

# Fondo integrativo sanitario **Impresa Sociale 120** **- FIGLI**

Allegato al Regolamento applicativo dello Statuto

## SEDE NAZIONALE

Via S. Gregorio, 48  
20124 Milano

Tel. 02.66726.1

Fax 02.66726313

*infocenter@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. 02.66726410

Fax 02.66726414

*lombardia@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

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

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  
*dal 1877*

# Fondo integrativo sanitario **Impresa Sociale 120** **- FIGLI**

Allegato al Regolamento applicativo dello Statuto

# FONDO INTEGRATIVO SANITARIO IMPRESA SOCIALE 120 - FIGLI

**FORMA DI ASSISTENZA AGGIUNTIVA** - in vigore dall'1 luglio 2019

Contributo associativo annuo - **Euro 120,00** (*centoventi/00*)

L'iscrizione alla forma di assistenza aggiuntiva **Fondo integrativo sanitario Impresa Sociale 120 - FIGLI** può essere richiesta da tutti coloro che aderiscono alla forma di assistenza base **Fondo integrativo sanitario Impresa Sociale 60** o alla forma di assistenza base **Fondo integrativo sanitario Impresa Sociale 120** e che siano in possesso dei requisiti previsti dallo Statuto sociale, dal Regolamento applicativo, nonché dal Verbale di accordo mutualistico sottoscritto fra l'Ente e *CesarePozzo*.

In caso di presenza di coniuge e/o figli nel nucleo familiare è obbligatorio fare aderire tutti i familiari aventi diritto.

## DEFINIZIONE AVENTI DIRITTO

### Aventi diritto

Sono aventi diritto del socio i seguenti componenti del nucleo familiare:

- a) 1. il coniuge riconosciuto tale dallo Stato italiano;  
ovvero
2. la persona dello stesso sesso con la quale il socio ha costituito un'unione civile, riconosciuta tale dallo Stato italiano;  
ovvero
3. il convivente di fatto del socio riconosciuto tale dallo Stato italiano. Di tale stato di convivenza di fatto deve essere data tassativamente comunicazione alla Società con lettera raccomandata, producendo l'attestato di "famiglia anagrafica" basata su vincolo affettivo di coppia non vincolato da rapporti di parentela, affinità o adozione, da matrimonio o da un'unione civile, rilasciato dal Comune di residenza in conformità alle disposizioni normative vigenti. Il diritto ai sussidi e ai servizi del convivente anagrafico legato da vincolo affettivo di coppia decorre 180 giorni dopo la suddetta comunicazione corredata dall'attestato di cui sopra. All'uopo fa fede la data del timbro postale della lettera raccomandata;
- b) i figli e - se affidati al socio con provvedimento dell'autorità giudiziaria e limitatamente al periodo di durata dell'affido - i minori nel periodo intercorrente dal trentesimo giorno di età fino al compimento del diciottesimo anno;
- c) i figli dal diciottesimo anno di età fino al compimento del venticinquesimo anno, nonché quelli con età superiore se permanentemente inabili al lavoro e non percettori di reddito.

### Condizioni per essere considerati aventi diritto

Gli aventi diritto di cui alla lettera c) del precedente articolo saranno considerati aventi di-

ritto a condizione che, al momento della maturazione del sussidio, non abbiano un reddito personale superiore a quello previsto dalle vigenti norme fiscali per essere considerati a carico e che siano stati notificati alla Società con la presentazione della domanda di ammissione o tempestivamente con successiva denuncia. Qualora gli aventi diritto di cui alle lettere b) e c) del precedente articolo non convivano con il socio, in deroga alle disposizioni generali inerenti alle prestazioni sanitarie, i sussidi relativi alle distanze chilometriche, da intendersi azzerate, non sono erogabili se si dovessero ricoverare in strutture sanitarie limitrofe al proprio domicilio.

Il socio ha l'obbligo di documentare, in modo inequivocabile a ogni richiesta di sussidio per l'avente diritto, che questi sia a suo carico fiscale.

### **Residenza e domicilio degli aventi diritto**

Gli aventi diritto sono tali purché risiedano nel territorio della Repubblica Italiana, fatta eccezione per i familiari di soci cittadini della Repubblica Italiana all'estero per cause di lavoro.

