

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

Fondo integrativo sanitario **Impresa Sociale** **INTEGRATIVA 2019**

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** **INTEGRATIVA 2019**

Allegato al Regolamento applicativo dello Statuto

FONDO INTEGRATIVO SANITARIO IMPRESA SOCIALE INTEGRATIVA 2019

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

Contributo associativo mensile - **Euro 5,00** (*cinque/00*)

L'iscrizione alla forma di assistenza aggiuntiva **Fondo integrativo sanitario Impresa Integrativa 2019** può essere richiesta da tutti coloro che siano in possesso dei requisiti previsti dallo Statuto sociale, dal Regolamento applicativo, nonché dal Verbale di accordo mutualistico sottoscritto tra l'Ente e la Società nazionale di mutuo soccorso Cesare Pozzo.

ALLEGATO AL REGOLAMENTO

1 FASCIA SUSSIDI

I sussidi variano in base alla fascia di mesi versati come contributi associativi

MESI VERSATI	FASCIA
1-6 mesi	FASCIA A
7-12 MESI (1 ANNO)	FASCIA B
13-18 MESI	FASCIA C
19-24 MESI (2 ANNI)	FASCIA D
25-30 MESI	FASCIA E
31-36 MESI (3 ANNI)	FASCIA F
37-42 MESI	FASCIA G
43-48 MESI (4 ANNI)	FASCIA H
49-54 MESI	FASCIA I
55-60 MESI (5 ANNI)	FASCIA L
61-66 MESI	FASCIA M

AREA SPECIALISTICA

2 ALTA DIAGNOSTICA

2.1 Diritto al sussidio e suo importo _____

Al socio, nel caso in cui effettui un esame di Alta diagnostica, spetta, per ogni esame effettuato in regime privato o intramurale, un sussidio con un minimo non indennizzabile di euro 60,00 (sessanta/00) per esame e con la seguente percentuale di rimborso in base alla fascia di appartenenza:

FASCIA	PERCENTUALE DI RIMBORSO
FASCIA A e B	5%
FASCIA C e D	10%
FASCIA E e F	15%
FASCIA G e H	20%
FASCIA I, L e M	25%

Ai fini del sussidio si considerano accertamenti di alta diagnostica gli esami indicati nell'allegato B specifico.

Non sono riconosciuti i sussidi per le prestazioni inerenti l'Odontoiatria, 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.

2.2 Prescrizione medica

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

2.3 Massimale

Il sussidio è rimborsabile fino a un massimo di euro 1.000,00 (mille/00) nell'arco dell'anno solare.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

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

- a. Indicazioni dell'assistito (socio)
- 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

AREA ODONTOIATRICA

3 PRESTAZIONI DI ASSISTENZA ODONTOIATRICA - PREVENZIONE

3.1 Prevenzione odontoiatrica

Al socio, nel caso in cui effettui prestazioni odontoiatriche di prevenzione presso Studi dentistici convenzionati con la Società in forma diretta, *CesarePozzo* provvede al pagamento diretto delle relative spese sostenute.

Ai fini del sussidio sono previste le seguenti prestazioni odontoiatriche di prevenzione:

- ablazione del tartaro;
- visita specialistica odontoiatrica.

Le prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione.

Il sussidio è previsto una volta per anno solare. *CesarePozzo* autorizza una seconda seduta di igiene orale nello stesso anno solare qualora il medico ne riscontri la necessità.

4 PRESTAZIONI DI ASSISTENZA ODONTOIATRICA – CURE

4.1 Cure odontoiatriche in strutture non convenzionate _____

In strutture non convenzionate con la Società, per otturazioni e estrazioni, spetta al socio il seguente rimborso fino a un massimo, nell'anno solare, in base alla fascia di appartenenza:

FASCIA	PERCENTUALE DI RIMBORSO
FASCIA A e B	5 euro
FASCIA C e D	10 euro
FASCIA E e F	15 euro
FASCIA G e H	20 euro
FASCIA I, L e M	25 euro

AREA ASSISTENZA SOCIO SANITARIA

5 PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE ASSISTENZIALI – INTERVENTI SANITARI A DOMICILIO

5.1 Diritto al sussidio e suo importo _____

Al socio, nel caso in cui sia colpito da malattie invalidanti temporanee o permanenti e necessiti di interventi sanitari a domicilio, spetta un sussidio fino a un massimo di euro 1.000,00 (mille/00) nell'anno solare e con la seguente percentuale di rimborso in base alla fascia di appartenenza:

FASCIA	PERCENTUALE DI RIMBORSO
FASCIA A	5%
FASCIA B	10%
FASCIA C	15%
FASCIA D	20%
FASCIA E	25%
FASCIA F	30%
FASCIA G	35%
FASCIA H	40%
FASCIA I	45%
FASCIA L e M	50%

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 parametri 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

6 NORME COMUNI

6.1 Cumulabilità

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

In deroga all'articolo 5.6 del Regolamento "Adesione a più forme di assistenza", i sussidi sono cumulabili con gli analoghi sussidi eventualmente previsti nella forma di assistenza base Fondo integrativo sanitario Impresa Sociale.

