



REGOLAMENTO



E.M.E.C. Emilia Romagna S.M.S. ETS

Ente Mutuo Esercenti Commercio Emilia Romagna - Società di Mutuo Soccorso

Parte prima - Disposizioni generali

ART. 1	Premessa	pag.	2
ART. 2	Soci Ordinari	pag.	2
ART. 3	Modalità d'Iscrizione.....	pag.	2
	a) Coperture collettive		
ART. 4	Rapporto associativo.....	pag.	3
	a) Decorrenza data d'iscrizione		
	b) Libro dei Soci		
ART. 5	Contributi associativi	pag.	3
	a) Modalità per versamento contributi		
	b) Ritardo nel pagamento		
ART. 6	Diritto alle prestazioni	pag.	4
	a) Decorrenza del diritto alle prestazioni		
	b) Cessazione del diritto alle prestazioni		
ART. 7	Revoca e perdita della qualità di Socio	pag.	4
ART. 8	Variazione formula assistenziale.....	pag.	5
ART. 9	Diritti e doveri del Socio	pag.	5
	a) Conoscenza dello Statuto e del Regolamento		
	b) Obbligo di notifica dati		
	c) Trattamento dei dati personali		
	d) Modalità di richiesta di prestazioni presso strutture convenzionate		
	e) Obbligo di comunicazione disdetta		
	f) Termini di presentazione della richiesta di rimborso		
	g) Documentazione necessaria per la domanda di rimborso		
	h) Conservazione delle ricevute		
	i) Rimborsi in valuta estera		
	j) Esclusione di responsabilità della Società per prestazioni erogate presso strutture e/o professionisti convenzionati		
ART. 10	Aventi Diritto	pag.	6
	a) Distacco		
	b) Subentro		
	c) Iscrizione gratuita in caso di natalità		
ART. 11	Prestazioni	pag.	7
	a) Modalità di erogazione		
ART. 12	Richiesta di rimborso.....	pag.	7
ART. 13	Modalità di rimborso.....	pag.	8
ART. 14	Contributi straordinari.....	pag.	8
ART. 15	Esclusioni dall'assistenza	pag.	8
ART. 16	Formule di assistenza.....	pag.	9

Parte seconda - Coperture sanitarie

ART. 17	"Specialistica Pura"	pag.	10
ART. 18	"Confcommercio"	pag.	10
ART. 19	"Benessere".....	pag.	11
ART. 20	"Benessere Donna - Standard"	pag.	11
ART. 21	"Benessere Donna - More"	pag.	11
ART. 22	"Benessere Donna - Young"	pag.	11
ART. 23	"Specialistica Base"	pag.	12
ART. 24	"Specialistica Più"	pag.	12
ART. 25	"Sanitaria Famiglia".....	pag.	13
ART. 26	"Sanitaria Globale"	pag.	14
ART. 27	"Assistenza Ricoveri"	pag.	16
ART. 28	"Specialistica Regionale".....	pag.	17
ART. 29	"Prima Assistenza".....	pag.	18
ART. 30	Disposizioni finali	pag.	18

ENTE MUTUO ESERCENTI COMMERCIO EMILIA ROMAGNA
SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO ETS

Ente Mutuo Esercenti Commercio Emilia Romagna - Società di Mutuo Soccorso ETS
Bologna, Strada Maggiore 23 - C.F. n° 80038830370 - R.E.A. BO-390305
Registro Imprese Bologna BO006-1957-12442 - Albo Società Cooperative n. C117095
Iscrizione al RUNTS n. 25291 in data 21/03/2022

REGOLAMENTO



REGOLAMENTO

Parte prima - Disposizioni generali

ART. 1 - PREMESSA

Ente Mutuo Esercenti Commercio Emilia Romagna Società di Mutuo Soccorso (nel prosieguo Ente o EMEC) provvede all'assistenza sanitaria secondo le modalità descritte negli articoli da 17 a 28 del presente Regolamento a favore dei propri Soci ordinari e degli iscritti "Aventi Diritto" che ne abbiano accettato Statuto e Regolamento, presentando apposita domanda di iscrizione. Il trattamento dei dati personali, con l'esplicito consenso di tutti gli associati, è finalizzato all'erogazione dei servizi.

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

ART. 2 - SOCI ORDINARI

In qualità di soci ordinari, ai quali compete l'esercizio dei diritti sociali, possono far parte dell'Ente Mutuo:

- le persone fisiche titolari e contitolari di imprese, compresi i soci di società di persone, ovvero imprenditori, professionisti, lavoratori autonomi e tutti coloro che comunque esercitano o hanno esercitato un'attività lavorativa, tutti in possesso dei diritti civili;
- coloro che facendone domanda ottengano parere favorevole del Consiglio di Amministrazione;
- altre Società di Mutuo Soccorso i cui membri siano beneficiari dell'Ente Mutuo;
- i Fondi Sanitari Integrativi in rappresentanza dei lavoratori iscritti.

L'ammissione a socio titolare è consentita sino al settantesimo anno di età per tutte le formule sanitarie, salvo diversa determinazione del Consiglio di Amministrazione. Tale limitazione non è valida per gli Aventi diritto.

ART. 3 - MODALITÀ D'ISCRIZIONE

Per ottenere l'iscrizione a EMEC in qualità di socio ordinario, il richiedente deve presentare:

- domanda sottoscritta su apposito modulo fornito dall'Ente, specificando in essa i familiari da iscrivere quali "aventi diritto" e la formula di assistenza prescelta;
- modulo necessario per la richiesta al trattamento dei dati personali (privacy);
- copia dello stato di famiglia o autocertificazione;
- copia del codice fiscale e di un documento identificativo per sé e per ciascun familiare.

A ogni aspirante socio, e con lui anche ai familiari iscrिवibili, potrà essere richiesta l'anamnesi medica, a insindacabile giudizio dell'Ente.

L'iscrizione deve comprendere l'intero nucleo familiare risultante dallo stato di famiglia o dall'autocertificazione ed eventuali altri parenti aventi stessa residenza del titolare.

E' data tuttavia la possibilità di iscriversi singolarmente, escludendo i familiari, attraverso il pagamento di un contributo associativo maggiorato stabilito annualmente dal Consiglio di Amministrazione. E' facoltà del Consiglio di Amministrazione accettare o meno l'iscrizione.

a) Coperture Collettive

In caso di convenzioni per coperture collettive deliberate dal Consiglio di Amministrazione con Aziende, Associazioni o Enti, possono essere previste condizioni particolari relative: alla possibilità di adesione individuale senza maggiorazioni di contributo, alla durata del rapporto associativo, ai termini delle carenze assistenziali ed altre eventuali, con appositi regolamenti speciali.

ART. 4 - RAPPORTO ASSOCIATIVO

L'iscrizione all'Ente è obbligatoria per un periodo minimo di due anni solari completi e, successivamente, sia per il socio titolare che per gli aventi diritto si rinnova tacitamente per uguale periodo salvo disdetta da comunicare all'Ente a mezzo di lettera raccomandata o PEC, da inviarsi entro e non oltre il **31 ottobre** di ogni anno. Il predetto termine è perentorio.

a) Decorrenza Iscrizione

Il vincolo sociale si costituisce dal primo giorno del mese successivo (data di iscrizione) a quello in cui avviene l'accettazione della domanda da parte del Consiglio di Amministrazione ed è subordinata al versamento:

- della quota d'iscrizione da versare solo una volta al momento dell'iscrizione
- del contributo annuale per sé e per tutti i componenti il nucleo familiare.