### **ALLEGATO AL REGOLAMENTO**

# AREA RICOVERO

## 1 RICOVERO CON INTERVENTO CHIRURGICO

### 1.1 Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui il/la proprio/a figlio/a sia sottoposto/a a intervento chirurgico sussidiabile, compreso tassativamente nell'Elenco e Tariffario (Allegato A), spetta un sussidio fino alla concorrenza della somma indicata nell'Elenco e Tariffario (Allegato A), per il rimborso delle spese sanitarie effettivamente sostenute e documentate relative a:

- a) onorari dei chirurghi, degli anestesisti e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
- b) diritti di sala operatoria;
- c) materiale di intervento, compresi i trattamenti terapeutici e gli apparecchi protesici usati durante l'intervento;
- d) retta di degenza;
- e) assistenza medica e infermieristica, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati durante il periodo di ricovero relativo all'intervento subito;
- f) accertamenti diagnostici, esami di laboratorio e visite specialistiche, effettuati nei 120 giorni precedenti il ricovero per l'intervento e resi necessari dall'intervento stesso per un massimo di euro 1.000,00 (mille/00) per intervento;
- g) esami diagnostici strumentali, esami di laboratorio, visite specialistiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari, effettuati nei 120 giorni successivi all'intervento e resi necessari dall'intervento stesso per un massimo di euro 1.000,00 (mille/00) per intervento;
- h) prelievo di organi o parte di essi, ricoveri relativi al donatore vivente, accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico di espanto da donatore vivente, cure, medicinali e rette di degenza per il donatore vivente;
- i) spese di trasporto con mezzo sanitario (in Italia e all'estero) o spese di rimpatrio della salma per decesso conseguente a intervento chirurgico sussidiabile avvenuto all'estero, per un massimo di euro 3.000,00 (tremila/00);
- l) spese sostenute per interventi chirurgici sussidiabili effettuati nel primo anno di vita del/la proprio/a figlio/a neonato/a, per la correzione di malformazioni congenite, per un massimo di euro 10.000,00 (diecimila/00).

### 1.2 Percentuale di rimborso

Il sussidio spetta per spese effettivamente sostenute e comunque fino alla concorrenza della somma indicata nell'Elenco e Tariffario (Allegato A – Interventi chirurgici sussidiabili): euro 10.000,00 (diecimila/00)

per tutti gli interventi e per ogni evento a esclusione del trapianto d'organi che prevede un rimborso massimo di euro 50.000,00 (cinquantamila/00) e per ogni evento.

Il sussidio di cui al precedente punto 1.1 viene erogato alle seguenti condizioni:

- a) in caso di ricovero in strutture sanitarie convenzionate, con presa in carico in forma diretta da parte della Società, il rimborso sarà pari al 100% della spesa sostenuta;
- b) nel caso in cui il socio usufruisca solo dei punti f), g), h), i), il rimborso sarà pari al 100% della spesa sostenuta;
- c) in tutti gli altri casi, il rimborso sarà pari all'80% della spesa sostenuta.

### **1.3 Assistenza per ricovero ospedaliero**

Al socio, nel caso in cui il/la proprio/a figlio/a sia sottoposto/a a intervento chirurgico sussidiabile, a titolo di rimborso spese, spetta un sussidio per ogni giorno di ricovero, con un massimo di dieci giorni, come di seguito specificato:

- a) euro 40,00 (quaranta/00) giornaliero per ricovero in Italia;
- b) euro 60,00 (sessanta/00) giornaliero per ricovero all'estero.

Qualora siano richiesti solo i rimborsi lettera f), g), h), i), di cui al precedente punto 1.1, il socio potrà richiedere l'assistenza di ricovero ospedaliero.

#### **DOCUMENTI DA ALLEGARE**

- 1) *Cartella clinica completa di anamnesi e del tipo di intervento praticato*
- 2) *Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale") contenente:*
  - a. *Indicazioni dell'assistito (figlio/a)*
  - 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*

## **2 CHIRURGIA OCULISTICA**

### **2.1 Intervento correttivo mediante laser a eccimeri**

Al socio, nel caso in cui il/la proprio/a figlio/a effettui terapie di seguito specificate, viene corrisposto l'80% del documento fiscale comprovante l'avvenuto intervento e le relative spese sostenute (per visite specialistiche ed esami diagnostici), comunque fino a un massimo complessivo di euro 900,00 (novecento/00).

