

**Fondo integrativo sanitario**  
**Impresa Sociale 120**  
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  
[lobbardia@mutuacesarepozzo.it](mailto:lobbardia@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 120**

Allegato al Regolamento applicativo dello Statuto

# FONDO INTEGRATIVO SANITARIO IMPRESA SOCIALE 120

**FORMA DI ASSISTENZA BASE** - in vigore dal 1 gennaio 2021

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

L'iscrizione alla forma di assistenza base **Fondo integrativo sanitario Impresa Sociale 120** 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 fra l'Ente e la Società nazionale di mutuo soccorso Cesare Pozzo.

**ALLEGATO AL REGOLAMENTO**

# AREA RICOVERO

## 1 RICOVERO CON INTERVENTO CHIRURGICO

### 1.1 Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui sia sottoposto a intervento chirurgico sussidiabile, compreso tassativamente nell'Elenco interventi chirurgici sussidiabili (Allegato A), spetta un sussidio per il rimborso delle spese sanitarie effettivamente sostenute e documentate relative a:

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

### 1.2 Percentuale di rimborso

Il sussidio spetta per spese effettivamente sostenute e comunque fino a un massimo di euro 10.000,00 (diecimila/00) per tutti gli interventi e per ogni evento a esclusione del trapianto d'organi che prevede un rimborso massimo di euro 50.000,00 (cinquantamila/00) e per ogni evento.

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

- a) in caso di ricovero in strutture sanitarie convenzionate, con presa in carico in forma diretta da parte della Società, il rimborso sarà pari al

- 100% della spesa sostenuta;
- b) nel caso in cui il socio usufruisca solo dei punti f), g), h), i), il rimborso sarà pari al 100% della spesa sostenuta;
- c) in tutti gli altri casi, il rimborso sarà pari all'80% della spesa sostenuta.

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

Al socio, nel caso in cui sia sottoposto a intervento chirurgico sussidiabile, a titolo di rimborso spese, spetta un sussidio per ogni giorno di ricovero, con un massimo di 20 giorni, di euro 60,00 (sessanta/00) giornalieri per ricovero in Italia o all'estero.

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

### **1.4 Ricovero con intervento chirurgico (non compreso nell'Allegato A)**

Al socio, nel caso in cui sia ricoverato per malattia e/o infortunio in una struttura sanitaria e sia sottoposto a intervento chirurgico, non compreso nell'Elenco interventi chirurgici sussidiabili (Allegato A), dopo le prime 2 notti consecutive di ricovero, spetta un sussidio giornaliero, dal primo giorno fino al termine del ricovero, di euro 30,00 (trenta/00) giornalieri per ricovero in Italia o all'estero.

Il sussidio spetta per un periodo massimo di 7 giorni per ricovero.

#### **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 (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 descrizione dettagliata delle singole prestazioni praticate*
  - e. *data in cui le prestazioni sono state fornite o periodi di tempo per quelle a carattere continuativo*
  - f. *indicazioni di quietanzamento*
- 3) *Ricevuta del ticket del Servizio Sanitario Nazionale. Qualora sulla ricevuta del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket) non sia specificata la prestazione effettuata, è obbligatorio allegare la prescrizione medica*

## **2 CHIRURGIA OCULISTICA**

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

Al socio, nel caso in cui effettui terapie di seguito specificate, viene corrisposto l'80% del documento fiscale comprovante l'avvenuto intervento e le relative spese sostenute (per visite specialistiche ed esami diagnostici), comunque fino a un massimo complessivo di euro 900,00 (novecento/00). L'importo massimo del rimborso è erogato una sola volta, sia con intervento a un solo occhio sia a entrambi gli occhi, anche in tempi diversi.