L'iscritto è tenuto a comunicare all'Ente eventuali variazioni intervenute rispetto a tutte le informazioni rilasciate in fase di iscrizione (a titolo esemplificativo ma non esaustivo: indirizzo di residenza, posizione degli aventi diritto, coordinate bancarie per accredito rimborsi...) e quant'altro utile per il rapporto con l'Ente.

b) Libro dei Soci

Il Consiglio di Amministrazione, una volta accettata la domanda di ammissione, iscriverà il nome del nuovo socio nel Libro dei Soci dell'Ente, dandone conferma scritta all'interessato. In caso di rifiuto, l'aspirante socio viene informato della decisione espressa dal Consiglio di Amministrazione.

Il giudizio del Consiglio di Amministrazione, relativamente alla domanda di iscrizione, è insindacabile.

ART. 5 - CONTRIBUTI ASSOCIATIVI

Tutti i contributi, statutariamente stabiliti dal Consiglio di Amministrazione, devono essere corrisposti anticipatamente dal Socio secondo le modalità ed i termini di anno in anno stabiliti.

I Contributi sono deliberati in cifra annuale e non sono restituibili, trasferibili o rivalutabili in relazione ad eventi che possano verificarsi nel corso dell'anno (a titolo meramente esemplificativo: decessi, trasferimento di residenza, cessazioni di attività, ecc.) e in caso di revoca e perdita della qualità di socio, come indicato nell' art. 7 del presente Regolamento.

I contributi associativi devono essere versati in unica soluzione di norma **entro il 31 gennaio** di ciascun anno solare. Nel caso di iscrizione in corso d'anno, il socio sarà tenuto al pagamento annuale dei dodicesimi di quota contributiva fino al 31 dicembre dell'anno in corso.

E' ammesso il versamento dei contributi associativi in due rate semestrali solo mediante la sottoscrizione di RID, con scadenza **31 gennaio** e **30 giugno**, le cui spese possono essere addebitate al socio.

a) Modalità di versamento dei contributi

Il pagamento dei contributi associativi può essere effettuato mediante:

- bonifico bancario con accredito sul c/c bancario dell'Ente;
- assegno bancario da versare presso gli uffici dell'Ente;
- versamento sul c/c postale dell'Ente;
- sottoscrizione di RID;

e mediante altri mezzi predisposti dall'Ente confacenti al riconoscimento del contributo associativo versato ai fini delle detrazioni fiscali.

b) Ritardo nel pagamento

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

L'assistenza verrà ripristinata il giorno seguente l'avvenuta regolarizzazione amministrativa, consistente nel versamento dei contributi e i relativi interessi di mora.

Nel caso in cui il pagamento dei contributi avvenga oltre tre mesi dalla scadenza del termine previsto, l'assistenza verrà ripristinata dopo tre mesi dalla data del pagamento.

ART. 6 - DIRITTO ALLE PRESTAZIONI

L'erogazione di prestazioni sanitarie e rimborsi per spese sanitarie, previste nelle diverse forme di assistenza, potrà avvenire solo ed esclusivamente a favore dei Soci e "Aventi Diritto" in regola con i pagamenti dei contributi associativi.

In caso di morosità nei pagamenti dei contributi associativi l'assistenza di EMEC viene sospesa.

a) Decorrenza del diritto alle prestazioni

Il diritto all'assistenza, salvo quanto diversamente disposto nell'art.10 e 15 del presente Regolamento e salvo patologie causate da infortuni occorsi successivamente all'iscrizione che prevedono l'assistenza immediata, decorre dopo:

- **2 mesi** dalla data d'iscrizione per l'assistenza **specialistica** ambulatoriale;
- **10 mesi** dalla data d'iscrizione per l'assistenza **ospedaliera** e per l'espletamento del parto e le prestazioni ad esso connesse.

In tal caso, il termine di 10 mesi si computa dalla data di iscrizione della partoriente.

Il coniuge ed i figli dell'associato hanno diritto alle prestazioni rispettivamente dal giorno successivo al matrimonio e da quello della nascita a condizione che l'iscrizione avvenga entro 30 giorni dall'evento. Trascorso tale periodo il diritto all'assistenza avverrà nei termini previsti dal presente articolo.

b) Cessazione del diritto alle prestazioni

Al venir meno dei requisiti richiesti dallo Statuto, dal Regolamento e di quelli dichiarati dal Socio, cessa il diritto all'assistenza sanitaria.

L'esclusione dal diritto alle prestazioni è deliberata dal Consiglio di Amministrazione ed ha effetto immediato dalla data della delibera.

L'esclusione sarà comunicata al socio a mezzo di lettera raccomandata o PEC.

Tale provvedimento si estende anche agli "Aventi Diritto".

ART. 7 - REVOCA E PERDITA DELLA QUALITÀ DI SOCIO

Secondo quanto previsto nell'art. 11 dello Statuto la qualità di socio si perde per:

- per morte;
- per recesso volontario del socio allo scadere del biennio associativo;
- per esclusione deliberata dal Consiglio di Amministrazione nei confronti dei soci che non osservano le disposizioni dell'Ente o lo danneggiano;
- per morosità nel pagamento dei contributi protratta per l'intero anno solare.

Nei casi sopracitati, la quota di iscrizione e il contributo associativo non sono trasmissibili, né restituibili, né rivalutabili. Per il recupero dei contributi degli iscritti morosi, e per la inadempienza dell'impegno biennale di cui all'art. 4 del presente Regolamento, EMEC potrà adire all'azione giudiziaria ordinaria chiedendo anche il rimborso delle spese legali ed amministrative.

In caso di morte del socio viene mantenuta l'assistenza ai familiari, a carico dei quali resta il pagamento dei relativi contributi e la mancata restituzione del fondo sociale.

Gli eredi legittimi, ai quali andranno liquidati i rimborsi, potranno delegare uno solo di loro a riscuotere l'intera somma.

Tale pagamento avrà effetto liberatorio ai sensi di legge nei confronti di tutti gli eredi legittimi e/o beneficiari.

ART. 8 - VARIAZIONE FORMULA ASSISTENZIALE

Il socio ordinario che intende variare formula di assistenza dovrà attendere la naturale scadenza del rapporto associativo in corso e darne comunicazione a mezzo lettera raccomandata o PEC **entro il 31 ottobre** dell'anno in corso.

Solo gli associati, già iscritti ad un tipo di assistenza, potranno passare ad una formula di assistenza più ampia anche prima della scadenza del rapporto in corso. 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, 70 anni. Il passaggio avviene di norma a partire dall'inizio dell'anno solare, con l'applicazione della carenza assistenziale prevista dall'art. 6 lettera a) del Regolamento per la fruizione delle prestazioni diverse o maggiorate della nuova assistenza. Il passaggio ad un'altra forma di assistenza fa decorrere nuovamente la durata biennale del rapporto associativo e deve coinvolgere tutto il nucleo familiare già iscritto in altre forme, salvo variazioni intervenute nel nucleo familiare convivente.

