

**REGOLAMENTO INTERNO**

**MUTUA INTEGRATIVA INTERNA**  
**FRA IL PERSONALE DELLA**  
**BANCA REGIONALE EUROPEA S.P.A.**

**ADESIONE ALLA MUTUA INTEGRATIVA INTERNA**

All'atto dell'iscrizione il Socio si impegna a non presentare le dimissioni per un periodo di cinque anni.

I Soci possono iscrivere alle prestazioni della Mutua Integrativa Interna i familiari **conviventi** dichiarati a carico.

L'iscrizione dei figli deve essere fatta entro 6 mesi dalla nascita, contestualmente alla richiesta del contributo di natalità.

Il periodo di carenza è pari al versamento di n. 6 quote mensili.

L'adesione deve avvenire mediante apposito modulo, allegando, in caso di iscrizione di familiari conviventi dichiarati a carico:

- uno "stato di famiglia"
- una fotocopia del cedolino stipendi oppure di Cud/730/Unico.

In caso di dimissione da socio non sarà più possibile una nuova iscrizione.

**CONTRIBUZIONE**

**Per il personale in servizio**

La quota sociale è pari allo 0,70% calcolato mensilmente sull'imponibile mensile ai fini previdenziali (FAP) con un minimo di 12 euro e un massimo di 35 euro.

**Familiari a carico**

Euro 6,50 mensile per ciascun familiare.

**Personale in quiescenza**

I Soci per mantenere l'appartenenza alla M.I.I., dovranno autorizzare l'addebito sul proprio conto corrente della quota associativa con pagamento mensile. L'importo si calcola prendendo come base la quota mensile trattenuta sull'ultima mensilità ordinaria moltiplicato per 13 e diviso per 12.

**DIRITTI DEI SOCI**

Il Socio potrà richiedere il rimborso delle spese sanitarie sostenute per sé e per i familiari a carico iscritti alla M.I.I. con le modalità previste dal presente Regolamento e per gli importi fissati dall'apposito Tariffario (riportato sulla cartella clinica) tempo per tempo vigente, tenuto conto del periodo di carenza.

**COMUNICAZIONI TRA SOCIO E MUTUA INTEGRATIVA INTERNA**

Il Socio deve comunicare alla M.I.I. **con segnalazione scritta** tutte le variazioni riguardanti i cambiamenti di indirizzo, il cambio di agenzia/ufficio come posto di lavoro, l'iban del conto corrente, il numero dei familiari a carico e le dimissioni.

Le variazioni che comportano modifiche alle quote contributive trattenute direttamente sugli stipendi (cioè quelle riguardanti il numero dei familiari a carico e/o le dimissioni) verranno trasmesse all'Ufficio Amministrazione del Personale della Banca a cura della M.I.I. **dopo la convalida.**

**PRESTAZIONI ( ART. 5 STATUTO)**

## POLIZZE SANITARIE

In presenza di polizze sanitarie collettive a favore di gruppi di Soci (ad es.: dipendenti in servizio, pensionati) sono ammesse al rimborso della Mutua Integrativa Interna solo le spese sostenute per prestazioni sanitarie **non coperte dall'assicurazione**.

Verranno respinte le richieste riguardanti spese sanitarie coperte da assicurazione ma non ammesse al rimborso dalle Compagnie perché **irregolari o carenti di documentazione** in base alle condizioni della polizza.

La M.I.I. è quindi **"integrativa"** delle polizze sanitarie per:

spese non coperte dalle polizze

tetti annui individuali per assistito (Socio o familiare) e non per **nucleo familiare**

copertura ad esaurimento dei tetti annuali per nucleo familiare delle polizze.

Nel solo caso in cui i rimborsi risultassero inferiori a quelli previsto dal Tariffario della M.I.I., il Socio potrà richiedere una integrazione dell'importo sino alla percentuale prevista dallo stesso.

La documentazione di spesa di parziale competenza della polizza sanitaria dovrà essere inviata alla M.I.I. soltanto **dopo** il rimborso dell'assicurazione, inoltrando in originale e fotocopia tutta la documentazione resa dalla Compagnia. Analogamente si dovrà procedere in caso di esaurimento dei tetti di polizza.

Poiché l'adesione alla POLIZZA SANITARIA PENSIONATI non è obbligatoria, come invece per i dipendenti in servizio, può capitare che alcuni pensionati non abbiano sottoscritto la suddetta polizza. Per questi ultimi, la M.I.I., dovendo garantire parità di trattamento con i Soci pensionati con polizza e i Soci dipendenti in servizio, rimborserà gli importi **decurtati** della eventuale quota erogabile dall'Assicurazione Pensionati.

