

SERVIZI SANITARI DI BASE

REGOLAMENTO SUSSIDI MEDICO-SANITARI

PREMESSA

La richiesta di Sussidio deve essere presentata attraverso l'Area Riservata del Sito www.centromarcamutua.it, nella quale si può accedere tramite le credenziali ricevute al momento dell'ammissione a Socia o Socio ovvero richiedibili in qualunque momento dalla sezione del sito <https://www.centromarcamutua.it/soci/riconoscimento>; In subordine l'Associata o l'Associato può inviare tramite e-mail la documentazione richiesta dal presente regolamento all'indirizzo segreteria@centromarcamutua.it. Da ultimo l'Associata o l'Associato potrà inviare la documentazione cartacea (non inviare originali ma solo fotocopie) in busta chiusa presso la sede della Mutua: Via Riccardo Selvatico, 2 - 31100 Treviso (TV).

ART. 1 – ASSISTITI

I sussidi medico-sanitari di cui al presente regolamento sono prestati esclusivamente a favore delle Socie e dei Soci regolarmente iscritti a **CentroMarca Mutua**, in seguito per brevità denominata *Mutua*. I familiari delle Socie e dei Soci sono esclusi dai sussidi di cui al presente regolamento.

ART. 2 – SUSSIDI MEDICO-SANITARI

La *Mutua* rimborsa le spese sostenute dalla Socia e dal Socio nei limiti di seguito indicati per le seguenti prestazioni dovute a malattia o infortunio:

TABELLA SUSSIDI MEDICO-SANITARI

	Prestazioni	SUSSIDI Importo rimborsato %	MASSIMALI Massimale annuo
1	Visite mediche specialistiche c/o convenzionati (esclusi odontoiatri)	60 % della fattura	€ 200,00
	Visite mediche specialistiche c/o NON convenzionati (esclusi odontoiatri)	50 % della fattura	
2	Esami clinici, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici c/o strutture convenzionate	60 % della fattura	€ 200,00
	Esami clinici, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici c/o strutture NON convenzionate	50 % della fattura	
3	Trattamenti termali c/o centri termali convenzionati	60 % della fattura	€ 200,00
	Trattamenti termali c/o centri termali NON convenzionati	50 % della fattura	

I rimborsi delle spese sostenute per le prestazioni di cui alla tabella sopra riportata sono dovuti sia nel caso in cui le prestazioni siano richieste ad una struttura operatore convenzionato del Network Sanitario COMIPA, Consorzio tra Mutue Italiane di Previdenza e Assistenza, sia nel caso in cui si utilizzino strutture/operatori NON convenzionati.

I rimborsi delle spese per le prestazioni di cui alla tabella sopra riportata erogati da Ospedali Pubblici o Enti Convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale sono dovuti solo per le prestazioni in regime di libera professione (intramoenia).

I ticket inerenti alle prestazioni sanitarie erogate dal Servizio Sanitario Nazionale non sono rimborsabili.

I sussidi sono dovuti solo se la Socia o il Socio è in regola con il pagamento della quota di ammissione e dei contributi associativi annuali, decorrenti dalla data di ammissione a Socio, e nel limite annuale massimo indicato nelle tabelle di cui al presente articolo,

I sussidi sono prestati indipendentemente dalle condizioni di salute degli Assistiti; pertanto, i sussidi sono dovuti anche nei casi di ricadute inerenti a situazioni patologiche preesistenti alla decorrenza delle garanzie.

ART. 3 – DEFINIZIONE DI ESERCENTE CONVENZIONATO E DI ESERCENTE NON CONVENZIONATO

È “esercente convenzionato” lo studio medico, il centro polispecialistico, il centro diagnostico, la clinica, più in generale ogni struttura sanitaria che abbia sottoscritto apposita convenzione con il Comipa, vale a dire il Consorzio tra Mutue Italiane di Previdenza e Assistenza a cui la *Mutua* aderisce.

Con l'accordo stipulato tra “esercente convenzionato” e Comipa, le Socie e i Soci di ogni *Mutua* aderente beneficiano di un trattamento di favore nella fruizione dei servizi erogati dalle strutture e dai professionisti convenzionati, oltre a poter richiedere l'eventuale liquidazione dei sussidi indicati nell'art. 2 del presente regolamento.

