



SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO
CESAREPOZZO
servizi d'integrazione sanitaria

Tutela SIAE 1400

Allegato al Regolamento applicativo dello Statuto

Edizione 2016

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

Tutela SIAE 1400

Allegato al Regolamento applicativo dello Statuto
Edizione 2016

TUTELA SIAE 1400

FORMA DI ASSISTENZA BASE

Contributo associativo annuo - **Euro 1.400,00** (*millequattrocento/00*)

L'iscrizione alla forma di assistenza base Tutela SIAE 1.400 può essere richiesta da tutti coloro che, in possesso dei requisiti previsti dallo Statuto sociale e dal Regolamento applicativo, all'atto della domanda di ammissione alla Società, abbiano compiuto il diciottesimo anno di età e non abbiano superato l'ottantesimo anno di età.

Il Piano sanitario è valido per il solo socio.

Importo del contributo associativo aggiuntivo:

- Coniuge o convivente legato da vincolo affettivo: **euro 1.400,00** annui
- per 1 Figlio/a: **euro 1.200,00** annui
- per 2 Figli: **euro 2.300,00** annui
- oltre 2 figli: **euro 3.400,00** annui

L'adesione ad una o più aggiuntive comporta obbligatoriamente l'inserimento di tutti i familiari, intesi come coniuge o convivente legato da vincolo affettivo o figli, come da definizione di Aveni diritto.

ALLEGATO AL REGOLAMENTO

1 RICOVERI

1.1 Ricovero in Istituto di cura

Al socio, nel caso in cui sia ricoverato in Istituto di cura, spetta un rimborso delle spese sanitarie effettivamente sostenute e documentate relative a:

- a) onorari dei professionisti;
- b) diritti di sala operatoria;
- c) materiali di intervento ed eventuali apparecchi protesici;
- d) retta di degenza, rimborso massimo di euro 200,00 (duecento/00) al giorno per ricoveri fuori convenzione;
- e) assistenza medica ed infermieristica, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati durante il periodo di ricovero relativo all'intervento subito;
- f) 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;
- g) prelievo di organi o parti di esso, ricoveri relativi al donatore, accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico di espianto, cure, medicinali e rette di degenza;
- h) spese di trasporto sanitario (in Italia e all'estero) o spese di rimpatrio della salma per decesso conseguente a grande intervento chirurgico avvenuto all'estero, per un massimo di euro 2.000,00 (duemila/00) annui.

1.2 Intervento chirurgico ambulatoriale

Al socio, nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, spetta il rimborso delle spese per le prestazioni previste ai punti a), b), c), e), f) dell'articolo 1.1 "Ricovero in Istituto di cura".

1.3 Parto cesareo/Aborto terapeutico

Al socio, nel caso di parto cesareo/aborto terapeutico, spetta il rimborso delle spese per le prestazioni previste ai punti a), b), c), d), e), f) dell'articolo 1.1 "Ricovero in Istituto di cura".

1.4 Parto naturale

Al socio, nel caso di parto naturale, spetta il rimborso delle spese per le prestazioni previste ai punti a), b), c), d), e), f) dell'articolo 1.1 "Ricovero in Istituto di cura".

Il sussidio si intende concesso per spese documentate sostenute dal socio fino ad un massimo di euro 3.500,00 (tremilacinquecento/00) nell'arco dell'anno solare.

1.5 Day Hospital

Al socio, nel caso di ricovero in Day Hospital, con o senza intervento chirurgico, spetta il rimborso delle spese per le prestazioni previste ai punti a), b), c), d), e), f) dell'articolo 1.1 "Ricovero in Istituto di cura".

1.6 Massimale

Il sussidio spetta per spese effettivamente sostenute e comunque fino alla concorrenza della somma di euro 80.000 (ottantamila/00) per anno solare e per ricovero. Nel caso di interventi chirurgici sussidiabili indicati nell'Elenco e Tariffario (allegato A), il massimale annuo e per evento è rideterminato in euro 90.000 (novantamila/00) per tutti gli interventi.

1.7 Percentuale di rimborso

I sussidi vengono erogati 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, con franchigia di euro 750 (settecentocinquanta/00) per evento;
- b) in caso di ricovero in strutture sanitarie non convenzionate, il rimborso sarà pari al 100% della spesa sostenuta, con franchigia di euro 1.500 (millecinquecento/00) per evento.