Spetta inoltre al Consiglio di Amministrazione accogliere le richieste di variazione di formula e le eventuali richieste di sospensione temporanea dell'assistenza per ragioni contingenti che ne giustificano la sospensione.

ART. 9 - DIRITTI E DOVERI DEL SOCIO

a) Conoscenza dello Statuto e del Regolamento

Il socio deve attenersi scrupolosamente a tutte le norme e prescrizioni contenute nello Statuto sociale e nel suo Regolamento applicativo, nonché a tutte le delibere regolarmente assunte dagli organi statuari.

b) Obbligo di notifica dati

Tutti i soci devono necessariamente notificare, all'atto dell'iscrizione, il proprio stato di famiglia, la propria residenza, i propri riferimenti bancari.

Nel caso in cui il socio non ottemperi all'obbligo di notifica dei dati sopra menzionati, EMEC si intende esonerata da qualsivoglia responsabilità per mancato recapito al socio inottemperante di ogni comunicazione (ivi compresa l'attestazione di versamento dei contributi associativi) pertinente al rapporto associativo.

c) Trattamento dei dati personali

Con la sottoscrizione della domanda di ammissione il socio, preso atto dell'informativa fornita dall'Ente ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679 e successive modifiche ed integrazioni, esprime il consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati personali secondo quanto riportato nella stessa informativa.

d) Modalità di richiesta di prestazioni presso strutture convenzionate

Tutti gli assistiti che intendono usufruire delle prestazioni in forma diretta, avvalendosi dei medici e delle strutture convenzionate, devono necessariamente comunicare a EMEC, in orario di ufficio, almeno **1 giorno prima** di recarsi nella struttura scelta, il giorno, il luogo e la prestazione da effettuare. Il mancato preavviso da parte del socio comporterà la mancata autorizzazione di EMEC alla struttura sanitaria e pertanto non sarà garantita la prestazione.

e) Obbligo di comunicazione disdetta

L'associato che prenota una prestazione sanitaria in una delle strutture convenzionate con l'Ente e non si presenta all'appuntamento senza aver comunicato disdetta alla struttura stessa, entro le dodici ore precedenti la prenotazione, non verrà assistito dall'Ente e **dovrà sostenere l'intero costo** della prestazione non usufruita.

f) Termini di presentazione della richiesta di rimborso

Tutti i rimborsi vengono erogati esclusivamente per richiesta del socio, o dell'erede designato, e devono pervenire a EMEC **entro 30 giorni** dal termine di ogni prestazione, ricovero o ciclo di cura.

In caso di ritardo l'Ente si riserva di valutare l'ammissibilità della richiesta e la relativa entità del rimborso.

g) Documentazione necessaria per la domanda di rimborso

L'Ente stabilisce, nel rispetto dello Statuto sociale e del Regolamento, la documentazione necessaria da produrre a supporto di ciascuna domanda di rimborso.

La mancata o incompleta presentazione della documentazione comporta la decadenza dal diritto al rimborso, qualora la documentazione medesima non venga presentata **entro tre mesi** dalla data di presentazione della domanda di rimborso.

h) Conservazione delle dichiarazioni di pagamento

Tutte le dichiarazioni di pagamento dei contributi associativi dovranno essere conservate dal socio a comprova dei pagamenti effettuati entro il termine di prescrizione di cinque anni.

i) Rimborsi in valuta estera

I documenti concernenti l'assistenza ricevuta all'estero, per qualsiasi tipo di prestazione specialistica e ospedaliera, devono essere accompagnati dalla traduzione in italiano per singola voce e dal controvalore della valuta espressa in euro, secondo il tasso di cambio alla data di pagamento della fattura, controfirmata dal presentatore.

j) Esclusione di responsabilità dell'Ente per prestazioni erogate presso strutture e/o da professionisti convenzionati

È da ritenersi esclusa ogni responsabilità anche indiretta, a qualsiasi titolo nessuno escluso, di EMEC per eventuali danni arrecati al socio e/o ai propri aventi diritto a seguito delle prestazioni erogate presso strutture o da professionisti convenzionati con l'Ente medesimo.

ART. 10 - AVENTI DIRITTO

Sono aventi diritto del socio i seguenti componenti del nucleo familiare:

- il coniuge riconosciuto tale dallo Stato italiano;
- la persona dello stesso sesso con la quale il socio ha costituito un'unione civile, riconosciuta tale dallo Stato italiano;
- il convivente di fatto del socio riconosciuto tale dallo Stato italiano;
- i figli naturali, adottati o in affidato al socio;
- eventuali altri parenti aventi stessa residenza del titolare.

Anche per gli aventi diritto vige il diritto all'assistenza come da art. 6 lettera a) del presente Regolamento; eccetto per coloro che hanno compiuto il **settantesimo anno** di età la cui carenza assistenziale per il ricovero è di **12 mesi** a partire dalla data dell'iscrizione.

a) Distacco

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

In tal caso, passando a una nuova posizione associativa, potrà scegliere una diversa formula assistenziale e avrà diritto immediatamente all'assistenza relativamente alle prestazioni già comprese nella precedente formula mentre si atterrà all'applicazione della carenza assistenziale prevista dall'art. 6 lettera a) del Regolamento per la fruizione delle prestazioni diverse o maggiorate della nuova assistenza, così come per gli eventuali familiari a carico di nuova iscrizione.

b) Subentro

In caso di morte del socio, la posizione viene trasferita in capo al più anziano degli aventi diritto, salvo diversa designazione degli stessi. I familiari già iscritti continueranno a godere dell'assistenza con l'obbligo del pagamento dei relativi contributi riferiti al biennio associativo del socio deceduto.

E' fatta comunque salva la facoltà di recesso dei familiari da esercitare con comunicazione a mezzo lettera raccomandata o tramite PEC con effetto dalla scadenza del biennio associativo.

c) Iscrizione gratuita in caso di natalità

Il neonato del socio potrà essere iscritto gratuitamente fino al termine dell'anno solare in corso all'atto della nascita, previa presentazione del certificato di nascita, ed eventuale anamnesi medica, entro 30 giorni dalla data dell'evento.

ART.11 - PRESTAZIONI

L'assistenza di EMEC si articola nelle seguenti prestazioni:

ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

- visite specialistiche, erogate da medici chirurghi che abbiano conseguito il titolo di specialità riconosciuto dallo Stato italiano;
- prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, come esami di laboratorio, esami ecografici e radiologici, accertamenti ambulatoriali e relativi ticket, accertamenti di alta diagnostica (RM , TAC) per le formule che lo prevedono;
- terapie fisiche riconosciute;
- cure odontoiatriche (escluse le protesi dentali);
- cure termali e contributo per lenti da vista e protesi;

RICOVERI

- rimborsi per onorari e rette di degenza per ricoveri in medicina, chirurgia e riabilitazione, day hospital e day surgery presso Istituti di cura pubblici e privati;
- diarie giornaliere e differenza di classe per ricoveri a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

a) Modalità di erogazione

L'assistenza può essere erogata:

- in forma indiretta per l'assistenza ospedaliera e per l'assistenza specialistica ambulatoriale, mediante rimborso sulla base del Tariffario dell'Ente determinato dal Consiglio d'Amministrazione;
- in forma diretta per l'assistenza specialistica ambulatoriale, tramite strutture sanitarie convenzionate con l'Ente nei limiti e con le modalità previste dal tipo di assistenza prescelto.