L'importo massimo del rimborso è erogato una sola volta per persona,

sia con intervento a un solo occhio sia a entrambi gli occhi, anche in tempi diversi.

Ai fini del sussidio si considera intervento correttivo mediante laser a eccimeri:

- laserchirurgia della cornea o trattamenti laser a eccimeri per miopia, astigmatismo, ipermetropia;
- cheratomileusi intrastomale associata a laser;
- terapia fotodinamica con verteporfine.

#### **DOCUMENTI DA ALLEGARE**

- 1) *Cartella clinica o certificazione sanitaria del medico oculista attestante il tipo di intervento praticato e la diagnosi della malattia che ha richiesto l'intervento*
- 2) *Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale") contenente:*
  - a. *Indicazioni dell'assistito (figlio/a)*
  - 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*

## **AREA SPECIALISTICA**

### **3 ALTA DIAGNOSTICA E ALTA SPECIALIZZAZIONE**

#### **3.1 Diritto al sussidio e suo importo**

Al socio, nel caso in cui il/la proprio/a figlio/a effettui un esame di alta diagnostica o di alta specializzazione, spetta - per ogni esame effettuato - un sussidio come di seguito indicato.

##### **3.1.1 Alta diagnostica**

- a) Rimborso del 100% del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket);
- b) rimborso del 50% della spesa sostenuta nei casi di esami effettuati in regime privato o intramurale, fino a un rimborso massimo di euro 100,00 (cento/00);
- c) per esami effettuati in strutture convenzionate in forma diretta il costo a carico del socio è di euro 40,00 (quaranta/00) per esame. La parte rimanente è a carico della Società.

Ai fini del sussidio si considerano accertamenti di alta diagnostica i seguenti esami:

- angiografia;
- risonanza magnetica nucleare (Rmn)
- scintigrafia;



- tomografia ad Emissione di Positroni (Pet)
- tomografia assiale computerizzata (Tac).

### **3.1.2 Alta specializzazione**

- a) Rimborso del 100% del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket);
- b) rimborso del 50% della spesa sostenuta nei casi di esami effettuati in regime privato o intramurale, fino a un rimborso massimo di euro 40,00 (quaranta/00);
- c) per esami effettuati in strutture convenzionate in forma diretta il costo a carico del socio è di euro 20,00 (venti/00) per esame. La parte rimanente è a carico della Società.

Ai fini del sussidio si considerano accertamenti di alta specializzazione i seguenti esami:

- ecocardio-colordoppler;
- ecocardiogramma;
- doppler - ecodoppler;
- elettromiografia;
- mammografia;
- mineralometria ossea computerizzata.

### **3.1.3 Alta diagnostica in strutture convenzionate della Cooperazione**

Al socio, nel caso in cui il/la proprio/a figlio/a effettui uno degli esami di alta diagnostica sopra elencati presso le strutture sanitarie della cooperazione convenzionate in forma diretta spetta un rimborso del 100% della spesa con un costo a carico del socio di euro 20,00 (venti/00) per esame.

### **3.1.4 Prescrizione medica**

Per la richiesta del sussidio è obbligatorio allegare la prescrizione del proprio medico curante contenente la descrizione della patologia.

#### **DOCUMENTI DA ALLEGARE**

1) Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale") contenente:

- a. Indicazioni dell'assistito (figlio/a)
- 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 indicazione delle singole prestazioni praticate
- e. Data in cui le prestazioni sono state fornite o periodi di tempo per le prestazioni di carattere continuativo
- f. Indicazioni di quietanzamento

2) 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

3) Prescrizione del proprio medico curante contenente la descrizione della patologia

## 4 VISITE SPECIALISTICHE

### 4.1 Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui il/la proprio/a figlio/a effettui una visita specialistica, viene corrisposto per ogni visita un sussidio pari al:

- a) 100% del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket);
- b) 50% della spesa sostenuta nei casi di visite in regime privato o intramurale, fino a un rimborso massimo di euro 40,00 (quaranta/00) per ciascuna visita e comunque nel limite di due visite per anno solare per ogni singola specializzazione;
- c) rimborso del 100% per visite effettuate in strutture della cooperazione convenzionate con la Società in forma diretta con un costo a carico del socio di euro 20,00 (venti/00) per visita.

