TABELLA RIASSUNTIVA DELLE PRESTAZIONI

TIPO DI PRESTAZIONE	Percent. di rimborso	Importo massimo di rimb.	Massimale annuo socio	Massimale annuo per nucleo fam
Art. 1				
Visite specialistiche	25%	max € 50	€ 100,00	€ 150,00
Esami strumentali	25%	max € 50	€ 100,00	€ 150,00
Psicoterapia terapia antal Logopedia	25%		€ 100,00	€ 150,00
agopuntura - ossigeno oz. terapia				
Cicli onde d'urto	25%		€ 100,00	€ 150,00
Terapia sclerosante- mesoterapia	25%		€ 100,00	€ 150,00
Art. 2				
Farmaci classe C - omeopatici	25%		€ 100,00	€ 150,00
vaccini e presidi allergologici				
Art. 3				
Assistenza ospedaliera	parte normativa			
Art. 4				
Visite e trattamenti podologici	20%		€ 100,00	€ 150,00
Art. 5				
Cure odontoiatriche - ortodontiche	10%	1 volta e 1/2 la quota		
Art. 6				
Assistenza oculistica	25%	tariffario	€ 100,00	€ 150,00
Montature	25%		€ 21,00	
Lenti a contatto	25%		€ 100,00	
Art. 7				
Apparecchi acustici	25%		€ 150,00	
Art. 8				
Presidi ortopedici	25%		€ 100,00	€ 150,00
calze elastiche 140 den-18mmhg (2p.)	(max € 21)			
fasce elastiche 2 annue	(max € 10)			
Art. 9				
Cure riabilitative portatori handicap	25%			€ 150,00

TABELLA RIASSUNTIVA DELLE PRESTAZIONI

TIPO DI PRESTAZIONE	Percent. di rimborso	Importo massimo di rimb.	Massimale annuo socio	Massimale annuo per nucleo fam
Art. 10				
Fisiokinesiterapia - correttivi	20%		€ 100,00	€ 150,00
Art. 11				
Interventi di carattere straordinario	parte normativa			
Art. 12				
Trasporto ambulanza	25%		€ 100,00	
Art. 13				
Cessazione rapporto associativo	parte normativa			
Art. 14				
Tickets - analisi laboratorio	25%		€ 100,00	€ 150,00

TABELLA di RIMBORSO sulle LENTI per OCCHIALI - Tariffario A

DIOTRIE	Assosi-metriche	Astigmatiche cilindro 0,25-2	Astigmatiche cilindro 2,25-4	Bifocali Assosi-metriche	Bifocali cilindro 0,25-2	Bifocali cilindro 2,25-4
0,25 – 2	€ 27	€ 32	€ 40	€ 58	€ 83	€ 114
2,25 – 4	€ 32	€ 36	€ 45	€ 76	€ 97	€ 128
4,25 – 6	€ 36	€ 43	€ 55	€ 104	€ 115	€ 146
6,25 - 8	€ 49	€ 54	€ 60	€ 115	€ 128	
8,25 – 10	€ 59	€ 66	€ 84			

La tabella non comprende il costo della montatura valutata in € 21,00

Avvertenze ai soci:
I rimborsi sono effettuati solo su presentazione di idonea documentazione di spesa (fattura/scontrino fiscale).
TETTO MASSIMO di rimborso per anno solare e per nucleo familiare:
1 volta e 1/2 la quota versata

Ogni richiesta di rimborso deve essere **tassativamente** presentata entro **90 GIORNI** dalla data della documentazione (fattura/notula/scontrino)
Decorso il termine la domanda non verrà più presa in considerazione.

ORARI DI SPORTELLO

SEDE DI VALDAGNO

MARTEDI' MERCOLEDI' VENERDI' 09,30 - 12,30
17,00 - 18,45

Via V. Bellini n. 6 - 36078 VALDAGNO (VI)
Tel./Fax 0445/431228
email: info@cassamutuamarzotto.it

SEDE DI SCHIO

MERCOLEDI' 09,00 - 12,00 15,00 - 18,00

Via Gradinata S.Rocco n. 3 - 36015 SCHIO (VI)
cell. 3512184998

SITO WEB : www.cassamutuamarzotto.it

TABELLA

RIASSUNTIVA

DELLE PRESTAZIONI

ANNO 2024

Approvato dal Consiglio di Amministrazione il 22/02/2024