Per “esercente non convenzionato” si intende, invece, lo studio medico, il centro polispecialistico, il centro diagnostico, la clinica, più in generale ogni struttura sanitaria che non abbia sottoscritto apposita convenzione con il Comipa.

ART. 4 – LIMITI AI SUSSIDI SANITARI

I sussidi non sono dovuti se dipendenti da:

- le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti all'accoglimento della domanda di ammissione a Socia o Socio, in particolare artroprotesi e sostituzione di impianti protesici. In caso di intervento di correzione della miopia, la garanzia opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 4 diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 diottrie.
- la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- le cure per stati patologici correlati dall'infezione HIV;
- le cure per malattie degenerative del sistema nervoso (es.: morbo di Alzheimer, sclerosi multipla, morbo di Parkinson);
- le protesi dentarie ed ortodontiche, le cure dentarie e del paradonzio, gli interventi preprotesici e di implantologia. La presente esclusione è operante salvo nel caso di infortunio, caso in cui le richieste di rimborso (avanzate a questo titolo) devono essere accompagnate dal certificato di pronto soccorso ospedaliero o di analoga struttura ospedaliera da cui risulti il danno subito;
- le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
- gli interventi chirurgici;
- ticket SSN;
- prestazioni di pronto soccorso;
- spese di gestione della struttura sanitaria;
- marca da bollo su documenti;
- visite per idoneità sportiva, visite per rilascio patenti di guida;
- spese per cartelle cliniche;
- le prestazioni mediche aventi esclusivamente finalità di controllo;
- gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
- le prestazioni mediche relative a ricoveri causati dalla necessità dell'Assistito di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assistito che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
- il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;

- gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
- gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assistito;
- le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- le epidemie aventi caratteristica di pandemia (dichiarata da OMS), di gravità e virulenza tale da comportare una elevata mortalità ovvero da richiedere misure restrittive al fine di ridurre il rischio di trasmissione alla popolazione civile. A solo titolo esemplificativo e non limitativo: chiusura di scuole e aree pubbliche, limitazione di trasporti pubblici in città, limitazione al trasporto aereo;
- le quarantene;
- le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
- le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

ART. 5 – DECORRENZA DELLE GARANZIE - TERMINI DI ASPETTATIVA

I sussidi di cui al presente regolamento decorrono dalle ore 24:00 del **60esimo** giorno successivo all'accoglimento della domanda di ammissione a Socia e Socio e pagamento della quota di ammissione e del contributo associativo annuo.

Le spese o richieste di rimborso riferite ad eventi antecedenti alla data di ammissione non sono rimborsabili. La Socia e il Socio potranno richiedere il relativo rimborso unicamente se l'evento (per evento si intende: visita specialistica, esame clinico, accertamento diagnostico, trattamento fisioterapico o termale) si è verificato dopo i 60 giorni rispetto all'accoglimento della domanda di ammissione.

Per le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio i sussidi di cui al presente regolamento decorrono dalle ore 24:00 del **60esimo** giorno successivo all'accoglimento della domanda di ammissione a Socio e pagamento della quota di ammissione e del contributo associativo annuo.

Negli anni successivi al primo l'erogazione dei sussidi non ha luogo se il contributo associativo non è stato regolarmente pagato alla scadenza annuale. In caso di morosità il diritto alle prestazioni cessa e si ripristina alle ore 24:00 del **60esimo** giorno successivo al pagamento delle quote arretrate. Le visite specialistiche, gli esami ed accertamenti diagnostici e le altre assistenze previste eseguite durante il periodo di morosità non possono essere oggetto di sussidi qualunque sia la causa del ritardato pagamento.

ART. 6 – DURATA DELLA COPERTURA

La copertura ha durata annuale e scade alle ore 24:00 della ricorrenza annuale del giorno di ammissione a Socio.

ART. 7 - CRITERI E PROCEDURE DI LIQUIDAZIONE

L'erogazione dei sussidi previsti dal presente regolamento avviene dietro presentazione della relativa domanda di pagamento alla Mutua.

