

REGOLAMENTO RIMBORSO SPESE MEDICO SANITARIE



**METAURO
MUTUA ETS**

REGOLAMENTO RIMBORSO SPESE MEDICO SANITARIE

PREAMBOLO

In attuazione dell'articolo 5 dello Statuto e ai sensi dell'articolo 5 del Dlgs. 117/2017 (Codice del Terzo Settore) l'associazione, nel perseguimento di finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale, si impegna ad assistere gli associati mediante l'organizzazione di attività aventi ad oggetto interventi e prestazioni sanitarie. In particolare, l'associazione prevede l'erogazione di sussidi nella forma di rimborso delle spese medico sanitarie.

Il Consiglio di Amministrazione della Mutua approva il presente regolamento.

ART. 1 BENEFICIARI

I rimborsi di cui al presente regolamento sono prestati esclusivamente a favore degli associati regolarmente iscritti a Mettauro Mutua ETS e dei loro familiari (come definito al punto 7 del Regolamento Generale), in seguito per brevità denominata Mutua.

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

ART. 2 RIMBORSO DELLE SPESE MEDICO SANITARIE

La Mutua rimborsa le spese medico sanitarie sostenute dall'associato e/o dai loro familiari per prestazioni dovute a malattie o infortunio, nei limiti e secondo le categorie di seguito indicate:

	PRESTAZIONI	SUSSIDI RIMBORSO %	MASSIMALE ANNUO
1	Visite mediche specialistiche c/o convenzionati (escluse spese odontoiatriche)	40 % della fattura	200,00 €
	Visite mediche specialistiche c/o NON convenzionati (escluse spese odontoiatriche)	10 % della fattura	
2	Esami clinici, accertamenti diagnostici in c/o strutture convenzionate	40 % della fattura	200,00 €
	Esami clinici, accertamenti diagnostici in strutture NON convenzionate	10 % della fattura	
3	Trattamenti fisioterapici e trattamenti termali c/o centri termali convenzionati	20 % della fattura	100,00 €
	Trattamenti fisioterapici e trattamenti termali c/o centri termali NON convenzionati	10 % della fattura	

Presentazione della richiesta di rimborso

L'erogazione di rimborsi per spese medico sanitarie avviene dietro presentazione di specifica richiesta alla Mutua, mediante una delle seguenti modalità:

1. Modalità Online

Il Socio può presentare la richiesta di rimborso accedendo all'Area Riservata del sito internet della Mutua o tramite APP ufficiale, selezionando la sezione "Rimborsi" e compilando il modulo digitale "Richiesta di rimborso sanitario".

La procedura prevede:

- Inserimento dei dati della prestazione (data, tipologia, struttura, causale);
- Caricamento della documentazione richiesta in formato PDF o immagine.
- Conferma dell'invio tramite pulsante "Trasmetti".
- Ricezione automatica di conferma via e-mail.

2. Modalità Cartacea

Il Socio può presentare la richiesta compilando il modulo cartaceo disponibile sul sito della Mutua nella sezione “Modulistica”. Il modulo, unitamente agli allegati richiesti, deve essere:

- Preferibilmente prima scannerizzato (formato pdf o immagine) e spedito via e-mail all'indirizzo indicato (soluzione incoraggiata);
- Oppure consegnato in busta chiusa presso le filiali.

In caso di presentazione da parte di persona delegata, è necessario allegare:

- Documento d'identità del Socio;
- Delega firmata dallo stesso.

Il sussidio viene accreditato sul conto corrente bancario indicato dal Socio della Mutua in fase di ammissione, salvo successiva comunicazione di avvenuta variazione del numero di conto corrente.

Quali documenti è necessario presentare

La richiesta di rimborso deve essere accompagnata da:

- Fattura pagata per la prestazione medico-sanitaria erogata con relativa descrizione (visita specialistica, esame clinico, accertamento diagnostico, trattamento fisioterapico o termale) e indicazione dello specialista che ha effettuato la prestazione.

