



SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO
CESAREPOZZO
servizi d'integrazione sanitaria

Tutela SIAE 400

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
lobbardia@mutuacesarepozzo.it

MARCHE

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

MOLISE

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

PIEMONTE VALLE D'AOSTA

Via Sacchi, 2 bis
10128 TORINO
Tel. 011.545651
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 400

Allegato al Regolamento applicativo dello Statuto
Edizione 2016

TUTELA SIAE 400

FORMA DI ASSISTENZA BASE

Contributo associativo annuo - **Euro 400,00** (*quattrocento/00*)

L'iscrizione alla forma di assistenza base Tutela SIAE 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 400,00** annui
- per 1 Figlio/a: **euro 360,00** annui
- per 2 Figli: **euro 700,00** annui
- oltre 2 figli: **euro 960,00** 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 Aventi diritto.

ALLEGATO AL REGOLAMENTO

1 RICOVERO OSPEDALIERO

1.1 Ricovero ospedaliero

Al socio, nel caso in cui sia ricoverato in una struttura ospedaliera, dopo le prime tre notti consecutive di ricovero, spetta un sussidio giornaliero dal primo giorno fino al termine del ricovero come di seguito specificato:

- a) euro 50,00 (cinquanta/00) fino al decimo giorno compreso, per il ricovero del socio sottoposto a un intervento chirurgico, parto o a seguito di infortunio; in tali casi, a partire dall'undicesimo giorno, al socio spetta un sussidio giornaliero di euro 30,00 (trenta/00);
- b) euro 70,00 (settanta/00) fino al decimo giorno compreso, per il ricovero del socio, in struttura ospedaliera distante oltre 150 Km dalla residenza o all'estero e sottoposto a un intervento chirurgico, parto o a seguito di infortunio; in tali casi, a partire dall'undicesimo giorno, al socio spetta un sussidio giornaliero di euro 40,00 (quaranta/00);
- c) euro 30,00 (trenta/00) per il ricovero del socio, non sottoposto a un intervento chirurgico, parto o a seguito di infortunio;
- d) euro 40,00 (quaranta/00) per il ricovero del socio, non sottoposto a un intervento chirurgico, parto o a seguito di infortunio, in struttura ospedaliera distante oltre 150 Km dalla residenza o all'estero;

Il sussidio di cui al presente articolo 1.1 non spetta qualora il ricovero avvenga per cure riabilitative.

Il sussidio spetta per un periodo massimo di 100 giorni nell'arco dell'anno solare.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- 1) *Certificato di dimissione in originale dell'Unità operativa (reparto) dell'Ospedale dal quale risulti la data di ingresso, quella di dimissione e la diagnosi.*
- 2) *Per i soci con meno di tre anni di iscrizione è obbligatoria la cartella clinica (completa di anamnesi).*
- 3) *Per ricoveri superiori a 15 giorni è obbligatorio allegare la cartella clinica (completa di anamnesi, diagnosi e diario clinico).*

1.2 Ricovero con convalida

Al socio che ha superato dieci giorni consecutivi di ricovero, spetta un sussidio giornaliero di convalida di euro 30,00 (trenta/00) dal primo giorno fino al termine del ricovero per un massimo di dieci giorni annui.

Il sussidio non compete per il trattamento di cure oncologiche.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

Certificato di dimissione in originale dell'Unità operativa (reparto) dell'Ospedale dal quale risulti la data di ingresso, quella di dimissione e la diagnosi.

2 INTERVENTI CHIRURGICI SUSSIDIABILI

2.1 Norme e importi del sussidio

Al socio, nel caso in cui sia sottoposto ad un 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 ed 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, effettuate 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 parti di esso, ricoveri relativi al donatore, accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico di espianto, cure, medicinali e rette di degenza;
- i) 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 3.000,00 (tremila/00).

2.2 Percentuale di rimborso

Il sussidio spetta per spese effettivamente sostenute e comunque fino alla concorrenza della somma indicata nell'Elenco e Tariffario (allegato A), euro 10.000 (diecimila/00) per tutti gli interventi e per ogni evento ad esclusione del trapianto d'organi che prevede un rimborso massimo di euro 50.000 (cinquantamila/00) per ogni evento. Il sussidio di cui al precedente punto 2.1 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.

2.3 Assistenza ricovero ospedaliero

Al socio, nel caso in cui sia sottoposto a un 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 2.1, il socio potrà richiedere l'assistenza ricovero ospedaliero.

2.4 Sussidio di ricovero ospedaliero

Qualora siano richiesti solo i rimborsi lettera f), g), h), i) di cui al precedente punto 2.1, il socio potrà richiedere il sussidio ospedaliero di cui al punto 1).