1.8 Assistenza ricovero ospedaliero

Al socio, nel caso in cui sia ricoverato in Istituto di cura e qualora non richieda alcun rimborso, né per il ricovero né per altra prestazione a esso connessa, spetta un sussidio per ogni giorno di ricovero, con un massimo di 120 giorni per anno solare e per evento, di euro 130,00 (centotrenta/00) giornaliero.

1.9 Esclusione della cumulabilità del sussidio

Qualora siano richiesti rimborsi, di cui ai precedenti punti, il socio, deve rilasciare attestazione scritta circa l'operatività, o meno, di polizze integrative e/o assicurazioni sanitarie e/o adesione a Società di mutuo soccorso e/o Fondi sanitari, al fine del calcolo del contributo integrativo erogabile da parte della Società, essendo esclusa, in qualsivoglia caso, la cumulabilità del sussidio in esame - nei limiti dei citati rimborsi - con altre tutele sanitarie.

Il socio deve pertanto presentare attestazione in cui si dichiara che si tratta dell'unico rimborso richiesto. È altresì obbligatorio presentare la documentazione di spesa unicamente in originale, che sarà restituita successivamente con indicato, sulla ricevuta, l'eventuale importo sussidiato.

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.*
 - 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 ALTA DIAGNOSTICA STRUMENTALE E ALTA SPECIALIZZAZIONE

2.1 Diritto al sussidio e suo importo _____

Al socio, nel caso in cui effettui un esame di alta diagnostica strumentale o di alta specializzazione, spetta - per ogni esame effettuato - un sussidio come di seguito indicato:

- a) rimborso del 100% del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket);
- b) rimborso del 100% 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 30,00 (trenta/00) per esame, la parte rimanente è a carico della Società.

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

2.2 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.*
 - 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.*

3 SUSSIDIO PER ESAMI DIAGNOSTICI STRUMENTALI, ESAMI DI LABORATORIO, ACCESSO AL PRONTO SOCCORSO E CURE TERMALI EFFETTUATI TRAMITE SSN (TICKET)

3.1 Diritto al sussidio e suo importo _____

Al socio, nel caso in cui effettui esami diagnostici strumentali, esami di laboratorio, accesso al Pronto Soccorso o cure termali, viene corrisposto, per spese documentate, un sussidio pari al 100% del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket).

Il sussidio viene corrisposto anche a solo scopo di prevenzione o controllo.

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

4 VISITE SPECIALISTICHE

4.1 Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui effettui visite specialistiche, viene corrisposto, per spese documentate, un sussidio come di seguito indicato:

- a) rimborso del 100% del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket);
- b) rimborso del 60% della spesa sostenuta nei casi di visite specialistiche effettuate in regime privato o intramurale, fino a un rimborso massimo di euro 80,00 (ottanta/00) per ciascuna visita e comunque nel limite di due visite per anno solare per ogni singola specializzazione.
- c) per visite effettuate in strutture convenzionate in forma diretta il costo a carico del socio è di euro 30,00 (trenta/00) per esame, la parte rimanente è a carico della Società.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

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

5 NORME COMUNI AGLI ARTICOLI 2) - 3) E 4)

5.1 Massimale

I sussidi previsti ai precedenti punti 2) - 3) e 4) si intendono concessi per spese documentate sostenute dal socio fino ad un massimo di euro 10.000,00 (diecimila/00) nell'arco dell'anno solare.

5.2 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, la Iridiologia.

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

5.3 Prescrizione medica

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

6 LENTI PER OCCHIALI O LENTI A CONTATTO

6.1 Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui acquisti due lenti per occhiali da vista o due lenti a contatto, viene corrisposto un sussidio nella misura del 50% del documento fiscale fino a un massimo di euro 150,00 (centocinquanta/00) nell'anno solare. 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.

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

Il rimborso spetta una volta ogni 4 anni, ridotto a 2 anni, a condizione che sia intervenuta una variazione pari o superiore a mezza diottria.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

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

7 ASSISTENZA DOMICILIARE SANITARIA

7.1 Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui sia colpito da malattie invalidanti temporanee a seguito di ricovero o infortunio, e necessiti di interventi sanitari a domicilio,

spetta un sussidio pari al 50% delle spese sostenute fino a un massimo - per nucleo familiare - di euro 1.000,00 (mille/00) nell'anno solare.

Sono considerati interventi di assistenza sanitaria domiciliare le prestazioni professionali fornite dai medici, in possesso di laurea in Medicina e Chirurgia, da Infermieri, Fisioterapisti, Massofisioterapisti e Terapisti della Riabilitazione motoria, in possesso di idoneo titolo professionale, abilitati per eseguire: terapie mediche, assistenza infermieristica globale, assistenza riabilitativa, fisioterapica e rieducazione funzionale.