Ai fini del sussidio si considerano i seguenti interventi mediante laser a

eccimeri:

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

#### **DOCUMENTI DA ALLEGARE**

- 1) *Cartella clinica 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 (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 descrizione dettagliata delle singole prestazioni praticate*
  - e. *data in cui le prestazioni sono state fornite o periodi di tempo per quelle a carattere continuativo*
  - f. *indicazioni di quietanzamento*
- 3) *Ricevuta del ticket del Servizio Sanitario Nazionale. Qualora sulla ricevuta del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket) non sia specificata la prestazione effettuata, è obbligatorio allegare la prescrizione medica*

## **AREA SPECIALISTICA**

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

#### **3.1 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.

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

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

- a) Rimborsato 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 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.

#### **3.1.2 Alta diagnostica strumentale in strutture della Cooperazione convenzionate**

Al socio, nel caso in cui effettui uno degli esami di Alta diagnostica strumentale compresi nell'Allegato B specifico presso le strutture sanitarie della Cooperazione convenzionate in forma diretta spetta un sussidio pari al 100% della spesa con un costo a carico del socio di euro 20,00 (venti/00) per esame.

### **3.1.3 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 massimo di euro 40,00 (quaranta/00);
- c) per esami effettuati in strutture convenzionate in forma diretta il costo a carico del socio è di euro 20,00 (venti/00) per esame, la parte rimanente è a carico della Società.

#### **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 descrizione dettagliata delle singole prestazioni praticate*
  - e. *data in cui le prestazioni sono state fornite o periodi di tempo per quelle a carattere continuativo*
  - f. *Indicazioni di quietanzamento*
- 2) *Ricevuta del ticket del Servizio Sanitario Nazionale. Qualora sulla ricevuta del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket) non sia specificata la prestazione effettuata, è obbligatorio allegare la prescrizione medica*
- 3) *Prescrizione del proprio medico curante contenente la descrizione della patologia*

## **4 VISITE SPECIALISTICHE**

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

Al socio, nel caso in cui effettui una visita specialistica, viene corrisposto per ognuna di esse un sussidio pari al:

- a) 100% del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket);
- b) 50% della spesa sostenuta nei casi di visite in regime privato o intramurale, fino a un rimborso massimo di euro 40,00 (quaranta/00) per ciascuna visita e comunque nel limite di 2 per anno solare per ogni singola specializzazione;
- c) 100% della spesa per visite effettuate in strutture convenzionate con la Società in forma diretta con un costo a carico del socio di euro 30,00 (trenta/00) per visita, la parte rimanente è a carico della Società.

### **4.2 Visite specialistiche in strutture della Cooperazione convenzionate**

Al socio, nel caso in cui effettui visite specialistiche presso le strutture sanitarie della Cooperazione convenzionate in forma diretta, spetta un sussidio pari al 100% della spesa con nessun costo a carico del socio.



### **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 descrizione dettagliata delle singole prestazioni praticate
- e. data in cui le prestazioni sono state fornite o periodi di tempo per quelle a carattere continuativo
- f. indicazioni di quietanzamento

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

## **5 TICKET E PRONTO SOCCORSO**

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

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

### **5.2 Prevenzione e controllo**

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

### **DOCUMENTI DA ALLEGARE**

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

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

### **6.1 Massimale**

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

### **6.2 Esclusioni**

Il sussidio non è concesso per le prestazioni inerenti l'Odontoiatria, l'Ortodonzia, la Medicina legale, la Medicina dello sport, la Medicina del lavoro, la Medicina estetica, il rilascio di patenti, brevetti e abilitazioni, l'Omeopatia, la Medicina olistica, la Chiropratica e l'Iridologia. Sono inoltre escluse e quindi non riconosciute le visite specialistiche effettuate da soggetti non in possesso di laurea in Medicina e Chirurgia.