Per usufruire delle prestazioni in forma diretta è necessario:

- richiedere l'autorizzazione ad EMEC, in orari di ufficio, **almeno 1 giorno** prima di recarsi nella struttura sanitaria scelta, pena la mancata erogazione della prestazione;
- presentarsi presso la struttura convenzionata con la **prescrizione del medico di base** motivata da diagnosi, o sospetta diagnosi, eccezione fatta per n. 5 visite specialistiche delle 10 visite annuali previste.

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.

ART. 12 - RICHIESTA DI RIMBORSO

La richiesta di rimborso delle spese sostenute dagli associati per ricovero e assistenza specialistica, corredata dalla relativa documentazione, deve essere inoltrata all'Ente, **entro 30 giorni** dal termine di ogni prestazione, ricovero o ciclo di cura.

Per le richieste di rimborso pervenute con un ritardo non superiore a 60 giorni dal termine di ogni prestazione, ricovero o ciclo di cura l'Ente si riserva di valutare l'ammissibilità della richiesta e la relativa entità del rimborso.

Per tutte le prestazioni previste dal presente regolamento è necessario presentare:

- copia delle spese sostenute in conformità alla normativa fiscale vigente (fatture,

ricevute..) complete di tutti i dati e prive di cancellazioni o correzioni di alcun tipo, salvo quelle controfirmate da chi rilascia il documento fiscale;

- copia della prescrizione medica del proprio medico di base completa di diagnosi o sospetto diagnostico, eccezione fatta per n. 5 visite specialistiche delle 10 visite annuali previste.

Non sono assistibili tutte le visite e le prestazioni riguardanti l'ambito sportivo ed estetico e quelle non esplicitate nel documento fiscale, non essendo possibile verificarne l'esecuzione e quantificarne il valore.

Per la degenza ospedaliera:

- in Istituto di Cura pubblico, copia della lettera di dimissione rilasciata dalla struttura sanitaria in cui si vince la data di entrata, di uscita e il motivo di ricovero;
- in Istituto di Cura privato, la richiesta delle sole spese mediche sostenute va accompagnata dalla fotocopia integrale della cartella clinica di degenza e dalla fotocopia della impegnativa rilasciata dal SSN.

Per le prestazioni e i ricoveri effettuati all'estero, l'assistito deve presentare:

- la traduzione in italiano di ogni singola voce;
- il controvalore della valuta espressa in euro, secondo il tasso di cambio alla data di pagamento della fattura, controfirmata dal presentatore.

L'Ente ha facoltà di richiedere all'assistito, in qualsiasi momento, ogni ulteriore documentazione reputi necessaria per l'espletamento della pratica.

Ai fini del rimborso spettante e della validità dell'assistenza, in caso di ricovero o day hospital si fa riferimento esclusivamente alla data di inizio del ricovero. Pertanto l'assistito è tenuto a presentare tutta la documentazione a partire da tale data.

ART. 13 - MODALITÀ DI RIMBORSO

A completa presentazione della documentazione dovuta, l'Ente istruisce la pratica di rimborso entro 30 giorni fine mese data ricevimento dei documenti di rimborso. La liquidazione avviene entro il quindicesimo giorno del mese successivo ed esclusivamente tramite bonifico bancario sul conto del titolare. Non sono previste altre forme di pagamento.

ART. 14 - 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. 15 - ESCLUSIONI DALL'ASSISTENZA

L'assistenza è espressamente esclusa nei seguenti casi:

- a) Prestazioni sanitarie di tipo sperimentale (protocolli di studio o terapie);
- b) Prestazioni sanitarie effettuate da medici, chirurghi od odontoiatri non abilitati all'esercizio dell'attività professionale e non riconosciuti in Italia;
- c) Visite specialistiche per idoneità ad attività sportive, ludiche o di tipo medico legale o per ottenimento licenze (caccia, pesca, rinnovo patente, etc...);
- d) Cure estetiche per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni, salvo quelle rese necessarie da infortunio o intervento chirurgico terapeutico;
- e) Protesi dentarie né cure e interventi preparatori relativi alle stesse;
- f) Malattie psichiche e mentali;
- g) Malattie sessualmente trasmissibili e patologie ad esse correlate;

- h) Terapie non riconosciute da SSN e vaccinazioni;
- i) Infertilità e patologie ad essa correlate;
- j) Manifestazioni morbose in rapporto ad uso o dipendenza da stupefacenti, in rapporto ad abuso o dipendenza da alcolici, in rapporto ad abuso o uso incongruo di farmaci;
- k) Infortuni sul lavoro, in quanto diversamente tutelati da altri enti;
- l) Infortuni derivanti da tumulti popolari, aggressioni o atti violenti con movente politico sociale a cui il Socio ha preso parte volontariamente;
- m) Infortuni derivanti da azioni delittuose dell'Associato;
- n) Acquisto, noleggio, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici o terapeutici salvo quanto esplicitamente previsto per le formule Sanitaria Famiglia e Sanitaria Globale, rispettivamente negli articoli 25 e 26 del vigente Regolamento;
- o) Acquisto di farmaci;
- p) Assistenza infermieristica.

In aggiunta, sono esclusi dall'assistenza per ricovero - e con esso day hospital e day surgery - i casi sottoelencati:

- a) per accertamenti diagnostici e check up non espressamente motivati dal medico curante;
- b) originati da disturbi mentali e/o psichici quali, a titolo esemplificativo, demenza pre senile, demenza senile, delirium tremens;
- c) determinati da forme croniche e forme congenite;
- d) per aborto volontario;
- e) re-interventi chirurgici e patologie ad essi correlate;
- f) per la eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti all'associazione all'Ente, salvo quelli resi necessari per intervento terapeutico;
- g) per interventi e applicazioni di carattere estetico, tranne gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio o da intervento chirurgico terapeutico;
- h) determinati da patologie preesistenti o sussistenti al momento dell'iscrizione all'Ente che rendono inevitabile o prevedibile il ricovero o la terapia in regime di day hospital;
- i) per la protesi d'anca e del ginocchio, il diritto all'assistenza decorre dal terzo anno dalla data di iscrizione o dalla variazione della forma di assistenza;
- j) per stati di tossicodipendenza, ivi incluso l'etilismo, nonché per gli infortuni occasionati o sofferti nei suddetti stati;
- k) per cure odontoiatriche;
- l) per malattie volontariamente o dolosamente procurate;
- m) per trattamenti disintossicanti o dismetabolici da alcool e/o stupefacenti;
- n) 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;
- o) ricoveri presso strutture geriatriche, case di riposo, ricoveri lungo degenza;
- p) ricoveri per cure convalescenziari;
- q) ricoveri iniziati prima della decorrenza al diritto all'assistenza o alla data di ripristino dell'assistenza, in caso di ritardato pagamento dei contributi associativi.