Il sussidio sarà liquidato solo se tutte le spese sostenute saranno dettagliatamente documentate e 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) *Certificazione medica specialistica con la descrizione completa delle prestazioni da eseguire e della necessità che le stesse siano effettuate a domicilio, nel caso di Rieducazione funzionale, Massoterapia, Terapia fisica e strumentale, eseguite in regime di assistenza domiciliare.*
- 2) *Certificato medico attestante la malattia invalidante del socio e la tipologia di prestazione domiciliare richiesta.*

8 CICLI DI TERAPIE A SEGUITO INFORTUNIO SUL LAVORO

8.1 Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui necessiti di cicli di cure riabilitative a seguito di infortunio sul lavoro, è riconosciuto un sussidio pari al:

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

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

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

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- 1) *Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale").*
- 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) *Cartella clinica o certificazione sanitaria che attesti l'infortunio.*

9 CURE ODONTOIATRICHE A SEGUITO INFORTUNIO

9.1 Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui sostenga spese odontoiatriche a seguito di infortunio, è riconosciuto un sussidio pari al 100% della spesa sostenuta.

Il sussidio viene concesso solo in presenza del certificato di Pronto soccorso che attesti l'infortunio. Il sussidio viene corrisposto fino a un massimo di euro 2.000,00 (duemila/00) nell'anno solare.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- 1) Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale").
- 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 di Pronto soccorso che attesti l'infortunio.

10 CUMULABILITÀ DEI SUSSIDI

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

11 NORME COMUNI

11.1 Esclusioni

Non sono riconosciuti sussidi per:

- 1) i ricoveri per intervento di correzione o di eliminazione della miopia;
- 2) le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici, gli interventi di implantologia, salvo quanto previsto al punto "Cure dentarie da infortunio";
- 3) le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi e quelli relativi a bambini di età inferiore a tre anni);
- 4) i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- 5) i ricoveri causati dalla necessità del socio di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza;
- 6) Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche del socio che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- 7) le intossicazioni e gli infortuni conseguenti a:
 - abuso di alcolici;
 - uso di allucinogeni;
 - uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti;

- 8) l'aborto volontario non terapeutico;
- 9) la correzione o l'eliminazione di malformazioni o difetti fisici salvo che dagli stessi non consegua una patologia o che gli stessi non siano conseguenti ad infortunio;
- 10) tutte le procedure e gli interventi finalizzati alla fecondazione assistita;
- 11) gli infortuni sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose;
- 12) trattamenti e visite psicologiche, visite pediatriche di controllo;
- 13) le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- 14) le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
- 15) malattie professionali, così come definite dal D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124.

11.2 Esclusioni per patologie preesistenti _____

Il diritto ai sussidi di:

- decesso
- ricovero ospedaliero
- interventi chirurgici sussidiabili
- inabilità totale

se previsti dalla forma di assistenza, non compete quando la causa che ha determinato la richiesta sia conseguente a patologie o infortuni, fatti o eventi preesistenti alla data della domanda di ammissione, se inerenti direttamente al socio, o all'atto del riconoscimento dei familiari aventi diritto.

11.3 Carenze _____

Per tutti i sussidi le carenze sono di 30 gg dalla data di iscrizione.

11.4 Data di iscrizione _____

La data di iscrizione è il primo giorno del mese per cui viene effettuato il primo versamento dei contributi associativi.

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 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 ad imposta di bollo; comunque la Società non rimborsa l'imposta di bollo.

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 ad 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

Interventi chirurgici sussidiabili

Elenco e Tariffario
Allegato A

INTERVENTI CHIRURGICI SUSSIDIABILI

ELENCO E TARIFFARIO

Allegato A

Il rimborso è previsto per spese sanitarie effettivamente sostenute e documentate, secondo le norme previste dal regolamento della forma di assistenza base.