# AREA TERAPIE RIABILITATIVE E CONSERVATIVE

## 7 TERAPIE RIABILITATIVE E CONSERVATIVE A SEGUITO DI INFORTUNIO

### 7.1 Diritto al sussidio e suo importo \_\_\_\_\_

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

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

I cicli di terapie devono essere effettuati entro 365 giorni dall'infortunio. Il sussidio è erogato esclusivamente a fini riabilitativi, sempreché siano prescritti da un medico "di base" o da uno specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia e siano effettuati da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione, il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

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

Per il diritto al sussidio è necessaria la presenza di un certificato del pronto soccorso.

### 7.2 Massimale \_\_\_\_\_

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

#### **DOCUMENTI DA ALLEGARE**

- 1) Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale") contenente:
  - a. indicazioni dell'assistito (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 descrizione dettagliata delle singole prestazioni praticate
  - e. data in cui le prestazioni sono state fornite o periodi di tempo per quelle a carattere continuativo
  - f. indicazioni di quietanzamento
- 2) Ricevuta del ticket del Servizio Sanitario Nazionale. Qualora sulla ricevuta del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket) non sia specificata la prestazione effettuata, è obbligatorio allegare la prescrizione medica
- 3) Certificato del pronto soccorso attestante l'infortunio
- 4) Prescrizione del proprio medico curante contenente la descrizione della patologia

## 8 TERAPIE RIABILITATIVE E CONSERVATIVE - LOGOPEDIA

### 8.1 Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui necessiti di cicli di cure riabilitative logopediche, è riconosciuto un sussidio pari al 100% della spesa sostenuta con un massimo di euro 25,00 (venticinque/00) per ogni seduta di terapia. Il sussidio viene corrisposto fino a un massimo di euro 150,00 (centocinquanta/ 00) nell'anno solare e previa presentazione della prescrizione del medico curante.

Sono rimborsabili solo le prestazioni effettuate da soggetti in possesso di laurea in Medicina e Chirurgia o da operatori professionali abilitati.

#### **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 descrizione dettagliata delle singole prestazioni praticate
  - e. data in cui le prestazioni sono state fornite o periodi di tempo per quelle a carattere continuativo
  - f. indicazioni di quietanzamento
- 2) Prescrizione del proprio medico curante contenente la descrizione della patologia

## AREA ODONTOIATRICA

### 9 PRESTAZIONI DI ASSISTENZA ODONTOIATRICA -

#### PREVENZIONE

### 9.1 Prevenzione odontoiatrica

Nel caso in cui il socio 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.

## 10 PRESTAZIONI DI ASSISTENZA ODONTOIATRICA – CURE

### 10.1 Cure odontoiatriche in strutture convenzionate

Al socio, nel caso in cui effettui prestazioni odontoiatriche presso strutture sanitarie convenzionate con la Società, viene riconosciuto un sussidio come di seguito specificato:

- otturazione di qualsiasi classe per un massimo di euro 50,00 (cinquanta/00) per elemento e non ripetibile prima di 4 anni per lo stesso elemento;
- estrazione semplice o complessa per un massimo di euro 50,00 (cinquanta/00) per elemento e mai ripetibile per lo stesso elemento;
- impianti osteointegrati per un massimo di euro 300,00 (trecento/00) per impianto e non ripetibile prima di 5 anni per lo stesso elemento.

Il sussidio viene corrisposto fino a un massimo di euro 600,00 (seicento/00) nell'anno solare.

### 10.2 Cure odontoiatriche in strutture non convenzionate

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

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

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

#### **DOCUMENTI DA ALLEGARE**

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

- a. indicazioni dell'assistito (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 descrizione dettagliata delle singole prestazioni praticate
- e. data in cui le prestazioni sono state fornite o periodi di tempo per quelle a 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

## 11 PRESTAZIONI DI ASSISTENZA ODONTOIATRICA – CURE ODONTOIATRICHE A SEGUITO DI INFORTUNIO

### 11.1 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:

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

Il sussidio viene concesso solo in presenza del certificato del pronto soccorso che attesti l'infortunio.