La domanda di pagamento deve essere redatta in conformità ai modelli predisposti dalla Mutua e firmata dal beneficiario. La presentazione del modulo, da parte di persona delegata, deve essere accompagnata da un documento di identità della Socia o del Socio beneficiario del rimborso. Il sussidio viene accreditato sul conto corrente bancario indicato dalla Socia o dal Socio della Mutua in fase di ammissione, salvo successiva comunicazione di avvenuta variazione del numero di conto corrente. Sono esclusi dal rimborso l'imposta di bollo e i costi previdenziali o costi aggiuntivi (es. costi di segreteria) eventualmente applicati sulle fatture.

Le richieste di pagamento devono pervenire alla Mutua entro **90 giorni** dalla prestazione (verrà presa in considerazione la data riportata sul giustificativo fiscale presentato). Nessun rimborso spetterà alla Socia e al Socio che presenterà la domanda trascorso tale termine.

La richiesta di pagamento per il rimborso delle spese sanitarie dovrà essere accompagnata da:

- ✓ Prescrizione del medico di base o del medico specialista riportante la patologia/infortunio che ha causato la richiesta di prestazione;
- ✓ La fattura pagata per la prestazione medico-sanitaria erogata (visita specialistica, esame clinico, accertamento diagnostico, trattamento fisioterapico o termale).

La Socia o il Socio devono consentire eventuali verifiche sulla documentazione trasmessa in copia, controlli medici disposti dalla Mutua e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti alla patologia/infortunio denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

In caso di morte del beneficiario gli eredi sottoscriveranno il modulo di richiesta rimborso, allegando il certificato di morte e la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dei legittimi eredi con indicazione delle modalità di pagamento.

ART. 8 – RIMBORSO DA ALTRI SOGGETTI

La *Mutua*, in caso di presentazione da parte della Socia o del Socio o dei suoi aventi causa di documenti di spesa precedentemente rimborsati da altra cassa mutua, assicurazione o simile, rimborsa tali spese in base alla percentuale prevista dall'articolo di riferimento, fino alla concorrenza del 100% delle medesime tenuto conto di quanto già rimborsato, secondo le previsioni di legge.

La Socia, il Socio o i suoi aventi causa che abbiano avanzato richieste di rimborso per le medesime spese nei confronti di terzi (assicurazioni o soggetti privati), avendo ottenuto ristoro, devono darne tempestiva comunicazione alla *Mutua* in modo da consentire alla stessa il rimborso delle spese sanitarie fino alla concorrenza del 100% della spesa tenuto conto di quanto già rimborsato.

Nel caso in cui la *Mutua* rimborsi la spesa sanitaria prima degli altri soggetti (assicurazioni o soggetti privati) nei confronti dei quali il Socio vanta simili diritti di rimborso, è responsabilità della Socia o del Socio di informare gli uffici liquidativi degli altri enti del rimborso ottenuto attraverso la *Mutua* sulla spesa sostenuta, non potendo in nessun caso la *Mutua* può essere chiamata a rifondere danni subiti dagli altri enti per la mancata o scorretta comunicazione della Socia o del Socio con riferimento a tale rimborso.

ART. 9 - GESTIONE MUTUALISTICA

In base alle risultanze di bilancio il Consiglio di Amministrazione della *Mutua* apporterà variazioni alle condizioni previste nella presente normativa, compreso il contributo associativo annuale. Dette variazioni saranno attuate con l'inizio dell'esercizio successivo. La comunicazione delle predette variazioni avviene entro e non oltre il 15 dicembre di ciascun anno.

ART. 10 - DISPOSIZIONI ESECUTIVE

L'Associato è tenuto ad osservare le norme di funzionamento e le disposizioni di attuazione del presente regolamento emanate dal Consiglio di Amministrazione della *Mutua* e portate a conoscenza della Socia e del Socio.

La Socia o il Socio, con la sottoscrizione della domanda di ammissione alla *Mutua*, si impegna all'osservanza delle presenti norme regolamentari.

Regolamento in vigore dal 1° aprile 2026

Approvato dal Consiglio di Amministrazione in data 19 febbraio 2026