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 vengono rimborsati per i soli giorni di vigenza assistenziale con suddivisione proporzionale della spesa, esclusi i ticket eventualmente istituiti a norma di legge.

ART. 16 - FORMULE DI ASSISTENZA

Le coperture di assistenza solo in forma diretta, con l'accesso presso strutture sanitarie convenzionate con l'Ente in cui svolgere gratuitamente prestazioni di specialistica ambulatoriale,

senza l'onere di alcuna franchigia, sono:

1. Specialistica Pura - Art. 17
2. Confcommercio - Art. 18
3. Benessere - Art. 19
4. Benessere Donna Standard - Art. 20
5. Benessere Donna More - Art. 21
6. Benessere Donna Young - Art. 22
7. Specialistica Base - Art. 23

Le coperture di assistenza che, oltre alla forma diretta, prevedono anche la forma indiretta, con rimborso secondo il Tariffario dell'Ente per prestazioni di specialistica o di ricovero presso medici o strutture di propria scelta, sono:

1. Specialistica Più - Art. 24
2. Sanitaria Famiglia - Art. 25
3. Sanitaria Globale - Art. 26

Le coperture di assistenza solo in forma indiretta, con rimborso secondo il Tariffario dell'Ente per prestazioni di specialistica o di ricovero presso medici o strutture di propria scelta, sono:

1. Assistenza Ricoveri - Art. 27
2. Specialistica Regionale - Art. 28

E' consentito l'abbinamento di più formule di assistenza sino all'età massima prevista per la prima iscrizione (70 anni). Il passaggio avviene di norma a partire dall'inizio dell'anno solare, con l'applicazione della carenza assistenziale prevista dall'art. 6 lettera a) del Regolamento.

E' prevista l'**iscrizione gratuita del neonato** del socio fino al termine dell'anno solare in corso all'atto della nascita, previa presentazione del certificato di nascita, ed eventuale anamnesi medica, entro 30 giorni dalla data dell'evento.

REGOLAMENTO

Parte seconda - Coperture sanitarie

ART. 17 - "SPECIALISTICA PURA" (cod. Emec 22)

Prestazioni Specialistiche ambulatoriali

solo in forma DIRETTA: possono essere effettuate presso strutture e medici convenzionati, previa autorizzazione dell'Ente e con completa assunzione degli oneri da parte di EMEC.

- n. 1 visita specialistica
- n. 1 elettrocardiogramma o n.1 pap test
- n. 1 esame di laboratorio specifico (secondo quanto deliberato annualmente dall'Ente)

La formula di assistenza è associabile ad altra formula di assistenza relativa al ricovero.

ART. 18 - "CONFCOMMERCIO" (cod. Emec 10)

Prestazioni Specialistiche ambulatoriali

solo in forma DIRETTA: possono essere effettuate presso strutture e medici convenzionati, previa autorizzazione dell'Ente e con completa assunzione degli oneri da parte di EMEC.

- n. 2 visite specialistiche
- n. 1 elettrocardiogramma
- n. 1 ecografia
- n. 1 esame di laboratorio specifico (secondo quanto deliberato annualmente dall'Ente)

- n. 1 accertamento a scelta fra: campo visivo, tonometria, audiometria, dieta, spirometria, pap test e coloscopia

La formula di assistenza è associabile ad altra formula di assistenza relativa al ricovero.

ART. 19 - "BENESSERE" (cod. Emec 23)

Prestazioni Specialistiche ambulatoriali

solo in forma DIRETTA: possono essere effettuate presso strutture e medici convenzionati, previa autorizzazione dell'Ente e con completa assunzione degli oneri da parte di EMEC.

- n. 2 visite specialistiche
- n. 1 ecografia
- n. 1 ecodoppler o ecocardioppler
- n. 1 analisi di laboratorio specifico (secondo quanto deliberato annualmente dall'Ente)

La formula di assistenza è associabile ad altra formula di assistenza relativa al ricovero.

ART. 20 - "BENESSERE DONNA - STANDARD" (cod. Emec 16)

Prestazioni Specialistiche ambulatoriali

solo in forma DIRETTA: possono essere effettuate presso strutture e medici convenzionati, previa autorizzazione dell'Ente e con completa assunzione degli oneri da parte di EMEC.

- n. 1 visita ginecologica
- n. 1 pap test
- n. 1 ecografia pelvica
- n. 1 ecografia mammaria
- n. 1 mammografia

La formula di assistenza è associabile ad altra formula di assistenza relativa al ricovero.

ART. 21 - "BENESSERE DONNA - MORE" (cod. Emec 17)

Prestazioni Specialistiche ambulatoriali

solo in forma DIRETTA: possono essere effettuate presso strutture e medici convenzionati, previa autorizzazione dell'Ente e con completa assunzione degli oneri da parte di EMEC.

- n. 1 visita ginecologica
- n. 1 pap test
- n. 1 ecografia pelvica
- n. 1 ecografia mammaria
- n. 1 mammografia
- n. 1 visita cardiologica
- n. 1 elettrocardiogramma
- n. 1 analisi di laboratorio specifico (secondo quanto deliberato annualmente dall'Ente)

La formula di assistenza è associabile ad altra formula di assistenza relativa al ricovero.

ART. 22 - "BENESSERE DONNA - YOUNG" (cod. Emec 18)

Prestazioni Specialistiche ambulatoriali

solo in forma DIRETTA: possono essere effettuate presso strutture e medici convenzionati, previa autorizzazione dell'Ente e con completa assunzione degli oneri da parte di EMEC.

- n. 1 visita ginecologica
- n. 1 pap test
- n. 1 ecografia pelvica

- n. 1 ricerca HPV, Chlamydia , Gonococco

La formula di assistenza è associabile ad altra formula di assistenza relativa al ricovero.

ART. 23 - "SPECIALISTICA BASE" (cod. Emec 5S)

Prestazioni Specialistiche ambulatoriali

solo in forma DIRETTA: possono essere effettuate presso strutture e medici convenzionati, previa autorizzazione dell'Ente e con completa assunzione degli oneri da parte di EMEC.

- n. 10 visite specialistiche
- analisi di laboratorio, ecografie, radiografie, ecodoppler
- accertamenti diagnostici strumentali
- n. 20 sedute di agopuntura
- n. 20 sedute di terapia fisica (escluso laser e magnetoterapia)
- n. 1 igiene dentale
- cure conservative odontoiatriche (escluse le protesi dentali)
- rimborso ticket del SSN, con l'esclusione di TAC, risonanza magnetica e cure termali

Ogni associato optante per questa formula ha diritto, annualmente, alle prestazioni elencate fino ad un **massimale annuo di euro 600,00** comprensivo del rimborso ticket e del costo di ogni singola prestazione effettuata in convenzione secondo il Tariffario dell'Ente.

Si ricorda che la richiesta di rimborso dei ticket, corredata dalla relativa documentazione, deve essere inoltrata all'Ente, entro 30 giorni dal termine di ogni prestazione, ricovero o ciclo di cura.

La formula di assistenza è associabile ad altra formula di assistenza relativa al ricovero.