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

#### DOCUMENTI DA ALLEGARE

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

- a. indicazioni dell'assistito (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 descrizione dettagliata delle singole prestazioni praticate
- e. data in cui le prestazioni sono state fornite o periodi di tempo per quelle a carattere continuativo
- f. indicazioni di quietanzamento

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

3) Certificato del pronto soccorso che attesti l'infortunio

## AREA MATERNITÀ E GRAVIDANZA

### 12 MATERNITÀ E GRAVIDANZA

#### 12.1 Diritto al sussidio e suo importo

Al socio spetta un sussidio di euro 300,00 (trecento/00) in occasione di un parto, indipendentemente dall'esito del parto stesso e dal numero dei figli nati. Si ha diritto al sussidio quando il parto avviene dopo la ventiquattresima settimana di gestazione. Tale sussidio spetta anche in caso di adozione, sia nazionale sia internazionale secondo le disposizioni vigenti nella Repubblica Italiana, indipendentemente dal numero di figli adottati (per singola pratica di adozione).

#### DOCUMENTI DA ALLEGARE

- 1) Certificazione rilasciata dal medico ostetrico attestante il parto e la settimana di gestazione in cui esso è avvenuto
- 2) Certificato rilasciato dal Tribunale attestante l'avvenuta adozione

# AREA ASSISTENZA SOCIO SANITARIA

## 13 PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE ASSISTENZIALI –

### INTERVENTI SANITARI A DOMICILIO

#### 13.1 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 pari al 50% delle spese sostenute fino a un massimo di euro 1.000,00 (mille/00) nell'anno solare. Sono considerati interventi di assistenza sanitaria domiciliare le seguenti prestazioni fornite da medici in possesso di laurea in Medicina e Chirurgia e/o da infermieri e/o da fisioterapisti specializzati:

- terapie mediche;
- assistenza per medicazioni, mobilizzazioni, prelievi, rilievi di parametri biologici;
- assistenza riabilitativa e fisioterapia.

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*

## 14 PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE ASSISTENZIALI –

### INTERVENTI NON SANITARI A DOMICILIO

#### 14.1 Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui sia colpito da malattie invalidanti temporanee a seguito di ricovero, di almeno 5 notti, per infortunio o malattia e necessiti di interventi di assistenza non sanitaria a domicilio, spetta un sussidio fino a un massimo di euro 1.000,00 (mille/00) nell'anno solare, come di seguito specificato:

- a) 50% del documento fiscale per interventi domiciliari;
- b) 70% del documento fiscale per interventi non sanitari domiciliari effettuati da strutture della Cooperazione convenzionate con la Società.

Ai fini del sussidio si considerano interventi di assistenza non sanitaria domiciliare esclusivamente quelli atti a dare sollievo e cura della persona nel suo ambiente domestico anche legati a un mantenimento dello stato di igiene.

Rientrano esclusivamente le seguenti attività:

- assistenza/vestizione, sollevamento da letto o poltrona e ricollocazione;
- cura del corpo con intervento igienico personale;
- fare la spesa ed eseguire inderogabili commissioni semplici (posta, banca e simili);
- preparare e somministrare pasti.

A tale fine la Società si riserva di effettuare eventuali controlli medici per accertare le condizioni di accesso e di richiedere tutta la documentazione integrativa medica e fiscale necessaria per accertare la sussistenza della richiesta. La mancata adesione dell'iscritto a tali richieste e/o il mancato invio della documentazione integrativa nei termini assegnati determina la decadenza dal diritto al sussidio.

Il sussidio sarà 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 interventi di assistenza non sanitaria domiciliare effettuati entro 90 giorni dalla data di dimissione del ricovero.

## **14.2 Esclusioni**

Non sono erogabili prestazioni assistenziali domiciliari connesse a ricoveri ospedalieri intervenuti prima dell'iscrizione.

Sono escluse le prestazioni di carattere prettamente sanitario.

