

SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO  
**CESAREPOZZO**  
servizi d'integrazione sanitaria



# Salute Coop di Più Extra

Prestazione riservata ai soci Coop Liguria

**Società nazionale di mutuo soccorso Cesare Pozzo**  
[www.mutuacesarepozzo.org](http://www.mutuacesarepozzo.org)

# Salute Coop di più Extra

Contributo associativo annuo - **Euro 204,00**

L'iscrizione alla prestazione aggiuntiva Salute Coop di Più extra può essere richiesta da tutti i soci che all'atto della domanda di adesione risultino iscritti alla Prestazione base Salute Coop di più.

## ALLEGATO AL REGOLAMENTO

### 1 - Integrazione dei sussidi

1.1 Al socio, per se stesso o per un suo avente diritto, è riconosciuto un sussidio per le spese sostenute in relazione a:

- a) visite specialistiche, esami diagnostici strumentali, esami di laboratorio;
- b) acquisto lenti per occhiali o lenti a contatto;
- c) acquisto presidi sanitari o protesi.
- d) assistenza pediatrica

1.2 I sussidi di cui al precedente punto si intendono concessi per spese documentate e secondo i massimali stabiliti nel tariffario allegato.

1.3 Per i nuclei familiari con più soci aderenti alla prestazione Salute Coop di Più extra, i sussidi e servizi per gli aventi diritto spettano a uno solo dei soci (art. 2.5 del Regolamento).

### 2 - Visite specialistiche - Esami diagnostici strumentali - Esami di laboratorio

2.1 Sono rimborsabili le spese sostenute dal socio o da un suo avente diritto, per visite specialistiche, esami diagnostici strumentali, esami di laboratorio effettuati presso le strutture sanitarie private con le modalità stabilite nel tariffario allegato.

2.2 Il sussidio non è concesso per le prestazioni inerenti l'Odontoiatria, l'Ortodonzia, la Medicina legale, la Medicina dello sport, la Medicina del lavoro, la Medicina estetica, il rilascio di patenti, brevetti e abilitazioni, l'Omeopatia, la Medicina olistica, la Chiropratica, la Iridiologia e comunque in generale tutte le terapie. Sono inoltre escluse e quindi non riconosciute le visite specialistiche effettuate da soggetti non in possesso di laurea in Medicina e Chirurgia.

2.3 Nella presente prestazione non sono erogati i sussidi per i seguenti esami diagnostici:

- angiografia;
- risonanza magnetica nucleare (Rmn)
- scintigrafia;
- tomografia ad Emissione di Positroni (Pet)
- tomografia assiale computerizzata (Tac)
- ecocardio-colordoppler;
- ecocardiogramma;
- doppler - ecodoppler;
- elettromiografia;
- mammografia.
- mineralometria ossea computerizzata

### 3 - Lenti per occhiali

3.1 Sono rimborsabili le spese sostenute dal socio, o da un suo avente diritto, per l'acquisto di due lenti per occhiali da vista o due lenti a contatto con le modalità stabilite nel tariffario allegato.

3.2 Il rimborso viene concesso solo a seguito di prescrizione da parte del medico specialista o dell'ottico optometrista che indichi la patologia e il difetto visivo per i quali si rende necessario l'uso degli occhiali o lenti a contatto.

Non sono riconosciute le prescrizioni che non siano strettamente riconducibili a motivazioni patologiche o funzionali dell'apparato visivo. La prescrizione del medico o dell'ottico optometrista verrà valutata, con giudizio insindacabile, dalla Commissione medica della Società.

3.3 Il sussidio non è concesso per lenti a contatto usa e getta.

3.4 Il sussidio spetta non più di una volta ogni quattro anni solari fatto salvo quando previsto dal successivo articolo 3.5.

3.5 Il sussidio spetta comunque non più di una volta nell'anno solare per gli aventi diritto con età inferiore a 12 anni e non più di una volta ogni due anni solari in tutti gli altri casi.

Successivamente alla prima volta il contributo spetta a condizione, accertata dal medico specialista o dall'ottico optometrista, che sia intervenuta una variazione dello stato dell'apparato visivo pari o superiore a mezza diottria.

### 4 - Acquisto protesi o presidi sanitari

4.1 Sono rimborsabili le spese sostenute dal socio o da un suo avente diritto per il ripristino della funzionalità fisica, per correzione di menomazioni fisiche, per l'acquisto di protesi o per presidi sanitari fino alla concorrenza stabilita nel tariffario allegato.