#### **DOCUMENTI DA ALLEGARE**

1) Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale") contenente:

- a. Indicazioni dell'assistito (figlio/a)
- 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 indicazione delle singole prestazioni praticate
- e. Data in cui le prestazioni sono state fornite o periodi di tempo per le prestazioni di carattere continuativo
- f. Indicazioni di quietanzamento

2) 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

## 5 TICKET E PRONTO SOCCORSO

### 5.1 Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui il/la proprio/a figlio/a effettui accesso al Pronto Soccorso, esami diagnostici strumentali e/o di laboratorio conseguenti a malattia o a infortunio, viene corrisposto, per spese documentate, un sussidio pari al 100% del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket), ad esclusione di accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

### 5.2 Prevenzione e controllo

Al socio, nel caso in cui il/la proprio/a figlio/a effettui esami diagnostici strumentali e/o di laboratorio a scopo di prevenzione, viene corrisposto, per spese documentate, un sussidio pari al 100% del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket).

#### **DOCUMENTI DA ALLEGARE**

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.

## **6 NORME COMUNI AGLI ARTICOLI 3), 4), 5)**

### **6.1 Massimale**

I sussidi relativi all'Area specialistica si intendono concessi per spese documentate e sostenute dal/la figlio/a fino a un massimo di euro 3.000,00 (tremila/00) nell'arco dell'anno solare.

### **6.2 Esclusioni**

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, l'Iridiologia.

Sono inoltre escluse e quindi non riconosciute le visite specialistiche effettuate da soggetti non in possesso di laurea in Medicina e Chirurgia.

## **AREA TERAPIE RIABILITATIVE E CONSERVATIVE**

## **7 TERAPIE RIABILITATIVE E CONSERVATIVE A SEGUITO DI INFORTUNIO**

### **7.1 Diritto al sussidio e suo importo**

Al socio, nel caso in cui il/la proprio/a figlio/a necessiti di cicli di cure riabilitative a seguito di infortunio, è riconosciuto un sussidio pari al:

- a) rimborso del 100% del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket);
- b) rimborso del 100% della spesa sostenuta con un minimo non indennizzabile di euro 50,00 (cinquanta/00) per ogni ciclo di terapia effettuato in regime privato o intramurale.

I cicli di terapie devono essere effettuati entro 365 giorni dall'infortunio.

Il sussidio è erogato esclusivamente a fini riabilitativi, sempreché siano prescritti da un medico "di base" o da uno specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia e siano effettuati da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione, il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

Non sono comprese le prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

Per il diritto al sussidio è necessaria la presenza di un certificato del Pronto Soccorso.

### **7.2 Massimale**

Il sussidio viene corrisposto fino a un massimo di euro 500,00 (cinquecento/00) nell'anno e per infortunio.

#### **DOCUMENTI DA ALLEGARE**

- 1) *Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ ricevuta fiscale") contenente:*
  - a. *Indicazioni dell'assistito (figlio/a)*
  - 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*
- 2) *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*
- 3) *Certificato del Pronto Soccorso attestante l'infortunio*
- 4) *Prescrizione del proprio medico curante contenente la descrizione della patologia*

## **AREA ODONTOIATRICA**

### **8 PRESTAZIONI DI ASSISTENZA ODONTOIATRICA - CURE**

#### **8.1 Cure odontoiatriche presso strutture non convenzionate**

Al socio, nel caso in cui il/la proprio/a figlio/a effettui una o più cure odontoiatriche di seguito specificate, spetta un rimborso della spesa effettivamente sostenuta fino a un massimo complessivo di euro 30,00 (trenta/00) per anno solare.

Ai fini del presente sussidio si considerano cure odontoiatriche le seguenti prestazioni:

- visita specialistica;
- igiene orale: detartrasi (ablazione tartaro);
- otturazione di qualsiasi classe;
- estrazione semplice o complessa.

#### **DOCUMENTI DA ALLEGARE**

- 1) *Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ ricevuta fiscale") contenente:*
  - a. *Indicazioni dell'assistito (figlio/a)*
  - 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*
- 2) *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*

## 9 PRESTAZIONI DI ASSISTENZA ODONTOIATRICA –

### CURE ODONTOIATRICHE A SEGUITO DI INFORTUNIO

#### 9.1 Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui il/la proprio/a figlio/a sostenga spese odontoiatriche a seguito di infortunio, è riconosciuto un sussidio pari al:

- a) rimborso del 100% del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket);
- b) rimborso del 100% della spesa sostenuta con un minimo non indennizzabile di euro 80,00 (ottanta/00) per ogni fattura.