2.5 Esclusione della cumulabilità del sussidio

Qualora siano richiesti i rimborsi lettera a), b), c), d), e) di cui al precedente punto 2.1, 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.*

3 CHIRURGIA OCULISTICA

3.1 Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui effettui trattamenti laser o terapie di seguito specificate, viene corrisposto l'80% del documento fiscale compro-

vante l'avvenuto intervento e le relative spese sostenute (per visite specialistiche ed esami diagnostici), comunque fino a un massimo complessivo di euro 500,00 (cintquecento/00).

L'importo massimo del rimborso è erogato una sola volta per persona, sia con intervento ad un solo occhio o ad entrambi gli occhi, anche in tempi diversi. Ai fini del sussidio si considerano interventi laser ad eccimeri i seguenti interventi:

- laserchirurgia della cornea a scopo terapeutico per trattamento completo o trattamenti laser ad 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.*
 - b. *Indicazioni dell'emittente (nome, cognome, residenza o domicilio, numero di partita Iva) con qualificazione professionale e specialistica.*
 - c. *Data di emissione.*
 - d. *Numero e descrizione dettagliata delle prestazioni.*
 - e. *Data in cui le prestazioni sono state fornite o periodi di tempo per le prestazioni di carattere continuativo.*
 - f. *Indicazioni di quietanzamento.*
- 3) *Ricevuta del ticket del Servizio Sanitario Nazionale. Qualora sulla ricevuta del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket) non sia specificata la prestazione effettuata, è obbligatorio allegare la prescrizione medica.*

4 ALTA DIAGNOSTICA STRUMENTALE E ALTA SPECILIZZAZIONE

4.1 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.

4.1.1 Alta diagnostica strumentale

- 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.

4.1.2 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 25,00 (venticinque/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.

4.2 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.*

5 ESAMI DIAGNOSTICI STRUMENTALI

5.1 Diritto al sussidio e suo importo

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

- a) rimborso del 80% del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket);
- b) rimborso del 50% della spesa sostenuta nei casi di esami diagnostici strumentali effettuati in regime privato o intramurale, fino a un rimborso massimo di euro 40,00 (quaranta/00) per ciascun esame.

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.*

6 VISITE SPECIALISTICHE

6.1 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 50% della spesa sostenuta nei casi di visite specialistiche effettuate 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.

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.*

7 NORME COMUNI AGLI ARTICOLI 4), 5) E 6)

7.1 Massimale

I sussidi previsti ai precedenti punti 4), 5) e 6) si intendono concessi per spese documentate sostenute dal socio fino ad un massimo di euro 5.000,00 (cinquemila/00) nell'arco dell'anno solare.

7.2 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.

7.3 Prescrizione medica

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

8 ASSISTENZA DOMICILIARE SANITARIA

8.1 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 necessari 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.*

9 ASSISTENZA DOMICILIARE SANITARIA MALATI

NEOPLASTICI TERMINALI

9.1 Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, ovvero ai suoi beneficiari o agli eredi legittimi, nel caso in cui sia affetto da neoplasie maligne, viene riconosciuto un sussidio fino ad un massimo di euro 1.500,00 (millecinquecento/00) come rimborso alle spese sostenute a domicilio per gli interventi sanitari e le cure praticate negli ultimi sei mesi di vita. Il sussidio verrà liquidato solo se tutte le spese sostenute saranno dettagliatamente documentate e in regola con la normativa fiscale vigente e riconducibili alla patologia in atto.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- 1) *Documentazione analitica in originale delle spese sostenute negli ultimi 6 mesi di vita del malato.*
- 2) *Certificato medico attestante la malattia neoplastica terminale.*
- 3) *Certificato di decesso.*

10 INFORTUNIO EXTRA LAVORO

10.1 Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, in conseguenza di infortunio extra lavoro e di successivo ricovero per un periodo superiore a tre giorni, spetta un sussidio giornaliero, dal primo giorno fino al termine dell'infortunio, pari a euro 30,00 (trenta/00) per un massimo di 60 giorni all'anno solare e per evento.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- 1) *Certificato rilasciato dal medico dell'ASL competente (medico di famiglia), attestante il periodo di malattia.*
- 2) *Dichiarazione dell'Ente dal quale il socio dipende attestante il periodo di assenza per malattia.*
- 3) *Verbale del pronto soccorso attestante l'incidente.*

11 INFORTUNIO SUL LAVORO

11.1 Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, in conseguenza di infortunio sul lavoro e di successivo ricovero per un periodo superiore a tre giorni, spetta un sussidio giornaliero, dal primo giorno fino al termine dell'infortunio, pari a euro 20,00 (venti/00) per un massimo di 60 giorni all'anno solare e per evento.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- 1) *Certificato rilasciato dall'INAIL attestante il periodo di infortunio.*
- 2) *Dichiarazione dell'Ente dal quale il socio dipende attestante il periodo di assenza per infortunio.*
- 3) *Verbale del pronto soccorso attestante l'incidente.*

12 APPARECCHIO GESSATO O IMMOBILIZZANTE

12.1 Diritto al sussidio e suo importo

Il socio, immobilizzato in apparecchio gessato o equivalente, ha diritto ad un sussidio di euro 30,00 (trenta/00) giornalieri per tutta la durata dell'immobilizzazione.