4.2 La necessità di presidi sanitari o di protesi dovrà essere certificata da prescrizione medica che ne documenti anche la patologia per cui si rende necessario l'uso.

4.3 Sono escluse dal rimborso le spese per le eventuali parti aggiuntive, le riparazioni, le pile per il funzionamento, i materiali d'uso.

Sono parimenti escluse le protesi per odontoiatria, ortodonzia, e comunque ogni forma di protesi di tipo odontoiatrico e di tipo estetico.

## **5 - Assistenza pediatrica**

5.1 Sono rimborsabili le spese sostenute dal socio, per i figli entro un anno di vita, per l'acquisto di farmaci, presidi e prodotti sanitari, omogeneizzati, pannolini, latte artificiale, purché acquistati presso un negozio di Coop o Ipercoop Liguria.

## **6 - Periodo di carenza**

6.1 Per acquisire il diritto ai sussidi, il periodo di carenza è di 120 giorni a decorrere dalla data di collocazione nella prestazione aggiuntiva. Per le protesi acustiche il periodo di carenza è elevato a 730 giorni decorrente sempre a norma del precedente capoverso. Per l'assistenza pediatrica il periodo di carenza è elevato a 270 giorni decorrente sempre a norma del primo capoverso.

Fermo restando quanto specificato nel primo capoverso in merito al periodo di carenza, il sussidio per le lenti per occhiali comunque non spetta per il primo anno solare di adesione.

## **7 - Documentazione a corredo della richiesta di sussidio o servizio**

7.1 Tutta la documentazione di spesa deve essere prodotta in originale o in fotocopia ed essere fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge.

La documentazione in fotocopia deve essere autenticata dalle Sedi regionali della Società, previa visione dell'originale, o dagli ufficiali pubblici competenti.

La documentazione non verrà restituita.

7.2 Le richieste di sussidio devono presentare regolare documento di spesa (fattura, fattura/ricevuta fiscale, nota, parcella) contenente:

- a) indicazioni dell'assistito (socio o familiare avente diritto);
- b) indicazioni dell'emittente (nome, cognome, residenza o domicilio, numero di partita Iva) con qualifica professionale;
- c) data di emissione;
- d) numero e descrizione dettagliata delle prestazioni. Le fatture relative alla fornitura di occhiali devono riportare l'importo delle lenti separatamente da quello della montatura;
- e) indicazioni di quietanza.

7.3 Ad ogni richiesta di sussidio per esami diagnostici strumentali, esami di laboratorio, acquisto presidi sanitari o protesi, in regime privato e/o intramurale è obbligatorio allegare la prescrizione medica.

## **8 - Termine della presentazione della richiesta di sussidio**

8.1 La richiesta di sussidio può essere presentata con le seguenti scadenze:

- a) una sola volta per anno solare
- b) in qualsiasi momento dell'anno purché, cumulando le spese sostenute, l'importo delle ricevute sia superiore a euro 100,00 (cento/00).

## **Tariffario della Prestazione aggiuntiva Salute Coop di più Extra**

I sussidi contenuti nel presente allegato si intendono concessi per spese documentate sostenute dal socio per se stesso e per i suoi aventi diritto con un massimo di euro 500,00 (cinquecento/00) nell'arco dell'anno solare. Nel caso di più soci facenti parte dello stesso nucleo familiare aderenti alla prestazione Salute Coop di Più extra, fermo restando quanto disposto al punto 1.3, tale limite massimo è elevato a euro 1.000,00 (mille/00). Per le nuove adesioni alla prestazione con data di collocazione rientrante nel secondo semestre dell'anno solare, il massimale annuo diventa euro 250,00 (duecentocinquanta/00), il sottomassimale degli esami diagnostici strumentali diventa euro 125,00 (centoventicinque/00), quello degli esami di laboratorio di euro 100,00 (cento/00) e per le protesi e presidi sanitari di euro 75,00 (settantacinque/00).

### **Visite specialistiche**

Nei casi di visite specialistiche effettuate in regime privato e/o intramurale, viene corrisposto il 50% della spesa fino a un massimo di euro 50,00 (cinquanta/00) per ciascuna visita e comunque nel limite di due visite per anno solare per ogni singola specializzazione sia per il socio che per ciascun avente diritto.

Tale limite di visite annue è elevato a quattro nella specializzazione di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria.