AI FINI DEL SUSSIDIO SI CONSIDERANO I SEGUENTI INTERVENTI CHIRURGICI:

NEUROCHIRURGIA

- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
- Interventi di cranioplastica
- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
- Asportazione tumori dell'orbita
- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
- Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore
- Interventi sul plesso brachiale

CHIRURGIA GENERALE

- Intervento per asportazione tumore maligno della mammella con eventuale applicazione di protesi
- Nodulesctomia mammaria

OCULISTICA

- Interventi per neoplasie del globo oculare
- Intervento di enucleazione del globo oculare

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori maligni del cavo orale
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
- Interventi demolitivi del laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sferoidale e mascellare
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per echinococchi polmonare
- Pneumectomia totale o parziale
- Interventi per cisti o tumori del mediastino

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Interventi sul cuore per via toracotomica
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale
- Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Asportazione di tumore glomico carotideo

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagoplastica
- Intervento per mega-esofago
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Drenaggio di ascesso epatico
- Interventi per echinococchi epatica
- Resezioni epatiche
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Interventi per neoplasie pancreatiche
- Interventi chirurgici sull'ano e sul retto per patologie oncologiche maligne per via endoscopica
- Interventi su bocca, faringe, laringe per patologie oncologiche maligne
- Interventi sul pancreas, fegato e reni per patologie oncologiche maligne

UROLOGIA

- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Cistoprostatovesicolectomia
- Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
- Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare

GINECOLOGIA

- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
- Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
- Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi per costola cervicale
- Interventi di stabilizzazione vertebrale
- Interventi di resezione di corpi vertebrali
- Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
- Interventi di protesizzazione di anca

CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE

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

TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti

____ SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO
CESAREPOZZO
servizi d'integrazione sanitaria

Alta diagnostica strumentale e alta specializzazione

Elenco e Tariffario
Allegato B

ALTA DIAGNOSTICA STRUMENTALE E ALTA SPECIALIZZAZIONE

ELENCO E TARIFFARIO

Allegato B

AL FINE DELLA LIQUIDAZIONE DEL SUSSIDIO, SI CONSIDERANO ACCERTAMENTI DI ALTA DIAGNOSTICA STRUMENTALE I SEGUENTI ESAMI:

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)
- Tomo scintigrafia SPET miocardica
- Miocardioscintigrafia
- Scintigrafia qualunque organo/apparato
- Scintigrafia totale corporea con cellule autologhe marcate

AL FINE DELLA LIQUIDAZIONE DEL SUSSIDIO, SI CONSIDERANO ACCERTAMENTI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE 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
- Ureterosopia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Wirsungrafia

DIAGNOSTICA STRUMENTALE

- Amniocentesi
- Ecocolordoppler aorta addominale
- Ecocolordoppler arti inferiore e superiori
- Ecocolordoppler tronchi sovraortici
- Ecocolordopplergrafia
- Ecodoppler cardiaco compreso color

- Ecografia
- Elettrocardiogramma (ECG) dinamico con dispositivi analogici (holter)
- Elettroencefalogramma (EEG) con privazione del sonno
- Elettroencefalogramma (EEG) dinamico 24 ore
- Elettromiografia
- Elettroretinogramma
- Monitoraggio continuo (24 ore) della pressione arteriosa
- Phmetria esofagea e gastrica
- Potenziali evocati
- Prelievo dei villi coriali
- Spirometria
- Tomografia mappa strumentale della cornea

SERVIZI SEMPRE ATTIVI PER GLI ASSISTITI

info center

02.667261
infocenter@mutuacesarepozzo.it

CHIAMA, SCRIVI, PARTECIPA.

Chiama: il numero 02.667261
dal Lunedì al Venerdì 9.00-13.00 • 13.30-17.30
Scrivi: all'indirizzo e.mail infocenter@mutuacesarepozzo.it

Tramite Infocenter puoi:

- 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 tuoi **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



Il socio può:

- utilizzare le **strutture convenzionate in tutta Italia con FONDO SALUTE**, partner di **Cesare Pozzo** (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.

CESAREPOZZO
xte
APP



Come effettuare il primo accesso tramite l'App?

SCARICA da Play Store l'app **CESAREPOZZOXte APP**
EFFETTUA IL LOGIN inserendo il numero di cellulare registrato in **CESAREPOZZOXte** e la relativa password.

COSA PUOI FARE TRAMITE L'APP?

- Avere la tessera associativa sempre a portata di click
- Caricare le richieste di rimborso dallo smartphone o dal tablet allegando direttamente le scansioni o le foto dei documenti di spesa
- Verificare lo stato delle proprie richieste di rimborso
- Consultare i propri dati anagrafici e le proprie adesioni

PER POTER UTILIZZARE L'APP UFFICIALE OCCORRE ESSERE REGISTRATI A CESAREPOZZOXte

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
infocenter@mutuacesarepozzo.it

www.mutuacesarepozzo.org

