Mutua di Assistenza Sanitaria integrativa e di servizi tra i soci e i dipendenti delle società appartenenti al sistema delle banche di credito cooperativo rappresentato da Federcasse

Società di Mutuo Soccorso

REGOLAMENTO ASSEMBLEARE DELLE PRESTAZIONI MUTUALISTICHE

Approvato dall'Assemblea dei Soci del 23 maggio 2024

TITOLO I
DISPOSIZIONI GENERALI

Articolo 1
(*Fonti della disciplina*)

1. Le prestazioni mutualistiche di CRAMAS sono regolate dalle seguenti fonti in ordine gerarchico:
a) lo statuto di CRAMAS (d'ora innanzi statuto);
b) il presente regolamento ai sensi dell'art. 30 dello statuto;
c) l'annuale deliberazione degli amministratori di CRAMAS (d'ora innanzi tariffario).

Articolo 2
(*Beneficiari delle prestazioni mutualistiche*)

1. Possono beneficiare delle prestazioni mutualistiche i soli soci ordinari di CRAMAS unitamente ai loro familiari conviventi così come richiamato all'articolo 4, commi 2 e 3 dello statuto.
2. Per familiare convivente si intende chi convive con il socio (così come risulta dal suo stato di famiglia) ed è suo coniuge, convivente more uxorio, figlia/o legittimo o naturale, genitore o minore affidato.
3. Per nucleo familiare si intende l'insieme delle persone di cui al comma precedente.
4. Qualsiasi variazione del nucleo familiare deve essere comunicata a CRAMAS entro trenta giorni dal suo verificarsi.

Articolo 3
(*Condizioni della convenzione*)

Le società appartenenti al sistema delle banche di credito cooperativo rappresentato da Federcasse, le società del Gruppo Bancario Iccrea e le altre società strumentali collegato al Credito Cooperativo possono stipulare una convenzione con CRAMAS per l'assistenza ai propri soci e/o dipendenti.
Per le Bcc devono verificarsi le seguenti condizioni:
a) la convenzione è promossa dalla competente federazione locale delle banche di credito cooperativo, se la società richiedente aderisce a tale federazione;
b) il consiglio di amministrazione della società richiedente ha deciso di sottoscrivere la convenzione;
c) gli interessati a diventare beneficiari delle prestazioni mutualistiche a seguito della stipula della convenzione siano di norma almeno trenta.

Articolo 4
(*Elenco dei beneficiari*)

1. Con la domanda di ammissione a socio presentata ai sensi dell'articolo 6 e 10 dello statuto, l'interessato chiede anche la sua iscrizione e quella dei suoi familiari nell'elenco dei beneficiari.
2. CRAMAS, subito dopo aver iscritto l'interessato nel libro dei soci e aver controllato la qualità dei familiari del socio, iscrive tutte queste persone fisiche nell'elenco dei beneficiari con data corrispondente a quella della predetta iscrizione nel libro dei soci.

Articolo 5
(*Periodo di godimento delle prestazioni mutualistiche*)

1. Il diritto alle prestazioni mutualistiche matura dopo sei mesi dall'iscrizione del beneficiario nel relativo elenco.
2. Il diritto alle prestazioni mutualistiche relative all'odontostomatologia e all'oculistica refrattiva matura dopo un anno dall'iscrizione del beneficiario nel relativo elenco.
3. I beneficiari neonati maturano il diritto alle prestazioni mutualistiche dalla loro nascita, sempreché il genitore iscritto ne abbia già maturato personalmente il diritto e provveda a richiederne l'iscrizione entro 30 giorni dalla nascita stessa ed al versamento del contributo associativo dovuto con decorrenza dal primo giorno del mese di nascita del figlio stesso.
Per le spese inerenti alla gravidanza e per quelle relative al parto, il periodo di carenza è esteso ai 280 giorni successivi all'iscrizione.

4. Conformemente all'articolo 9 dello statuto, il socio escluso e le persone fisiche a lui correlate perdono il diritto alle prestazioni mutualistiche dal giorno in cui l'esclusione ha avuto effetto.
5. Conformemente all'articolo 8 dello statuto il socio receduto e le persone fisiche a lui correlate perdono il diritto alle prestazioni mutualistiche dal giorno in cui il recesso ha avuto effetto, ovvero nel caso di cui al comma 6 del successivo articolo 10.
6. I familiari del socio deceduto possono continuare ad usufruire delle prestazioni mutualistiche senza soluzione di continuità purché si adeguino a quanto previsto dall'articolo 10 dello statuto.
7. I famigliari dei soci che già usufruiscono delle prestazioni della Cramas e che assumono la qualità di soci, continuano ad usufruire delle prestazioni mutualistiche senza soluzione di continuità.
8. Le variazioni all'elenco dei familiari producono effetto dal mese successivo a quello in cui la variazione è comunicata, data da cui scatta il calcolo del periodo di carenza, fatta salva l'iscrizione dei figli neonati per i quali non è previsto un periodo di carenza.