### **Esami diagnostici strumentali**

Viene corrisposto il 50% delle spese sostenute nei casi di esami di diagnostica strumentale effettuati in regime privato o intramurale. Il tutto sarà comunque rimborsabile fino a un massimo complessivo di euro 250,00 (duecentocinquanta/00) nell'anno solare.

### **Esami di laboratorio**

Viene corrisposto il 50% delle spese sostenute nei casi di esami di laboratorio effettuati in regime privato o intramurale. Il tutto sarà comunque rimborsabile fino a un massimo complessivo di euro 200,00 (duecento/00) nell'anno solare.

## Protesi e presidi sanitari

Viene corrisposto il 50% del documento fiscale con un massimo di euro 150,00 (centocinquanta/00) nell'anno solare, per i presidi sanitari e le protesi a seguito elencati:

- a) apparecchi ortopedici per arto inferiore: docce, stecche, staffe, divaricatori, tutori per caviglia, tutori per gamba, tutori per ginocchia, tutori per anca;
- b) apparecchi ortopedici per arto superiore: docce, tutori;
- c) apparecchi ortopedici per il tronco: corsetti, busti, reggispalle, collari, minerve;
- d) protesi di arto inferiore tradizionale o modulare, funzionali ad energia corporea;
- e) protesi di arto superiore: estetiche di tipo tradizionale o modulare, funzionali ad energia corporea;
- f) presidi per la deambulazione: stampelle, tripode, quadripode, stabilizzatore per statica in postura eretta, stabilizzatore per statica in postura supina;
- g) presidi per la mobilità: carrozzina pieghevole con manubrio di spinta per prevalente uso interno, carrozzina pieghevole con telaio stabilizzato, carrozzina di transito;
- h) protesi acustiche;
- i) protesi per laringectomizzati: cannula tracheale in plastica o metallo, due nell'anno solare;
- l) protesi fisiognomiche: protesi mammaria esterna, provvisoria o definitiva;
- m) protesi oculare;
- n) plantari.

## Lenti per occhiali

Viene corrisposto il 50% del documento fiscale fino a un massimo di euro 100,00 (cento/00) per ogni coppia di lenti per occhiali oppure per ogni coppia di lenti a contatto.

## Assistenza pediatrica

Vengono rimborsate le spese sostenute dal socio, per i figli entro un anno di vita, per l'acquisto di farmaci, presidi e prodotti sanitari, omogeneizzati, pannolini, latte artificiale, purché acquistati presso un negozio di Coop o Ipercoop Liguria. Il tutto sarà comunque rimborsabile fino a un massimo complessivo di euro 250,00 (duecentocinquanta/00) per anno solare e per figlio.

### Documenti da allegare

#### 2 - Visite mediche specialistiche, Esami diagnostici strumentali, Esami di laboratorio

- 1) Fotocopia della busta paga o del c/c postale, riferita al periodo precedente la richiesta di sussidio. Per coloro che pagano i contributi associativi mediante rimessa interbancaria diretta (R.I.D.) non necessita allegare nessun documento.
- 2) Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale") contenente:
  - a. Indicazioni dell'assistito (Socio o familiare avente diritto).
  - b. Indicazioni dell'emittente (nome, cognome, residenza o domicilio, numero di partita Iva) con qualificazione professionale e specialistica.
  - c. Data di emissione.
  - d. Numero e descrizione dettagliata delle prestazioni.
  - e. Data in cui le prestazioni sono state fornite o periodi di tempo per le prestazioni di carattere continuativo.
  - f. Indicazioni di quietanzamento.
- 3) Prescrizione del proprio medico curante contenente la descrizione della patologia.

#### 3-4 - Acquisto lenti per occhiali e/o lenti a contatto, Protesi o presidi sanitari

- 1) Fotocopia della busta paga o del c/c postale, riferita al periodo precedente la richiesta di sussidio. Per coloro che pagano i contributi associativi mediante rimessa interbancaria diretta (R.I.D.) non necessita allegare nessun documento.
- 2) Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale") contenente:
  - a. Indicazioni dell'assistito (Socio o familiare avente diritto).
  - b. Indicazioni dell'emittente (nome, cognome, residenza o domicilio, numero di partita Iva) con qualificazione professionale e specialistica.
  - c. Data di emissione.
  - d. Numero e descrizione dettagliata delle prestazioni.
  - e. Data in cui le prestazioni sono state fornite o periodi di tempo per le prestazioni di carattere continuativo.
  - f. Indicazioni di quietanzamento.
  - g. Le fatture relative alla fornitura di occhiali devono riportare l'importo delle lenti separatamente da quello della montatura.
- 4) Certificato di prescrizione del medico specialista o dell'ottico optometrista che indichi la patologia (per la richiesta di lenti è necessario che sia indicato anche il difetto visivo).
- 5) Per protesi o presidi sanitari è necessario allegare la prescrizione del proprio medico curante contenente la descrizione della patologia.