Il sussidio spetta, in caso di malattia, per un periodo massimo di 40 giorni nell'arco dell'anno solare; tale limite è esteso a massimo 120 giorni nell'arco dell'anno solare in caso di infortunio.

Si intende per immobilizzazione in apparecchio gessato o equivalente la condizione clinica radiologicamente testata in ambito di struttura ospedaliera, sia pubblica che privata, che determina l'ingessatura o l'immobilizzazione con bende gessate o tutori equivalenti (per tali intendendosi ogni apparecchio immobilizzante che abbia lo scopo di bloccare articolazioni), applicati a seguito di fratture osteoarticolari o rotture tendineo-legamentose.

Si considera altresì equiparata all'ingessatura l'immobilizzazione con-

seguito a fratture del bacino, del femore o altra grave frattura, che sia resa necessaria in sostituzione dell'ingessatura inapplicabile, nonché l'immobilizzazione conseguente a rottura del coccige purché documentate da certificato medico rilasciato dal SSN.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

Cartella clinica o certificazione medica rilasciata dallo specialista della struttura ospedaliera dove ha eseguito le cure, attestante la diagnosi, il tipo di apparecchio gessato o immobilizzante, nonché la sua durata.

13 INABILITÀ TOTALE

13.1 Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, cui sia stata riconosciuta la totale inabilità fisica o mentale a carattere permanente accertata dai medici degli Enti preposti a questo riconoscimento, tale da provocare un'assoluta e permanente impossibilità a svolgere qualsiasi lavoro, è riconosciuto per una sola volta un sussidio nelle seguenti misure:

- a) euro 15.000,00 (quindicimila/00) per il socio di età inferiore a 30 anni all'atto del provvedimento di riconoscimento dell'inabilità totale;
- b) euro 10.000,00 (diecimila/00) per il socio di età compresa tra i 30 anni e 39 anni all'atto del provvedimento di riconoscimento dell'inabilità totale;
- c) euro 5.000,00 (cinquemila/00) per il socio di età compresa tra i 40 anni e 49 anni all'atto del provvedimento di riconoscimento dell'inabilità totale;
- d) euro 2.500,00 (duemilaseicento/00) per il socio di età compresa tra i 50 anni e 65 anni all'atto del provvedimento di riconoscimento dell'inabilità totale;

L'erogazione del sussidio è subordinata alla effettiva cessazione da qualsiasi attività lavorativa.

13.2 Esclusione dal sussidio

Sono esclusi dal diritto al sussidio i soci che al momento dell'iscrizione alla Società risultino titolari di prestazioni previdenziali o assistenziali liquidate per totale e permanente inabilità al lavoro, nonché coloro che siano titolari di prestazioni pensionistiche di anzianità, vecchiaia o invalidità.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- 1) *Certificato rilasciato dal medico dell'ASL competente (medico di famiglia), attestante il periodo di malattia.*
- 2) *Dichiarazione dell'Ente dal quale il socio dipende attestante il periodo di assenza per malattia.*

14 DECESSO

14.1 Diritto al sussidio e suo importo

Nel caso di decesso del socio, spetta, quale sostegno alla famiglia per

- contribuito alle spese funerarie, un sussidio nelle seguenti misure:
- a) euro 25.000,00 (venticinquemila/00) nel caso in cui il socio deceduto abbia età inferiore ai 35 anni;
 - b) euro 15.000,00 (quindicimila/00) nel caso in cui il socio deceduto abbia età tra 35 e 62 anni;
 - c) euro 5.000,00 (cinquemila/00) nel caso in cui il socio deceduto abbia età tra 63 e 65 anni.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- 1) *Certificato di decesso.*
- 2) *Certificato medico attestante la causa del decesso.*
- 3) *Copia autentica del testamento (ove esiste).*
- 4) *Atto di notorietà o dichiarazione sostitutiva di atto notorio per gli eventuali eredi legittimi in ordine alla loro legittimazione (D.p.r. 28/12/2000 n. 45 - Art. 47 e 21).*
- 5) *Copia autenticata del decreto del giudice tutelare per l'impiego delle somme spettanti agli eredi minori (rilasciato dal Tribunale).*

15 CUMULABILITÀ DEI SUSSIDI

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

16 NORME COMUNI

16.1 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.

16.2 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.

16.3 Carenze _____

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

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

