

# Fondo integrativo sanitario **Impresa Sociale** **INTEGRATIVA 2020**

Allegato al Regolamento applicativo dello Statuto

## SEDE NAZIONALE

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



## ABRUZZO

Via Grotta del Cavallone, 11  
65124 PESCARA  
Tel. 085.4212152  
Fax 085.4226442  
[abruzzo@mutuacesarepozzo.it](mailto:abruzzo@mutuacesarepozzo.it)

## BASILICATA

Viale Unicef  
c/o Centro Comm. Galassia  
85100 POTENZA  
Tel. 0971.58791  
Fax 0971.58914  
[basilicata@mutuacesarepozzo.it](mailto:basilicata@mutuacesarepozzo.it)

## CALABRIA

Via Nino Bixio, 15  
89127 REGGIO CALABRIA  
Tel. 0965.331960  
Fax 0965.814305  
[calabria@mutuacesarepozzo.it](mailto:calabria@mutuacesarepozzo.it)

## CAMPANIA

Via Enrico Cosenz, 13  
80142 NAPOLI  
Tel. 081.261568  
Fax 081.289535  
[campania@mutuacesarepozzo.it](mailto:campania@mutuacesarepozzo.it)

## EMILIA-ROMAGNA

Via Boldrini, 18/2  
40121 BOLOGNA  
Tel. 051.6390850  
Fax 051.6393659  
[emilia@mutuacesarepozzo.it](mailto:emilia@mutuacesarepozzo.it)

## FRIULI VENEZIA GIULIA

Via Giustiniano, 8  
34133 TRIESTE  
Tel. 040.367811  
Fax 040.3726001  
[friuli@mutuacesarepozzo.it](mailto:friuli@mutuacesarepozzo.it)

## LAZIO

Via Cavour, 47  
00184 ROMA  
Tel. 06.47886742  
06.4815887  
Fax 06.47886743  
[lazio@mutuacesarepozzo.it](mailto:lazio@mutuacesarepozzo.it)

## LIGURIA

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

## LOMBARDIA

Via Venini, 1  
20127 MILANO  
Tel. 02.66726410  
Fax 02.66726414  
[lombardia@mutuacesarepozzo.it](mailto:lombardia@mutuacesarepozzo.it)

## MARCHE

Via G. Marconi, 227  
60125 ANCONA  
Tel. 071.43437  
Fax 071.2149015  
[marche@mutuacesarepozzo.it](mailto:marche@mutuacesarepozzo.it)

## MOLISE

Via Garibaldi, 67/69  
86100 CAMPOBASSO  
Tel. 0874.482004  
Fax 0874.494098  
[molise@mutuacesarepozzo.it](mailto:molise@mutuacesarepozzo.it)

## PIEMONTE VALLE D'AOSTA

Via Sacchi, 2 bis  
10128 TORINO  
Tel. 011.545651  
Fax 011.5189449  
[piemonte@mutuacesarepozzo.it](mailto:piemonte@mutuacesarepozzo.it)

## PUGLIA

Via Beata Elia di S. Clemente, 223  
70122 BARI  
Tel. 080.5243662  
080.5730206  
Fax 080.5211661  
[puglia@mutuacesarepozzo.it](mailto:puglia@mutuacesarepozzo.it)

## SARDEGNA

Corso Vico, 2  
07100 SASSARI  
Tel. 079.236394  
Fax 079.2010241  
[sardegna@mutuacesarepozzo.it](mailto:sardegna@mutuacesarepozzo.it)

## SICILIA

Via Torino, 27/D  
90133 PALERMO  
Tel. 091.6167012  
Fax 091.6177524  
[sicilia@mutuacesarepozzo.it](mailto:sicilia@mutuacesarepozzo.it)

## TOSCANA

Via degli Orti Oricellari, 34  
50123 FIRENZE  
Tel. 055.211806  
Fax 055.296981  
[toscana@mutuacesarepozzo.it](mailto:toscana@mutuacesarepozzo.it)

## TRENTINO-ALTO ADIGE

Piazza Verdi, 15 int. 4  
39100 BOLZANO  
Tel. 0471.300189  
Fax 0471.309589  
[trentino@mutuacesarepozzo.it](mailto:trentino@mutuacesarepozzo.it)

## UMBRIA

Via Nazario Sauro, 4/B  
06034 FOLIGNO (PG)  
Tel. 0742.342086  
Fax 0742.349043  
[umbria@mutuacesarepozzo.it](mailto:umbria@mutuacesarepozzo.it)

## VENETO

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

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

# Fondo integrativo sanitario **Impresa Sociale** **INTEGRATIVA 2020**

Allegato al Regolamento applicativo dello Statuto

# FONDO INTEGRATIVO SANITARIO IMPRESA SOCIALE INTEGRATIVA 2020

**FORMA DI ASSISTENZA AGGIUNTIVA** - in vigore dal 1 luglio 2020

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

L'iscrizione alla forma di assistenza aggiuntiva **Fondo integrativo sanitario Impresa Sociale Integrativa 2020** 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, l'Iridologia.

## 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 ed 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 in:

- 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 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 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 euro 30,00 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
- Gastroscopia
- 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
- Vescicolodeferentografia
- Wirsungrafia

#### **ALTA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI (ecografia)**

- Ecografia

#### **ECOCOLORDOPPLERGRAFIA**

- Ecodoppler cardiaco compreso color
- Ecocolor Doppler aorta addominale
- Ecocolor Doppler arti inferiore e superiori
- Ecocolor Doppler 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

**info center**

**02.667261**  
Infocenter@mutuacesarepozzo.it

**CHIAMA, SCRIVI, PARTECIPA.**

Il nostro servizio Infocenter risponde a ogni richiesta di informazioni inviata a [infocenter@mutuacesarepozzo.it](mailto:infocenter@mutuacesarepozzo.it) o telefonicamente allo 02.667261. Lun-ven 9.00/13.00 - 13.30/17.30

*Tramite Infocenter il socio può:*

- conoscere le forme di assistenza
- avere informazioni sui regolamenti
- ricevere notizie sulla vita associativa
- richiedere l'attivazione di una presa in carico per avere una prestazione sanitaria presso i centri convenzionati

**CESAREPOZZO**  
**xte**

Un servizio veloce, sicuro e sempre attivo per:

- visualizzare e modificare i **dati anagrafici**
- stampare la **certificazione dei contributi associativi** versati
- stampare lo **storico dei sussidi** erogati
- visualizzare le **forme di assistenza sottoscritte**
- **avviare la richiesta di sussidio direttamente on-line**
- **monitorare lo stato delle proprie pratiche di sussidio**
- cercare i **centri sanitari convenzionati** su tutto il territorio nazionale
- richiedere **informazioni** attraverso la compilazione dell'apposito form



*Con la tessera associativa, il socio può:*

- utilizzare le **strutture convenzionate in tutta Italia con FONDO SALUTE**, partner di **Cesare Pozzo** (poliambulatori, studi specialistici, ospedali, case di cura, centri diagnostici e odontoiatrici), e quelle della rete gestita dal **Consorzio Mu.sa.**
- usufruire dei tariffari agevolati 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.org](http://www.mutuacesarepozzo.org)**