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.

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

Elenco Alta diagnostica Allegato B

Ai fini del sussidio si considerano i seguenti esami:

RADIOLOGIA CONVENZIONALE (SENZA CONTRASTO)

- Rx mammografia e/o bilaterale
- Rx di organo apparato
- Rx esofago
- Rx esofago esame diretto
- Rx tenue seriato
- Rx tubo digerente
- Rx tubo digerente prime vie/secondo vie
- Stratigrafia (di organi e apparati)

RADIOLOGIA CONVENZIONALE (CON CONTRASTO)

- Angiografia (compresi gli esami radiologici apparato circolatorio)
- Artrografia
- Broncografia
- Cisternografia
- Cavernosografia
- Cistografia/doppio contrasto
- Cisturografia menzionale
- Clisma opaco e/a doppio contrasto
- Colangiografia percutanea
- Colangiopancreatografia retrograda
- Colecistografia
- Colonscopia (con asportazione di polipo con un massimo di 8mm di diametro)
- Colpografia
- Coronarografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Discografia
- Esami radiologici apparato circolatorio
- Esame urodinamico
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Gastrosopia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mielografia
- Pneumoencefalografia
- Retinografia
- Rx esofago con contrasto opaco/doppio contrasto
- Rx piccolo intestino/stomaco con doppio contrasto
- Rx stomaco con doppio contrasto

- Rx tenue a doppio contrasto con studio selettivo
- Rx tubo digerente completo compreso esofago con contrasto
- Scialografia con contrasto
- Splenoportografia
- Uretrocistografia
- Ureteroscopia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Wirsungrafia

ALTA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI (ECOGRAFIA)

- Ecografia

ECOCOLORDOPPLERGRAFIA

- Ecodoppler cardiaco compreso color
- Ecocolordoppler aorta addominale
- Ecocolordoppler arti inferiori e superiori
- Ecocolordoppler tronchi sovraortici

TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC)

- Angio tc
- Angio tc distretti eso o endocranici
- Tc spirale multistrato (64 strati)
- Tc con e senza mezzo di contrasto

RISONANZA MAGNETICA (RM)

- Cine RM cuore
- Angio RM con contrasto
- RMN con e senza mezzo di contrasto

PET

- Tomografia ad emissione di positroni (pet) per organo – distretto – apparato
- Scintigrafia (medicina nucleare in vivo)
- Tomoscintigrafia SPET miocardica
- Miocardioscintigrafia
- Scintigrafia qualunque organo/apparato
- Scintigrafia totale corporea con cellule autologhe marcate

DIAGNOSTICA STRUMENTALE

- Elettromiografia
- Elettrocardiogramma (ECG) dinamico con dispositivi analogici (holter)
- Elettroencefalogramma (EEG) con privazione del sonno
- Elettroencefalogramma (EEG) dinamico 24 ore
- Elettroretinogramma

- Monitoraggio continuo (24 ore) della pressione arteriosa
- Phmetria esofagea e gastrica
- Potenziali evocati
- Spirometria
- Tomografia mappa strumentale della cornea

SERVIZI SEMPRE ATTIVI PER IL SOCIO



- Assistenza telefonica;
- informazioni via email;
- presa in carico per le prestazioni previste con rimborso diretto dal Piano sanitario.



Area riservata al socio per:

- visualizzare e modificare i propri **dati anagrafici**;
- **avviare la richiesta di sussidio** compilando la domanda on line e caricando i documenti di spesa;
- **monitorare lo stato delle proprie pratiche di sussidio**;
- cercare i **centri sanitari convenzionati** su tutto il territorio nazionale.



Il socio può:

- utilizzare **le strutture convenzionate in tutta Italia con FONDO SALUTE, partner di CesarePozzo (poliambulatori, studi specialistici, ospedali, case di cura, ecc...), e quelle della rete gestita dal Consorzio Mu.sa.**;
- usufruire dei tariffari scontati per sé e per i propri familiari aventi diritto;
- accedere alle prestazioni sanitarie convenzionate con tempi di attesa ridotti.

____ 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