Termini di presentazione della documentazione

La richiesta di rimborso deve pervenire alla Mutua entro 120 giorni dall'esecuzione della prestazione e comunque entro il 31/12 dell'anno di riferimento. Nessun rimborso spetterà al Socio che presenterà la domanda trascorso tale termine. Qualora la richiesta sia presentata oltre il 31/12 ma entro 120 giorni dalla prestazione, il rimborso verrà erogato decurtando il massimale dell'anno successivo.

Limitazioni ed esclusioni

I rimborsi delle spese sostenute per le prestazioni di cui ai punti 1, 2, 3 del presente articolo sono dovuti sia nel caso in cui le prestazioni siano erogate da una struttura/operatorere convenzionato del Network Sanitario COMIPA, Consorzio tra Mu-tue Italiane di Previdenza e Assistenza (elenco consultabile sul sito internet della Mutua alla pagina “Convenzioni”) sia nel caso in cui si utilizzino strutture/operatori non convenzionati, secondo la percentuale di rimborso di cui alla tabella di cui al presente articolo. Non sono rimborsabili:

- i ticket inerenti le prestazioni sanitarie erogate dal Servizio Sanitario Nazionale;
- le prestazioni odontoiatriche;
- le prestazioni riguardanti l'esecuzione di interventi chirurgici di ogni tipo ovvero di trattamenti di cura di patologie accertate;
- le prestazioni riguardanti medicine non convenzionali/alternative (omeopatia; ayurvedica; agopuntura, fitoterapia; antroposofica), in generale qualsiasi terapia non riconosciuta dalla medicina ufficiale;
- i 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;
- 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;

ART. 3 RIMBORSO DA ALTRI SOGETTI

La Mutua, in caso di presentazione da parte dell'associato o dei suoi aventi causa di documenti di spesa precedentemente rimborsati da altra cassa mutua, assicurazione o simili, rimborsa tali spese in base alla percentuale prevista dalla tipologia di prestazione di riferimento, fino alla concorrenza del totale delle spese effettivamente rimaste a carico, tenuto conto di quanto già rimborsato.

L'associato o i suoi aventi causa che abbiano avanzato richieste di rimborso per le medesime spese nei confronti di terzi (assicurazioni o altri soggetti privati), avendo ottenuto ristoro, devono darne comunicazione alla Mutua, contestualmente alla presentazione della richiesta di rimborso.

Nel caso in cui la Mutua rimborsi la spesa sanitaria prima degli altri soggetti (assicurazioni o soggetti privati) nei confronti dei quali l'associato vanti simili diritti di rimborso, è responsabilità dell'associato informare gli uffici liquidativi degli altri enti del rimborso ottenuto attraverso la Mutua, non potendo in nessun caso la Mutua esser chiamata a rifondere l'indebito.

ART. 4 DEFINIZIONE DI ESERCENTE CONVENZIONATO E DI ESERCENTE NON CONVENZIONATO

Per "esercente convenzionato" si intende lo studio medico, il centro polispecialistico, il centro diagnostico, la clinica e 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, gli associati di ogni Mutua 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 rimborsi 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 e più in generale ogni struttura sanitaria che non abbia sottoscritto apposita convenzione con il Comipa.

ART. 5 DECORRENZA DELLE GARANZIE | TERMINI DI ASPETTATIVA

I sussidi e rimborsi di cui al presente regolamento decorrono dalle ore 24:00 dall'accoglimento della domanda di ammissione e al pagamento della quota di ammissione e del contributo associativo annuo.

ART. 6 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 dell'associato. L'associato, con la sottoscrizione della domanda di ammissione alla Mutua, si impegna all'osservanza delle presenti norme regolamentari.

Regolamento in vigore dal 01/01/2026

Approvato dal Consiglio di Amministrazione in data 12/11/2025

METAURO MUTUA ETS

Via G. Matteotti Orciano, 4 – 61038 Terre Roveresche (PU)
www.metauromutua.it – info@metauromutua.it