ART. 24 - "SPECIALISTICA PIÙ" (cod. Emec 5)

Prestazioni Specialistiche ambulatoriali

in forma DIRETTA: possono essere effettuate presso strutture e medici convenzionati, previa autorizzazione dell'Ente e con completa assunzione degli oneri da parte di EMEC.

in forma INDIRETTA: possono essere effettuate presso strutture e medici privati e prevedono un rimborso in base al Tariffario dell'Ente approvato dal Consiglio di Amministrazione.

- n. 10 visite specialistiche
- analisi di laboratorio, ecografie, radiografie, ecodoppler
- accertamenti diagnostici strumentali
- n. 20 sedute di agopuntura, fruibili solo nelle strutture convenzionate
- n. 20 sedute di terapia fisica (escluso laser e magnetoterapia)
- n. 1 igiene dentale
- cure conservative odontoiatriche (escluse le protesi dentali)
- rimborso ticket del SSN, con l'esclusione di TAC, risonanza magnetica e cure termali
- contributo per interventi di chirurgia ambulatoriale
- contributo per cure ortognatodontiche fino al 21° anno di età per un periodo massimo di 3 anni, secondo un importo stabilito da apposita delibera dell'Ente.

Ogni associato optante per questa formula ha diritto, annualmente, alle prestazioni elencate fino ad un **massimale annuo di euro 800,00** comprensivo dei rimborsi e del costo di ogni singola prestazione effettuata in convenzione secondo il Tariffario dell'Ente.

Ricoveri

La formula Specialistica Più prevede l'assistenza per i ricoveri in: Medicina, Riabilitazione e Chirurgia effettuati in strutture sanitarie autorizzate pubbliche e private in Italia o all'estero.

Non è prevista alcuna indennità economica per ricovero in day hospital o day surgery.

In forma INDIRETTA: a ogni associato viene riconosciuta una indennità omnicomprensiva di

- euro 11,00 al giorno in caso di ricovero in accreditamento con il SSN;

- euro 16,00 al giorno in caso di ricovero in libera professione in strutture sanitarie private o pubbliche, compreso il miglior comfort alberghiero o passaggio di classe.

Ciascun associato potrà usufruire della copertura assistenziale nei termini sopraindicati fino ad un **massimo di 30 giorni** di degenza per anno solare.

Si ricorda che la richiesta di rimborso delle spese sostenute per ricovero e assistenza specialistica, corredata dalla relativa documentazione, deve essere inoltrata all'Ente, entro 30 giorni dal termine di ogni prestazione, ricovero o ciclo di cura. In caso di ritardo l'Ente si riserva di valutare l'ammissibilità della richiesta e la relativa entità del rimborso.

Per la modalità e le limitazioni dell'assistenza si fa riferimento a quanto previsto rispettivamente all'art. 12 e all' art. 15 del vigente Regolamento.

ART. 25 - "SANITARIA FAMIGLIA" (cod. Emec 1)

Prestazioni Specialistiche ambulatoriali

in forma DIRETTA: possono essere effettuate presso strutture e medici convenzionati, previa autorizzazione dell'Ente e con completa assunzione degli oneri da parte di EMEC.

in forma INDIRETTA: possono essere effettuate presso strutture e medici privati e prevedono un rimborso delle prestazioni in base al Tariffario dell'Ente approvato dal Consiglio di Amministrazione.

- n. 10 visite specialistiche
- analisi di laboratorio, ecografie, radiografie, ecodoppler
- accertamenti diagnostici strumentali
- n. 20 sedute di agopuntura
- n. 20 sedute di terapia fisica
- n. 20 sedute di laser o magnetoterapia o mesoterapia
- n. 1 TAC o risonanza magnetica
- n. 1 igiene dentale
- cure conservative odontoiatriche (escluse le protesi dentali)
- rimborso ticket del SSN
- contributo per cure ortognatodontiche fino al 21° anno di età per un periodo massimo di 3 anni
- contributo per n. 2 lenti da vista o lenti a contatto ogni 2 anni, a partire dalla data della prima fattura presentata;
- contributo o rimborso ticket per cure termali (esclusi trattamenti estetici);
- rimborso del 50% della spesa sostenuta per l'acquisto di protesi non riconosciute dal SSN, con l'esclusione di quelle dentali, per un importo massimo fissato nell'arco di 3 anni, a partire dalla data della prima fattura presentata.

Tutti i contributi e rimborsi vengono stabiliti dall'Ente con apposita delibera.

Ogni associato optante per questa formula ha diritto, annualmente, a prestazioni di **analisi di laboratorio e cure odontoiatriche** per un **massimale annuo di euro 500,00** per ciascuna specialità, comprensivo dei rimborsi e del costo di ogni singola prestazione effettuata in convenzione secondo il Tariffario dell'Ente.

Ricoveri

La formula Sanitaria Famiglia prevede l'assistenza per i ricoveri in: Medicina, Chirurgia, Riabilitazione, day hospital e day surgery effettuati in strutture sanitarie autorizzate pubbliche e private in Italia o all'estero. I ricoveri determinati dalla stessa patologia, o evento morboso, si intendono continuativi e considerati come unico ricovero anche se effettuati in momenti diversi dell'anno, o a cavallo d'anno, al fine del calcolo del rimborso.

In forma DIRETTA:

solo in caso di ricovero in accreditamento con il SSN o day hospital terapeutico presso Istituti di Cura direttamente convenzionati con l'EMEC, l'Ente si fa integralmente carico dell'onere per il passaggio di classe o maggior comfort alberghiero. A carico dell'assistito rimangono solo le

spese extra.

In forma INDIRETTA:

a) **in caso di ricovero in accreditamento con il SSN**

- a ogni associato viene riconosciuta una indennità giornaliera di euro 30,00
- in caso di maggior comfort alberghiero o passaggio di classe in strutture non convenzionate, è previsto il rimborso del costo sostenuto. Sono escluse le spese extra non sanitarie.

b) **in caso di ricovero in libera professione**

in strutture sanitarie private o pubbliche, ogni associato avrà diritto al seguente rimborso giornaliero omnicomprensivo in base alla tipologia di ricovero:

Ricovero in MEDICINA

dal 1° al 8° giorno	fino a un massimo di euro 300,00 al giorno
dal 9° al 13° giorno	fino a un massimo di euro 200,00 al giorno
dal 14° al 18° giorno	fino a un massimo di euro 100,00 al giorno
dal 19° al 60° giorno	fino a un massimo di euro 50,00 al giorno

Ricovero di RIABILITAZIONE

dal 1° al 8° giorno	fino a un massimo di euro 200,00 al giorno
dal 9° al 13° giorno	fino a un massimo di euro 100,00 al giorno
dal 14° al 18° giorno	fino a un massimo di euro 50,00 al giorno
dal 19° al 60° giorno	fino a un massimo di euro 25,00 al giorno

Ricovero in CHIRURGIA

dal 1° al 8° giorno	fino a un massimo di euro 200,00 al giorno
dal 9° al 13° giorno	fino a un massimo di euro 100,00 al giorno
dal 14° al 18° giorno	fino a un massimo di euro 50,00 al giorno
dal 19° al 60° giorno	fino a un massimo di euro 25,00 al giorno

Per i soli ricoveri in chirurgia, oltre al rimborso giornaliero, viene riconosciuto il rimborso del 50% delle spese sostenute per i soli onorari dei medici specialisti direttamente coinvolti nell'intervento.