TITOLO II
PRESTAZIONI MUTUALISTICHE

Articolo 6
(*Tariffario*)

1. Il tariffario, che viene approvato dal Consiglio di amministrazione, fissa annualmente:
a) l'elenco delle prestazioni con i relativi importi ammissibili a rimborso;
b) i massimali per prestazioni ed i massimali annui, compreso l'importo della diaria di cui al successivo art.7;
c) le prestazioni straordinarie e l'assegno di solidarietà;
d) i diritti di segreteria ed eventuali franchigie;
e) l'elenco delle strutture convenzionate con relative modalità di accesso e rimborso.
2. Il Consiglio di amministrazione può promuovere programmi di informazione, prevenzione ed educazione sanitaria, fissandone modalità di accesso da parte dei soci e importi di spesa a carico di CRAMAS.

Le modifiche al Tariffario decorreranno dal 1° giorno del trimestre successivo a quello della delibera di approvazione da parte del Consiglio di amministrazione, previa pubblicazione sul sito internet della Cramas.

Articolo 7
(*Prestazioni ospedaliere in costanza di ricovero*)

1. In caso di ricovero presso una struttura sanitaria con spese a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, CRAMAS corrisponderà una diaria per ogni giorno di ricovero entro il massimale annuo, eventualmente differenziato in ragione della causa del ricovero.
2. In caso di ricovero presso struttura sanitaria con spese a carico del beneficiario, la CRAMAS erogherà un contributo, entro il massimale annuo, su:

a) retta di degenza;
b) spese relative alle cure e/o agli interventi chirurgici.

Articolo 8
(*Prestazioni aggiuntive*)

Le prestazioni extraospedaliere comprendono, secondo i limiti e le condizioni stabilite dal presente Regolamento e dal Tariffario delle Prestazioni di cui all'art.6 che precede:

- **Analisi e accertamenti diagnostici**
- **Visite Specialistiche**
- **Lenti da Vista (oftalmiche o corneali)**
- **Protesi ed ausili ortopedici**

- **Terapie fisiche, riabilitative e di psicoterapia**
- **Ambulanza**
- **Latte artificiale per neonati**
- **Spese di viaggio**
- **Ticket**
- **Assistenza domiciliare e/o ospedaliera**
- **Specialità medicinali**
- **Odontostomatologia**
- **Procreazione Medicalmente Assistita**

Articolo 9
(*Richiesta di rimborso*)

1.Qualsiasi richiesta di rimborso deve essere presentata dal beneficiario mediante uno degli appositi modelli predisposti da CRAMAS.
2. Il modulo, debitamente compilato e con i documenti ivi specificati nel Tariffario di cui all'art.6 che precede, deve pervenire a CRAMAS entro novanta giorni (elevati a centoventi in caso di presentazione di cartella clinica o di rimborso richiesto preventivamente ad altro Ente) dalla data di emissione della fattura o ricevuta fiscale di cui si chiede il rimborso. Ogni richiesta di rimborso deve essere accompagnata dalla prescrizione del medico con la certificazione della specifica patologia.

Per le eventuali richieste presentate oltre i termini di cui sopra, il Socio dovrà motivare le ragioni del ritardo e il Consiglio di Amministrazione potrà, a suo insindacabile giudizio, consentire l'erogazione del rimborso.

Dal nuovo codice di Deontologia Medica, si riporta il testo dell'art. 24: certificazione – Il medico è tenuto a rilasciare alla persona assistita certificazioni relative allo stato di salute che attestino in modo puntuale e diligente i dati anamnestici raccolti e/o i rilievi clinici direttamente constatati od oggettivamente documentati.