## DOCUMENTAZIONE DI SPESA

Le richieste di rimborso devono essere inoltrate tramite cartella clinica, debitamente compilata in ogni sua parte e firmata dal Socio richiedente, alla quale allegare la documentazione caso per caso necessaria. La spesa verrà imputata all'esercizio economico/finanziario competente per data di ricevimento della cartella clinica.

Le cartelle non correttamente compilate od incomplete nei dati e/o nella documentazione, oppure mancanti della firma del Socio verranno **respinte**.

Dalla liquidazione di ciascuna Cartella verrà detratto **un importo fisso** ( già indicato nella cartella clinica) per recupero spese di Segreteria.

Di norma tutta la documentazione deve essere presentata in **ORIGINALE** ed in **FOTOCOPIA**.

La documentazione in **ORIGINALE** verrà successivamente resa al Socio, unitamente alla comunicazione di accredito degli importi.

### Visite mediche specialistiche e accertamenti diagnostici.

In caso di **prestazioni specialistiche private** deve essere chiaramente indicata la specializzazione del medico e riportata sulla ricevuta la diagnosi.

Per le **prestazioni effettuate presso le ASL e le Strutture convenzionate** la richiesta di rimborso per **visite ed esami** dovrà essere presentata con la fotocopia della prescrizione medica con l'indicazione della diagnosi.

Le visite pediatriche vengono riconosciute sino al compimento del quattordicesimo anno di età del paziente.

La prescrizione per **lenti ed occhiali** deve essere fatta dal medico oculista o da optometrista su apposito schema di variazione visus o altra necessaria correzione.

Il trattamento degli occhiali con lenti bifocali, oppure progressive, oppure due paia di occhiali (vicino e lontano), è da considerarsi parificato.

Restano sempre esclusi i rimborsi per rottura delle lenti e/o delle montature.

In assenza di ulteriori correzioni, sia le lenti a contatto che gli occhiali di cui sopra verranno rimborsati (vedi tariffario) una volta ogni due anni, ma sempre con prescrizione.

I giustificativi di spesa (ricevute o fatture) devono riportare il nome del percettore con il relativo codice fiscale e la descrizione delle prestazioni effettuate.

In particolare, per le **cure dentarie**, odontoiatriche o per le protesi, la fattura o la ricevuta deve riportare una descrizione dettagliata degli interventi eseguiti con i relativi importi parziali. Non sono liquidabile le fatture con indicato solo la dicitura acconto, senza la specifica degli interventi.

Per le **prestazioni infermieristiche** la ricevuta deve essere firmata e deve essere accompagnata da prescrizione medica.

**Per i farmaci** – di qualsiasi genere – occorrono:

-la **ricetta originale** riportante il nome del paziente ed il numero delle confezioni dei medicinali o l'indicazione "ripetibile", lo scontrino fiscale (applicato sulla ricetta originale in modo che sia ben leggibile tutto anche in fotocopia);  
-la **fotocopia della ricetta** con allegate in originale le fustelle della confezione (etichetta adesiva con indicato il nome del farmaco) perché solo la suddetta riporta la numerazione indicata sullo scontrino fiscale allegato in originale.

**Per i parafarmaci, dispositivi medici, integratori alimentari e preparazioni erboristiche** occorrono:

-la **ricetta originale e la fotocopia** riportante il nome del paziente ed il numero delle confezioni/attrezzature, lo scontrino fiscale (applicato sulla ricetta originale in modo che sia ben leggibile tutto anche in fotocopia);  
-allegare le confezioni o quant'altro serva ad identificare il materiale acquistato.

In caso di preparazioni di laboratorio (es. vaccini, medicinali omeopatici), produrre la documentazione di laboratorio.

Il **TICKET** sui medicinali **non viene rimborsato**. Sono considerate ticket tutte le spese sostenute per quei farmaci dispensati dal S.S.N. per i quali **il farmacista trattiene la fustella** e che di solito sono indicati sullo scontrino con le voci "TICKET", "RICETTA", "QUOTA RICETTA".

Si ricorda che le ricette "ripetibili" valgono per un periodo **massimo di TRE MESI**, anche se alcune farmacie le accettano oltre il termine.

#### **Cure fisiche e terapeutiche.**

Per le cure fisiche e terapeutiche la ricevuta deve essere firmata da professionista del settore, compreso osteopata, e deve essere accompagnata da prescrizione medica.

Per tutto quanto non previsto dal Regolamento e dal Tariffario il Consiglio Direttivo si riserva di prendere in esame, di volta in volta, i casi sottoposti dai Soci e deliberare eventualmente il diritto al rimborso e la misura dello stesso.