



SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO
CESAREPOZZO
servizi d'integrazione sanitaria

Salute Single

Allegato al Regolamento applicativo dello Statuto

In vigore dal 1° Luglio 2011

____ SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO
CESAREPOZZO
servizi d'integrazione sanitaria

Salute Single

Allegato al Regolamento applicativo dello Statuto
In vigore dal 1° Luglio 2011

SALUTE SINGLE

FORMA DI ASSISTENZA AGGIUNTIVA

Contributo associativo annuo - **Euro 96,00** (*novantasei/00*)

L'iscrizione alla forma di assistenza aggiuntiva Salute Single può essere richiesta da tutti i soci che all'atto della domanda di adesione risultino iscritti ad una forma di assistenza base. L'iscrizione alla forma di assistenza aggiuntiva Salute Single può essere richiesta da tutti coloro che all'atto della domanda sono single (senza familiari aventi diritto). L'eventuale passaggio alla forma di assistenza aggiuntiva Salute Più avrà decorrenza dal primo gennaio per i soci che presentano domanda entro il 30 settembre.

ALLEGATO AL REGOLAMENTO

1 INTEGRAZIONE DEI SUSSIDI

1.1

Al socio 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.

1.2

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

2 VISITE SPECIALISTICHE - ESAMI DIAGNOSTICI STRUMENTALI - ESAMI DI LABORATORIO

2.1

Sono rimborsabili le spese sostenute dal socio per visite specialistiche, esami diagnostici strumentali, esami di laboratorio effettuati presso il Servizio Sanitario Nazionale e presso le strutture sanitarie private con le modalità stabilite nel tariffario allegato.

Ricorda di allegare alla ricevuta del ticket la prescrizione del medico

Se insieme ad una visita specialistica in regime privato o intramurale effettui anche un esame diagnostico, chiedi che gli importi vengano riportati separatamente nella fattura; potrai fruire maggiormente del diritto ai sussidi nell'area prevenzione e cure

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

Per i soci collocati nella forma di assistenza base Tutela Globale e Prima Tutela non è concesso, nella presente forma di assistenza agiuntiva, il sussidio 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.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- 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) *Ricevuta del ticket del Servizio Sanitario Nazionale. Qualora sulla ricevuta del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket) non sia specificata la prestazione effettuata, è obbligatorio allegare la prescrizione medica.*
- 4) *Prescrizione del proprio medico curante contenente la descrizione della patologia.*

3 LENTI PER OCCHIALI

3.1

Sono rimborsabili le spese sostenute dal socio 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 ogni due anni solari. 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.

Se acquisti un occhiale completo, chiedi sempre di far riportare nella fattura la distinzione tra il costo delle lenti e il costo della montatura

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- 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.*
- 3) *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).*

4 ACQUISTO PROTESI O PRESIDI SANITARI

4.1

Sono rimborsabili le spese sostenute dal socio 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.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- 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.*
- 3) *Ricevuta del ticket del Servizio Sanitario Nazionale.*
- 4) *Per protesi o presidi sanitari è necessario allegare la prescrizione del proprio medico curante contenente la descrizione della patologia.*

Ricorda di allegare al documento di spesa la prescrizione del medico curante o dello specialista che ha consigliato l'acquisto della protesi, contenente la descrizione della patologia che ne rende necessario l'uso

5 PERIODO DI CARENZA

5.1

Per acquisire il diritto ai sussidi, il periodo di carenza è di 120 giorni a decorrere dalla data di collocazione nella forma di assistenza aggiuntiva. Per le protesi acustiche il periodo di carenza è elevato a 730 giorni, decorrente sempre a norma del precedente 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.

6 DOCUMENTAZIONE A CORREDO DELLA RICHIESTA DI SUSSIDIO O SERVIZIO

6.1

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.

6.2

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

- a) indicazioni dell'assistito (socio);
- 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.

6.3

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. Qualora sulla ricevuta del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket) non sia specificata la prestazione effettuata, è obbligatorio allegare la prescrizione medica.

7 TERMINE DELLA PRESENTAZIONE DELLA RICHIESTA DI SUSSIDIO

7.1

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 (ticket e/o fatture) sia superiore a euro 100,00 (cento/00).

TARIFFARIO DELLA FORMA DI ASSISTENZA AGGIUNTIVA SALUTE SINGLE

I sussidi contenuti nel presente allegato si intendono concessi per spese documentate sostenute dal socio con un massimo di euro 300,00 (trecento/00) nell'arco dell'anno solare.

Per le nuove adesioni alla forma di assistenza con data di collocazione compresa nel secondo semestre dell'anno solare, il massimale annuo diventa euro 150,00 (centocinquanta/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

Viene corrisposto il 60% del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket).