#### 5 - Assistenza pediatrica

- 1) Fotocopia della busta paga o del c/c postale, riferita al periodo precedente la richiesta di sussidio. Per coloro che pagano i contributi associativi mediante rimessa interbancaria diretta (R.I.D.) non necessita allegare nessun documento.
- 2) Documentazione analitica in originale delle spese (scontrino o fattura) rilasciata da Coop o Ipercoop Liguria contenente il dettaglio delle spese sostenute.

**Documenti aggiuntivi da allegare per richiesta di sussidi riferiti ad aventi diritto**

- 1) Certificato di stato di famiglia certificante il grado di parentela con il socio. (\*)
- 2) Certificato di convivenza sotto lo stesso tetto del socio in caso di convivenza more-uxorio. (\*)
- 3) Per i figli, i fratelli, le sorelle, i nipoti di età superiore ai 16 anni e fino al compimento dei 25 anni di età:
  - a. dichiarazione sostitutiva di atto notorio, comprovante la mancanza di reddito personale superiore al limite massimo previsto dalle vigenti norme fiscali per essere considerati a carico. (\*)
- 4) Per i figli, i fratelli, le sorelle, i nipoti di età superiore ai 25 anni, se permanentemente inabili al lavoro:
  - a. dichiarazione sostitutiva di atto notorio, comprovante la mancanza di reddito personale superiore al limite massimo previsto dalle vigenti norme fiscali per essere considerati a carico. (\*)
  - b. dichiarazione in originale rilasciata dagli Enti preposti a questo riconoscimento attestante l'inabilità permanente al lavoro.

**Imposta di bollo su ricevute mediche**

Ogni esemplare di fattura, nota, ricevuta, quietanza o simile documento, non soggetta ad IVA, rilasciata per un importo pari o superiore ad euro 77,47 deve essere assoggettata ad imposta di bollo nella misura attualmente fissata in euro 1,81 mediante applicazione di marche o bollo a punzone.

Pertanto, ai fini dell'accettazione della documentazione per il rimborso da parte della Mutua, il socio ha l'obbligo di presentazione di fatture o documenti equivalenti ricevuti regolarmente assoggettati ad imposta di bollo; comunque la Società non rimborsa l'imposta di bollo.

**Dichiarazione di notorietà**

Tutti i documenti segnati con (\*) possono essere sostituiti con il modulo per la dichiarazione di notorietà, da autenticare presso le nostre sedi territoriali.

**Documentazione**

La Società può richiedere al socio o direttamente agli enti competenti tutta la documentazione che riterrà opportuna, a conferma della validità del sussidio richiesto.





## SEDE NAZIONALE

Via S. Gregorio, 48  
20124 Milano  
Tel. 02.66726.1  
Fax 02.66726313  
[informazioni@mutuacesarepozzo.it](mailto:informazioni@mutuacesarepozzo.it)



## Le nostre sedi in Liguria

### GENOVA

16122 - Via E. De Amicis, 6/2  
Tel. 010.5702787 - Fax 010.5452134  
[liguria@mutuacesarepozzo.it](mailto:liguria@mutuacesarepozzo.it)

### SEDI DECENTRATE

#### SESTRI LEVANTE

16039 - Via Eraldo Fico  
c/o Punto incontro Coop  
Tel. 0185.43206

#### LA SPEZIA

19100 - Via F.lli Rosselli, 8  
c/o Sms Unione Fraterna  
Tel. 0187.778481

#### SAVONA

17100 - P.zza delle Nazioni, 7/R  
Tel. 019.807865

#### VENTIMIGLIA

18039 - P.zza XX Settembre, 8  
c/o Croce Verde Intemelia  
Tel. 0184.235379

#### ALBENGA

17031 - Stazione Fs - c/o Dif  
Tel. 0182.541996  
Tel. Fs 821.361

SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO  
**CESAREPOZZO**  
servizi d'integrazione sanitaria

[www.mutuacesarepozzo.org](http://www.mutuacesarepozzo.org)