Ricovero in DAY HOSPITAL

Per il ricovero in "day hospital", limitato ad una sola giornata senza permanenza notturna, è previsto un rimborso giornaliero omnicomprensivo fino a un massimo di euro 300,00.

Ricovero in DAY SURGERY

Per il ricovero in "day surgery", limitato ad una sola giornata senza permanenza notturna, è previsto un rimborso del 50% delle spese sostenute per i soli onorari dei medici specialisti direttamente coinvolti nell'intervento.

E' riconosciuto il rimborso della spesa per il trasporto in autoambulanza solo dal luogo di insorgenza a quello del ricovero (in ambito regionale di residenza) per un massimo di euro 200,00. Ciascun associato 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 rimborso che in ogni caso non potrà superare **euro 30.000 annui**. Si ricorda che la richiesta di rimborso delle spese sostenute per ricovero e assistenza specialistica, corredata dalla relativa documentazione, deve essere inoltrata all'Ente, entro 30 giorni dal termine di ogni prestazione, ricovero o ciclo di cura. In caso di ritardo l'Ente si riserva di valutare l'ammissibilità della richiesta e la relativa entità del rimborso. Per la modalità e le limitazioni dell'assistenza si fa riferimento a quanto previsto rispettivamente all'art. 12 e all' art. 15 del vigente Regolamento.

ART. 26 - "SANITARIA GLOBALE" (cod. Emec 2)

Prestazioni Specialistiche ambulatoriali

La formula non prevede alcun massimale di spesa per l'assistenza specialistica.

in forma DIRETTA: possono essere effettuate presso strutture e medici convenzionati, previa

autorizzazione dell'Ente e con completa assunzione degli oneri da parte di EMEC.

in forma INDIRETTA: possono essere effettuate presso strutture e medici privati e prevedono un rimborso delle prestazioni in base al Tariffario dell'Ente approvato dal Consiglio di Amministrazione.

- n. 10 visite specialistiche
- analisi di laboratorio, ecografie, radiografie, ecodoppler
- accertamenti diagnostici strumentali
- n. 20 sedute di agopuntura
- n. 20 sedute di terapia fisica
- n. 20 sedute di laser o magnetoterapia o mesoterapia
- n. 2 TAC o risonanza magnetica
- n. 1 igiene dentale
- cure conservative odontoiatriche (escluse le protesi dentali)
- rimborso ticket del SSN
- contributo per cure ortognatodontiche fino al 21° anno di età per un periodo massimo di 3 anni
- contributo per n. 2 lenti da vista o lenti a contatto ogni 2 anni, a partire dalla data della prima fattura presentata
- contributo o rimborso ticket per cure termali (esclusi trattamenti estetici)
- rimborso del 75% della spesa sostenuta per l'acquisto di protesi non riconosciute dal SSN, con l'esclusione di quelle dentali, per un importo massimo fissato nell'arco di 3 anni, a partire dalla data della prima fattura presentata.

Tutti i contributi e rimborsi vengono stabiliti dall'Ente con apposita delibera.

Ricoveri

La formula Sanitaria Globale prevede l'assistenza per i ricoveri in: Medicina, Chirurgia, Riabilitazione, day hospital e day surgery effettuati in strutture sanitarie autorizzate pubbliche e private in Italia o all'estero. I ricoveri determinati dalla stessa patologia, o evento morboso, si intendono continuativi e considerati come unico ricovero anche se effettuati in momenti diversi dell'anno, o a cavallo d'anno, al fine del calcolo del rimborso.

In forma DIRETTA:

solo in caso di ricovero in accreditamento con il SSN o day hospital terapeutico presso Istituti di Cura direttamente convenzionati con l'EMEC, l'Ente si fa integralmente carico dell'onere per il passaggio di classe o maggior comfort alberghiero. A carico dell'assistito rimangono solo le spese extra.

In forma INDIRETTA:

c) **in caso di ricovero in accreditamento con il SSN**

- a ogni associato viene riconosciuta una indennità giornaliera di euro 50,00;
- in caso di maggior comfort alberghiero o passaggio di classe in strutture non convenzionate, è previsto il rimborso del costo sostenuto. Sono escluse le spese extra non sanitarie.

d) **in caso di ricovero in libera professione**

in strutture sanitarie private o pubbliche, ogni associato avrà diritto al seguente rimborso giornaliero omnicomprendivo in base alla tipologia di ricovero:

Ricovero in MEDICINA

dal 1° al 8° giorno	fino a un massimo di euro 450,00 al giorno
dal 9° al 13° giorno	fino a un massimo di euro 300,00 al giorno
dal 14° al 18° giorno	fino a un massimo di euro 200,00 al giorno
dal 19° al 60° giorno	fino a un massimo di euro 100,00 al giorno

Ricovero di RIABILITAZIONE

dal 1° al 8° giorno	fino a un massimo di euro 300,00 al giorno
dal 9° al 13° giorno	fino a un massimo di euro 200,00 al giorno
dal 14° al 18° giorno	fino a un massimo di euro 100,00 al giorno
dal 19° al 60° giorno	fino a un massimo di euro 50,00 al giorno

Ricovero in CHIRURGIA

dal 1° al 8° giorno fino a un massimo di euro 300,00 al giorno
dal 9° al 13° giorno fino a un massimo di euro 200,00 al giorno
dal 14° al 18° giorno fino a un massimo di euro 100,00 al giorno
dal 19° al 60° giorno fino a un massimo di euro 50,00 al giorno

Per i soli ricoveri in chirurgia, oltre al rimborso giornaliero, viene riconosciuto il rimborso del 75% delle spese sostenute per i soli onorari dei medici specialisti direttamente coinvolti nell'intervento.

Ricovero in DAY HOSPITAL

Per il ricovero in "day hospital", limitato ad una sola giornata senza permanenza notturna, è previsto un rimborso giornaliero omnicomprensivo fino a un massimo di euro 450,00.

Ricovero in DAY SURGERY

Per il ricovero in "day surgery", limitato ad una sola giornata senza permanenza notturna, è previsto un rimborso del 75% delle spese sostenute per i soli onorari dei medici specialisti direttamente coinvolti nell'intervento.

È riconosciuto il rimborso della spesa per il trasporto in autoambulanza solo dal luogo di insorgenza a quello del ricovero (in ambito regionale di residenza) per un massimo di euro 300,00. Ciascun associato 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 rimborso che in ogni caso non potrà superare **euro 60.000 annui**.

Si ricorda che la richiesta di rimborso delle spese sostenute per ricovero e assistenza specialistica, corredata dalla relativa documentazione, deve essere inoltrata all'Ente, entro 30 giorni dal termine di ogni prestazione, ricovero o ciclo di cura. In caso di ritardo l'Ente si riserva di valutare l'ammissibilità della richiesta e la relativa entità del rimborso. Per la modalità e le limitazioni dell'assistenza si fa riferimento a quanto previsto rispettivamente all'art. 12 e all' art. 15 del vigente Regolamento.