Nei casi di visite specialistiche effettuate in regime privato e/o intramurale, viene corrisposto il 50% della spesa fino a un massimo di euro 40,00 (quaranta/00) per ciascuna visita e comunque nel limite di due visite per anno solare per ogni singola specializzazione. Tale limite di visite annue è elevato a quattro nella specializzazione di Ostetricia e Ginecologia.

ESAMI DIAGNOSTICI STRUMENTALI

Viene corrisposto il 60% del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket), oppure 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 60% del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket), oppure 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 PRESIDII 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) protesifisiognomiche: protesimammaria 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.

NORME GENERALI

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.

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.

Le nostre sedi in Italia

SEDE NAZIONALE

Via S. Gregorio, 48
20124 Milano
Tel. 02.66726.1
Fax 02.66726313
informazioni@mutuacesarepozzo.it



ABRUZZO

Via Grotte del Cavallone, 11
65124 PESCARA
Tel. 085.4212152
Fax 085.4226442
abruzzo@mutuacesarepozzo.it

BASILICATA

Viale Unicef
c/o Centro Comm. Galassia
85100 POTENZA
Tel. 0971.58791
Fax 0971.58914
basilicata@mutuacesarepozzo.it

CALABRIA

Via Caprera, 8
89127 REGGIO CALABRIA
Tel. 0965.331960
Fax 0965.814305
calabria@mutuacesarepozzo.it

CAMPANIA

Via Enrico Cosenz, 13
80142 NAPOLI
Tel. 081.261568
Fax 081.289535
campania@mutuacesarepozzo.it

EMILIA ROMAGNA

Via Boldrini, 18/2
40121 BOLOGNA
Tel. 051.6390850
Fax 051.6393659
emilia@mutuacesarepozzo.it

FRIULI VENEZIA GIULIA

Via Giustiniano, 8
34133 TRIESTE
Tel. 040.367811
Fax 040.3726001
friuli@mutuacesarepozzo.it

LAZIO

Via Cavour, 47
00184 ROMA
Tel. 06.47886742
06.4815887
Fax 06.47886743
lazio@mutuacesarepozzo.it

LIGURIA

Via E. De Amicis, 6/2
16122 GENOVA
Tel. 010.5702787
Fax 010.5452134
liguria@mutuacesarepozzo.it

LOMBARDIA

Via Venini, 1
20127 MILANO
Tel. 02.66989923
Fax 02.66989928
lobbardia@mutuacesarepozzo.it

MARCHE

Via G. Marconi, 227
60125 ANCONA
Tel. 071.43437
Fax 071.2149015
marche@mutuacesarepozzo.it

MOLISE

Via Garibaldi, 67/69
86100 CAMPOBASSO
Tel. 0874.482004
Fax 0874.494098
molise@mutuacesarepozzo.it

PIEMONTE VALLE D'AOSTA

Via Sacchi, 2 bis
10128 TORINO
Tel. 011.545651
011.5579272
Fax 011.5189449
piemonte@mutuacesarepozzo.it

PUGLIA

Via Beata Elia di S. Clemente, 223
70122 BARI
Tel. 080.5243662
080.5730206
Fax 080.5211661
puglia@mutuacesarepozzo.it

SARDEGNA

Corso Vico, 2
07100 SASSARI
Tel. 079.236394
Fax 079.2010241
sardegna@mutuacesarepozzo.it

SICILIA

Via Torino, 27/D
90133 PALERMO
Tel. 091.6167012
Fax 091.6177524
sicilia@mutuacesarepozzo.it

TOSCANA

Via degli Orti Oricellari, 34
50123 FIRENZE
Tel. 055.211806
055.2658106
Fax 055.296981
toscana@mutuacesarepozzo.it

TRENTINO ALTO ADIGE

Piazza Verdi, 15 int. 4
39100 BOLZANO
Tel. 0471.300189
Fax 0471.309589
trentino@mutuacesarepozzo.it

UMBRIA

Via Nazario Sauro, 4/B
06034 FOLIGNO
Tel. 0742.342086
Fax 0742.349043
umbria@mutuacesarepozzo.it

VENETO

Via Ulloa, 5
30175 MARGHERA (VE)
Tel. 041.926751
Fax 041.5387659
veneto@mutuacesarepozzo.it

SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO
CESAREPOZZO
servizi d'integrazione sanitaria

SOCIETÀ NAZIONALE DI MUTUO SOCCORSO CESARE POZZO

Via San Gregorio 46/48 • 20124 Milano
C.F. 80074030158 • Tel. 02.66726.1 • Fax. 02.66726313
informazioni@mutuacesarepozzo.it

www.mutuacesarepozzo.org



STAMPATA SU CARTA ECOLOGICA
100% RICICLATA
PRODOTTA SENZA USO DI CLORO