Il sussidio viene concesso solo in presenza del certificato del Pronto Soccorso che attesti l'infortunio.

Il sussidio viene corrisposto fino a un massimo di euro 1.000,00 (mille/00) nell'anno solare e per infortunio.

#### **DOCUMENTI DA ALLEGARE**

1) Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale") contenente:

- a. Indicazioni dell'assistito (figlio/a)
- 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

2) 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

3) Certificato del Pronto Soccorso che attesti l'infortunio

## AREA ASSISTENZA SOCIO SANITARIA

## 10 PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE ASSISTENZIALI –

### INTERVENTI SANITARI A DOMICILIO

#### 10.1 Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui il/la proprio/a figlio/a sia colpito da malattie invalidanti temporanee o permanenti e necessiti di interventi sanitari a domicilio, spetta un sussidio pari al 50% delle spese sostenute fino a un massimo di euro 1.000,00 (mille/00) nell'anno solare. Sono considerati interventi di assistenza sanitaria domiciliare le seguenti prestazioni fornite da medici in possesso di laurea in Medicina e Chirurgia e/o da infermieri e/o da fisioterapisti specializzati:

- terapie mediche;
- assistenza per medicazioni, mobilizzazioni, prelievi, rilievi di para-

metri biologici;

- assistenza riabilitativa e fisioterapica.

Il sussidio verrà liquidato solo se tutte le spese sostenute saranno dettagliatamente documentate, in regola con la normativa fiscale vigente e riconducibili alla patologia in atto. Il rimborso spetta per terapie effettuate entro 365 giorni dall'evento.

#### **DOCUMENTI DA ALLEGARE**

- 1) Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale")
- 2) Documentazione attestante la tipologia di malattia e il tipo di trattamento effettuato, con la descrizione completa delle prestazioni da eseguire e della necessità che le stesse siano effettuate a domicilio

## **11 TRASPORTO INFERMI**

### **11.1 Diritto al sussidio e suo importo**

Il socio ha diritto a un sussidio di euro 30,00 (trenta/00) per il trasporto del/la proprio/a figlio/a con mezzo sanitario. Il sussidio sarà concesso per un massimo di numero due volte nell'anno solare, previa presentazione di documentazione e in regola con la normativa fiscale vigente.

#### **DOCUMENTI DA ALLEGARE**

- 1) Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale") contenente:
  - a. Indicazioni dell'assistito (figlio/a)
  - 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

## **12 NORME COMUNI**

### **12.1 Esclusioni**

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.

Le prestazioni inerenti l'Odontoiatria sono riconosciute solo secondo quanto previsto nei punti 8 e 9.

Sono inoltre escluse e quindi non riconosciute le visite specialistiche effettuate da soggetti non in possesso di laurea in Medicina e Chirurgia.

## 12.2 Cumulabilità

---

I sussidi e i servizi erogati non sono fra loro cumulabili.

### **NORME GENERALI**

#### **IMPOSTA DI BOLLO SU RICEVUTE MEDICHE**

*Ogni esemplare di fattura, nota, ricevuta, quietanza o simile documento, non soggetto a IVA, rilasciato per un importo pari o superiore a euro 77,47 deve essere assoggettato a imposta di bollo nella misura in vigore mediante applicazione di marche da 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 a imposta di bollo, comunque non rimborsata dalla Società.*

#### **TRADUZIONE DEI DOCUMENTI IN LINGUA STRANIERA**

*Nei casi in cui è obbligatorio allegare la traduzione - secondo le modalità di cui all'art.5.7 del Regolamento applicativo - di documenti scritti in lingua straniera, allegando la ricevuta fiscale, ne verrà rimborsato il costo fino a un massimo di 30 euro per ogni sussidio richiesto.*

#### **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.*

#### **CARTELLA CLINICA**

*Nei casi in cui è obbligatorio presentare la cartella clinica, allegando la ricevuta fiscale, ne verrà rimborsato il costo.*





# **Interventi chirurgici sussidiabili Elenco e Tariffario Allegato A**

## **INTERVENTI CHIRURGICI SUSSIDIABILI - ELENCO E TARIFFARIO - ALLEGATO A**

Per tutti gli interventi sussidiabili in elenco, che è tassativo e non meramente esemplificativo, spetta un rimborso per spese sanitarie effettivamente sostenute e documentate, secondo le norme previste dal regolamento delle singole forme di assistenza base.