TITOLO III
CONTRIBUTI MUTUALISTICI ANNUALI

Articolo 10
(*Importi del contributo mutualistico annuale*)

1. Dal primo giorno del mese successivo a quello in cui è avvenuta l'iscrizione nell'elenco dei beneficiari è dovuto il contributo mutualistico annuale (ora innanzi contributo).
2. Gli importi dei contributi sono fissati annualmente nel tariffario e possono variare in ragione delle età dei beneficiari, della loro condizione socio-economica, dei servizi che si intendono beneficiare e del fatto che riguardino il socio o i suoi familiari.
3. Il versamento del contributo viene effettuato con cadenza trimestrale.
4. Il socio versa il proprio contributo e quello dei suoi familiari mediante disposizione di addebito permanente sul proprio conto corrente bancario.
5. Il contributo versato non è rimborsato in caso di morte, recesso, esclusione del socio o in caso di morte dei familiari.
6. Il contributo è versato all'inizio di ogni periodo di riferimento; in caso di mancato versamento del contributo nei termini previsti, le prestazioni sono immediatamente sospese e riprendono dopo il versamento di quanto dovuto.

Articolo 11
(*Esoneri del contributo*)

Oltre il 75° anno d'età, il contributo da parte dei soci titolari è dovuto solo per 5 anni, mentre continua ad essere dovuto dai familiari.

TITOLO IV
DISPOSIZIONI VARIE

Articolo 12
(*Eventi Revisioni e modifiche*)

Il Consiglio di amministrazione, qualora risulti necessario dall'andamento della gestione o da esigenze di bilancio nonché in conseguenza di leggi nazionali o regionali e dei conseguenti provvedimenti di carattere esecutivo ed interpretativo che introducano innovazioni alla normativa del Servizio Sanitario Nazionale, con incidenza diretta o indiretta sulle attività organizzative, regolamentari o patrimoniali della Società Mutua, ha la facoltà di deliberare, nel corso dell'anno, ampliamenti, integrazioni o variazioni delle prestazioni economiche in vigore e/o la modifica della misura dei contributi dovuti dagli iscritti, compresi quelli di cui all'articolo 11 che precede. Tale aumento decorrerà dal 1° giorno del trimestre successivo a quello della delibera di approvazione da parte del Consiglio di amministrazione, previa pubblicazione sul sito internet della Cramas.

Articolo 13
(Diritti di segreteria)

Per ogni fattura o pratica lavorata può essere applicata una quota fissa o percentuale a carico del socio quale diritto di segreteria. Misura, modalità e limiti di applicazione di eventuali diritti di segreteria sono determinati dal Consiglio di amministrazione e sono specificatamente indicati nel "tariffario" di cui all'art. 6 del presente Regolamento.

Articolo 14
(Esclusioni)

L'Intervento della Mutua non è previsto nei seguenti casi:

a) infortuni, malattie o menomazioni conseguenti a comportamenti volontari, quali l'abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti non a scopo terapeutico o di allucinogeni ovvero in conseguenza di proprie azioni delittuose, imprudenze o negligenze gravi nonché di partecipazione ad imprese temerarie, salvo il caso di atti compiuti dall'Assistito per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa, oltre che come conseguenza di guerre o insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
b) interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza;
c) ricoveri o prestazioni aventi finalità di carattere estetico, salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o interventi demolitivi avvenuti durante il periodo di assistenza, nei limiti delle classificazioni di intervento indicate nel Tariffario delle Prestazioni;
d) soggiorni in stabilimenti termali, soggiorni e convalescenza in case di riposo ancorché qualificate come Istituti di Cura;
e) spese per cure e/o ricoveri in conseguenza di infortunio o a seguito di eventi per i quali sussista la esclusiva responsabilità di terzi, ai sensi dell'Art. 2043 e seguenti del Codice Civile salvo quelli/e eventualmente rimaste a carico dell'assistito;
f) ricoveri durante i quali vengono compiuti "check-up" od accertamenti a solo scopo preventivo, salvo eventuali programmi di prevenzione promossi e organizzati dalla CRAMAS;
g) prestazioni sanitarie non effettuate da Medici o da paramedici abilitati all'esercizio dell'attività professionale, a norma delle disposizioni vigenti nonché le prestazioni fruite presso strutture prive di Direzione sanitaria, salvo nei casi in cui tali prestazioni siano eseguite da medici o paramedici abilitati;

h) spese sostenute per le prestazioni aggiuntive ordinarie di medicina generica, ambulatoriale o domiciliare quali: iniezioni, vaccinazioni ecc., salvo quelle espressamente previste dal Tariffario di cui all'art 6 che precede.

Disposizione transitoria

art. 15

(Soci di enti e organizzazioni del mondo del credito cooperativo che già usufruiscono dei servizi CRAMAS)

Per i dipendenti di Federcasse, Iccrea Holding e società partecipate, nonché delle BCC diverse dalla BCC di Roma che già usufruiscono del servizio mutualistico in base ad accordi storici, non si applica quanto previsto dell'art. 3 del presente Regolamento, riguardo alla necessità di convenzione preliminare.