ART. 27 - "ASSISTENZA RICOVERI" (cod. Emec 7)

Ricoveri

La formula Assistenza Ricoveri prevede l'assistenza per i ricoveri in: Medicina, Chirurgia, Riabilitazione, day hospital e day surgery effettuati in strutture sanitarie autorizzate pubbliche e private in Italia o all'estero. I ricoveri determinati dalla stessa patologia, o evento morboso, si intendono continuativi e considerati come unico ricovero anche se effettuati in momenti diversi dell'anno, o a cavallo d'anno, al fine del calcolo del rimborso.

In forma DIRETTA:

solo in caso di ricovero in accreditamento con il SSN o day hospital terapeutico presso Istituti di Cura direttamente convenzionati con l'EMEC, l'Ente si fa integralmente carico dell'onere per il passaggio di classe o maggior comfort alberghiero. A carico dell'assistito rimangono solo le spese extra.

In forma INDIRETTA:

e) **in caso di ricovero in accreditamento con il SSN**

in caso di maggior comfort alberghiero o passaggio di classe in strutture non convenzionate, è previsto il rimborso del costo sostenuto. Sono escluse le spese extra non sanitarie.

f) **in caso di ricovero in libera professione**

in strutture sanitarie private o pubbliche, ogni associato avrà diritto al seguente rimborso giornaliero omnicomprensivo in base alla tipologia di ricovero:

Ricovero in MEDICINA

dal 1° al 8° giorno fino a un massimo di euro 450,00 al giorno
dal 9° al 13° giorno fino a un massimo di euro 300,00 al giorno

dal 14° al 18° giorno fino a un massimo di euro 200,00 al giorno
dal 19° al 60° giorno fino a un massimo di euro 100,00 al giorno

Ricovero di RIABILITAZIONE

dal 1° al 8° giorno fino a un massimo di euro 300,00 al giorno
dal 9° al 13° giorno fino a un massimo di euro 200,00 al giorno
dal 14° al 18° giorno fino a un massimo di euro 100,00 al giorno
dal 19° al 60° giorno fino a un massimo di euro 50,00 al giorno

Ricovero in CHIRURGIA

dal 1° al 8° giorno fino a un massimo di euro 300,00 al giorno
dal 9° al 13° giorno fino a un massimo di euro 200,00 al giorno
dal 14° al 18° giorno fino a un massimo di euro 100,00 al giorno
dal 19° al 60° giorno fino a un massimo di euro 50,00 al giorno

Per i soli ricoveri in chirurgia, oltre al rimborso giornaliero, viene riconosciuto il rimborso del 75% delle spese sostenute per i soli onorari dei medici specialisti direttamente coinvolti nell'intervento.

Ricovero in DAY HOSPITAL

Per il ricovero in "day hospital", limitato ad una sola giornata senza permanenza notturna, è previsto un rimborso giornaliero onnicomprensivo fino a un massimo di euro 450,00.

Ricovero in DAY SURGERY

Per il ricovero in "day surgery", limitato ad una sola giornata senza permanenza notturna, è previsto un rimborso del 75% delle spese sostenute per i soli onorari dei medici specialisti direttamente coinvolti nell'intervento.

E' riconosciuto il rimborso della spesa per il trasporto in autoambulanza solo dal luogo di insorgenza a quello del ricovero (in ambito regionale di residenza) per un massimo di euro 300,00. Ciascun associato 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 rimborso che in ogni caso non potrà superare **euro 60.000 annui**.

Si ricorda che la richiesta di rimborso delle spese sostenute per ricovero e assistenza specialistica, corredata dalla relativa documentazione, deve essere inoltrata all'Ente, entro 30 giorni dal termine di ogni prestazione, ricovero o ciclo di cura. In caso di ritardo l'Ente si riserva di valutare l'ammissibilità della richiesta e la relativa entità del rimborso. Per la modalità e le limitazioni dell'assistenza si fa riferimento a quanto previsto rispettivamente all'art. 12 e all' art. 15 del vigente Regolamento.

ART. 28 - "SPECIALISTICA REGIONALE" (cod. Emec 24)

Prestazioni Specialistiche ambulatoriali

solo in forma INDIRETTA: possono essere effettuate presso strutture e medici privati e prevedono un rimborso in base al Tariffario dell'Ente approvato dal Consiglio di Amministrazione.

- n. 10 visite specialistiche
- analisi di laboratorio, ecografie, radiografie, ecodoppler
- accertamenti diagnostici strumentali
- n. 20 sedute di agopuntura
- n. 20 sedute di terapia fisica (escluso laser e magnetoterapia)
- n. 1 igiene dentale
- cure conservative odontoiatriche
- rimborso ticket del SSN, con l'esclusione di TAC e risonanza magnetica
- contributo per cure ortognatodontiche fino al 21° anno di età per un periodo massimo di 3 anni

Ogni associato optante per questa formula ha diritto di scegliere, annualmente, fra le prestazioni

elencate fino ad un **massimale annuo di euro 300,00** comprensivo dei rimborsi e calcolato a consuntivo sul costo di ogni singola prestazione secondo il Tariffario dell'Ente.

Si ricorda che la richiesta di rimborso delle spese sostenute per assistenza specialistica, corredata dalla relativa documentazione, deve essere inoltrata all'Ente 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 la relativa entità del rimborso. Per la modalità e le limitazioni dell'assistenza si fa riferimento a quanto previsto rispettivamente all'art. 12 e all' art. 15 del vigente Regolamento.

ART. 29 - "PRIMA ASSISTENZA" (cod. Emec 25)

"Prima Assistenza" è una copertura che prevede unicamente la possibilità di usufruire di tariffe agevolate; non dà diritto né a prestazioni sanitarie in convenzione diretta né ad alcun tipo di rimborso per spese sanitarie sostenute.

Gli associati, per usufruire dei tariffari dedicati, possono rivolgersi a:

- le strutture sanitarie convenzionate con EMEC, compresi gli odontoiatri e le strutture sanitarie che effettuano prestazioni a domicilio così come prestazioni infermieristiche;
- gli esercizi socio sanitari, come farmacie, sanitarie, ottiche, ortopedie, parafarmacie aderenti alla convenzione con EMEC.

L'interessato, sottoscrivendo l'iscrizione ad EMEC, diventa Socio a tutti gli effetti ed è tenuto a riconoscere una quota d'iscrizione una tantum e un contributo associativo deliberato annualmente dal Consiglio di Amministrazione da corrispondere in un'unica soluzione.

Il diritto all'assistenza decorre 36 ore dopo l'iscrizione e ha scadenza il 31 dicembre di ogni anno, con l'impegno al regolare pagamento del contributo associativo per un minimo di due anni solari. Una tessera nominativa consentirà l'accesso alla rete di strutture sanitarie convenzionate, con una apposita autorizzazione rilasciata da EMEC. Gli iscritti potranno usufruire di tutte le prestazioni di assistenza ambulatoriale comprese nel Regolamento a tariffe agevolate che verranno corrisposte dagli associati direttamente presso la Struttura in fase di accettazione con l'emissione della relativa fattura.

ART. 30 - DISPOSIZIONI FINALI

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



 051.6487500

 051.6487610

 348.5928958

 info@emecbo.it

 www.emecbo.it