Ai fini del sussidio si considerano i seguenti interventi:

### **CHIRURGIA GENERALE**

#### **Collo**

- A02 Tiroidectomia totale
- A04 Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale bilaterale
- A05 Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale monolaterale
- A99 Gozzo retrosternale con mediastinotomia

#### **Mammella**

- A06 Mastectomia radicale, qualsiasi tecnica, con linfadenectomie associate
- A57 Mastectomia semplice totale con eventuali linfadenectomie
- A49 Ricostruzione mammaria postmastectomia radicale o semplice per cancro, comprensivo di protesi
- A48 Quadrantectomia con linfadenectomie associate (anche in ricoveri diversi), con eventuale rimodellamento mammario
- A89 Quadrantectomia per neoplasie, con eventuale rimodellamento mammario

#### **Esofago, Stomaco, Colon e Peritoneo**

- A09 Esofagectomia totale con esofagoplastica, in un tempo, con eventuale linfadenectomia
- A10 Esofago cervicale, resezione con esofagostomia
- A12 Esofagogastroplastica, esofagodigiunoplastica, esofagocolonplastica, sostitutiva o palliativa
- A59 Esofago, resezione parziale o totale con esofagostomia
- A15 Megaesofago
- A60 Megaesofago, reintervento
- A17 Gastrectomia totale con eventuale linfadenectomia
- A22 Emicolectomia dx
- A23 Emicolectomia sx ed eventuale colostomia (Hartmann e altre)
- A67 Colectomia segmentaria con eventuale stomia

- A62 Gastrectomia parziale, con eventuale linfadenectomia
- A63 By-pass intestinali per il trattamento dell'obesità patologica
- A18 Fistola gastrodigiunocolica
- A20 Colectomie totali con eventuale stomia
- A28 Amputazione addominoperineale sec. Miles, trattamento completo
- A24 Megacolon
- A29 Exeresi di Tumore retroperitoneale
- A52 Reinterventi addominali, di qualunque tipo, per ripetizioni di neoplasie comprese nel presente elenco
- A31 Deconnessione azygosportale per via addominale

### **Pancreas e Milza**

- A35 Derivazione pancreatico-Wirsung digestive
- A36 Cefaloduodenopancreasectomia compresa eventuale linfadenectomia
- A37 Neoplasie del pancreas endocrino
- A38 Pancreatectomia sinistra compresa splenectomia ed eventuale linfadenectomia
- A39 Pancreatectomia totale con eventuale linfadenectomia
- A94 Pancreasectomia sinistra senza splenectomia
- A40 Pancreatite acuta, intervento demolitivo
- A41 Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche conseguenti ad altri interventi
- A50 Resezione gastroduodenale

### **Fegato e vie biliari**

- A30 Anastomosi portocava o splenorenale mesentericacava
- A31 Deconnessione azygosportale per via addominale
- A32 Resezioni epatiche maggiori o minori
- A33 Trattamenti per neoplasie epatiche con: laser/radiofrequenze/radioembolica
- A53 Interventi per: Ascessi epatici, cisti epatiche di qualsiasi natura, angiomi cavernosi
- A74 Colectostomia per neoplasie non resecabili
- A75 Coledocoepaticodigiunoduodenostomia con o senza colecistectomia
- A76 Coledocoepaticodigiunostomia con o senza colecistectomia
- A77 Coledocoepaticoduodenostomia con o senza colecistectomia

## **CHIRURGIA TORACOPOLMONARE**

- B01 Resezione segmentaria polmonare tipica
- B02 Resezione segmentaria polmonare atipica
- B03 Lobectomia

- B05 Pneumonectomia
- B06 Pleuropneumonectomia
- B07 Fistole esofagobronchiali
- B08 Pleurectomia per neoplasia maligna della pleura
- B11 Trachea, resezione e plastica per neoplasie maligne
- B15 Cisti polmonari
- B14 Mediastino, interventi per neoplasie o cisti
- B16 Bilobectomia

