistenti al momento dell'iscrizione all'Ente che, per la loro gravità o altro, rendano inevitabile o prevedibile il ricovero o la terapia in regime di day hospital;

- per stati di tossicodipendenza, ivi incluso l'etilismo, nonché per gli infortuni occasionati o sofferti nei suddetti stati;
- per cure odontoiatriche;
- per malattie volontariamente o dolosamente procurate;
- per trattamenti disintossicanti o dismetabolici da alcool e/o stupefacenti;
- nei casi di patologie conseguenti a guerre, insurrezioni, tumulti popolari, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche, nonché da patologie derivanti direttamente o indirettamente dalla disintegrazione del nucleo atomico e simili;
- presso convalescenziari e case di riposo di qualsiasi tipo;
- i ricoveri o day hospital terapeutici che abbiano avuto inizio anteriormente alla decorrenza del diritto all'assistenza di cui all'art. 4 o alla data di ripristino dell'assistenza nell'ipotesi di ritardato pagamento dei contributi associativi come previsto dall'ultimo comma dell'art. 3.

Ai fini della valutazione della vigenza e/o della tipologia di assistenza, per i casi di ricovero e day hospital terapeutico, si fa comunque riferimento esclusivamente alla data di inizio dell'evento. In caso di cessazione del rapporto associativo a qualsiasi titolo, i ricoveri o day hospital terapeutici, vengono associati per i soli giorni di vigenza assistenziale con suddivisione proporzionale della spesa.

Non vengono rimborsati o sostenuti i ticket eventualmente istituiti a norma di legge.

Art. 25

Per tutto quanto non previsto dal presente Regolamento decide con proprie deliberazioni il Consiglio di Amministrazione.

Il presente Regolamento entra in vigore il 1° gennaio 2018, così come approvato dall'assemblea dei soci tenutasi in data 19 dicembre 2017.

Art. 1 - Scopi.....	pag. 2
Art. 2 - Iscritti.....	pag. 2
Art. 3 - Obblighi - contributi associativi	pag. 2
Art. 4 - Decorrenza del diritto alle prestazioni	pag. 3
Art. 5 - Cessazione del diritto alle prestazioni.....	pag. 4
Art. 6 - Forme di erogazione delle prestazioni.....	pag. 4
Art. 7 - Richieste di rimborso	pag. 4
Art. 8 - Modalità di rimborso	pag. 5
Art. 9 - Contributi straordinari	pag. 5
Art. 10 - Forme di assistenza.....	pag. 5
Art. 11 - Assistenza specialistica ambulatoriale	pag. 6
Art. 12 - Emec 1 "Sanitaria famiglia".....	pag. 6
Art. 13 - Emec 2 "Sanitaria Globale"	pag. 9
Art. 14 - Emec 5 "Specialistica Più"	pag. 11
Art. 15 - Emec 5S "Specialistica Base"	pag. 12
Art. 16 - Emec 7 "Assistenza Ricoveri"	pag. 12
Art. 17 - Emec 10 "Confcommercio"	pag. 13
Art. 18 - Emec 16 "Benessere Donna - Standard"	pag. 13
Art. 19 - Emec 17 "Benessere Donna - More"	pag. 14
Art. 20 - Emec 18 "Benessere Donna - Young"	pag. 14
Art. 21 - Emec 22 "Specialistica Pura"	pag. 14
Art. 22 - Emec 23 "Benessere"	pag. 15
Art. 23 - Emec 24 "Regionale"	pag. 15
Art. 24 - Assistenza in regime di ricovero e day hospital terapeutico	pag. 15
Art. 25.....	pag. 16



EMEC
E M I L I A
R O M A G N A
S . M . S .

SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO

Strada Maggiore, 23 - 40125 Bologna
Tel. 051.6487500 Fax 051.6487610 e-mail: info@emecbo.it

www.emecbo.it