## **GINECOLOGIA**

- D10 Isterectomia radicale con linfadenectomia
- D07 Vulvectomia allargata con linfadenectomia inguinale o pelvica
- D12 Neoplasie maligne vaginali, intervento radicale per, con o senza linfadenectomia

## **NEUROCHIRURGIA**

- E05 Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali per via endocranica
- E14 Neoplasie della base cranica, intervento per via transorale
- E04 Interventi di cranioplastica
- E16 Ipofisi, intervento per neoplasie per via transfenoidale
- E03 Neoplasie orbitali
- E18 Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
- E21 Mielomeningocele
- E25 Craniotomia per ematoma extradurale
- E06 Craniotomia per neoplasie cerebellari, anche basali
- E26 Craniotomia a scopo decompressivo o esplorativo

## **OCULISTICA**

- I02 Enucleazione globo oculare con impianto di protesi
- I04 Interventi per neoplasie primarie o secondarie del globo oculare

## **OTORINOLARINGOIATRIA**

- A80 Lingua e pavimento orale, intervento di asportazione di neoplasie maligne con svuotamento latero cervicale
- A81 Lingua, pavimento orale, ghiandole sottomascellari, intervento di asportazione di neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale
- A83 Mascellare superiore, resezione per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale

- G04 Neurinoma dell'ottavo paio di nervi cranici
- G05 Neoplasie maligni dell'orecchio
- G09 Interventi su bocca, faringe, laringe per patologie oncologiche maligne
- G10 Laringectomia totale o parziale con svuotamento laterocervicale bilaterale
- G12 Otosclerosi, intervento completo
- G14 Neoplasia glomico timpano-giugulari (incidenza 0,3% sulla popolazione)

## CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- C16 Correzione chirurgica malformazioni congenite cardiache e dei grossi vasi
- C18 Cardiochirurgia in C.E.C.
- C19 Aneurismi aorta toracica o addominale
- C20 Aneurismi arterie viscerali o tronchi sovraortici
- C21 Aneurismi aorta addominale o tronchi sovraortici, intervento con posizionamento endovascolare di protesi
- C25 Tromboendoarteriectomia di carotide e vasi epiaortici (by-pass, patch, embolectomia, trapianto)
- C37 Asportazione neoplasia glomico carotideo
- C38 Decompressione dell'arteria vertebrale nel forame trasverso

## UROLOGIA

### **Rene e surrene**

- H01 Neoplasie renali, nefrectomia allargata, con e senza surrenectomia
- H02 Nefroureterectomia radicale con eventuale linfadenectomia più eventuale Surrenectomia
- H03 Nefroureterectomia radicale più trattamento trombocavale ed eventuale surrenectomia
- H04 Surrenectomia

### **Vescica**

- H07 Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesicuclectomia o ureteroannessiectomia con ileo o colobladder
- H20 Cistectomia parziale con ureterocistoneostomia
- H08 Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesicuclectomia o ureteroannessiectomia con neovescica rettale compresa
- H09 Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesicuclectomia o ureteroannessiectomia con ureterosigmoidostomia o ureterocutaneostomia
- H10 Estrofia vescicale (trattamento completo)

**Prostata**

H11 Prostatectomia radicale con linfadenectomie

**Apparato genitale maschile**

H14 Orchiectomia monobilaterale

**ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**

B10 Coste e sterno interventi per neoplasie maligne

B26 Interventi per costola cervicale

F12 Artrodesi vertebrale

F10 Interventi di resezione di corpi vertebrali per Neoplasie ossee o forme pseudotumorali della colonna vertebrale

F17 Interventi per allungamento arti

F06 Interventi demolitivi per asportazione di neoplasie ossee o forme pseudotumorali grandi segmenti o articolazioni

F02 Artroprotesi totale di anca

**CHIRURGIA MAXILLOFACCIALE**

A78 Interventi di chirurgia oro maxillofacciale per mutilazioni del viso conseguenti ad infortunio che comportino una riduzione delle capacità funzionali >25%

**TRAPIANTI DI ORGANO**

M01 Tutti



SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO  
**CESAREPOZZO**  
servizi d'integrazione sanitaria  
*dal 1877*

## **SOCIETÀ NAZIONALE DI MUTUO SOCCORSO CESARE POZZO**

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

**[www.mutuacesarepozzo.it](http://www.mutuacesarepozzo.it)**