### **DOCUMENTI DA ALLEGARE**

- 1) Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale") riportante il dettaglio delle voci e dei giorni in cui sono state rese
- 2) Lettera di dimissione dal ricovero rilasciata dalla struttura sanitaria presso la quale è avvenuto il ricovero
- 3) Documentazione attestante la tipologia di malattia e il tipo di trattamento effettuato
- 4) Certificazione rilasciata dal medico curante che attesti le condizioni per cui si rende necessario il ricorso a prestazioni sanitarie domiciliari e dell'impossibilità a effettuare le ambulatorialmente presso un presidio sanitario
- 5) Copia della presa in carico del soggetto da parte della rete delle Cooperative sociali
- 6) Autocertificazione che attesti lo stato familiare ovvero dalla quale risulti che il richiedente abiti da solo o conviva con coniuge o con altro parente e che questi svolgano attività lavorativa

## **15 TRASPORTO INFERMI**

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

Il socio ha diritto a un sussidio di euro 30,00 (trenta/00) per il trasporto di se stesso con mezzo sanitario. Il sussidio sarà concesso per un massimo di 2 volte nell'anno solare e previa presentazione di documentazione in regola con la normativa fiscale vigente.

### **DOCUMENTI DA ALLEGARE**

- 1) Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale") contenente:
  - a. indicazioni dell'assistito (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 descrizione dettagliata delle singole prestazioni praticate
  - e. data in cui le prestazioni sono state fornite o periodi di tempo per quelle a carattere continuativo
  - f. Indicazioni di quietanzamento.

## **16 NORME COMUNI**

### **16.1 Esclusioni**

Il sussidio non è concesso per le prestazioni inerenti l'Odontoiatria, l'Ortodonzia, la Medicina legale, la Medicina dello sport, la Medicina del lavoro, la Medicina estetica, il rilascio di patenti, brevetti e abilitazioni, l'Omeopatia, la Medicina olistica, la Chiropratica e l'Iridologia. Le prestazioni inerenti l'Odontoiatria sono riconosciute solo secondo quanto previsto nei punti 9, 10 e 11. Sono inoltre escluse e quindi non riconosciute le visite specialistiche effettuate da soggetti non in possesso di laurea in Medicina e Chirurgia.

### **16.1 Cumulabilità**

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

## **NORME GENERALI**

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

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



# **Elenco interventi chirurgici sussidiabili**

## **Allegato A**

## **ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI SUSSIDIABILI ALLEGATO A**

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

Ai fini del sussidio si considerano i seguenti interventi:

### **CHIRURGIA GENERALE**

#### **Collo**

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

#### **Mammella**

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

#### **Esofago, stomaco, colon e peritoneo**

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

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

### **Pancreas e milza**

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

### **Fegato e vie biliari**

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

## **CHIRURGIA TORACOPOLMONARE**

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

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

## **GINECOLOGIA**

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

## **NEUROCHIRURGIA**

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

## **OCULISTICA**

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

## **OTORINOLARINGOIATRIA**

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

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

## CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

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

## UROLOGIA

### **Rene e surrene**

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

### **Vescica**

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

### **Prostata**

H11 Prostatectomia radicale con linfadenectomie

### **Apparato genitale maschile**

H14 Orchiectomia monobilaterale

## **ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**

B10 Coste e sterno interventi per neoplasie maligne

B26 Interventi per costola cervicale

F12 Artrodesi vertebrale

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

F17 Interventi per allungamento arti

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

F02 Artroprotesi totale di anca

## **CHIRURGIA MAXILLOFACCIALE**

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

## **TRAPIANTI DI ORGANO**

M01 Tutti

# **Elenco Alta diagnostica strumentale e Alta specializzazione Allegato B**

Ai fini del sussidio si considerano i seguenti esami di ALTA DIAGNOSTICA STRUMENTALE:

### **RADIOLOGIA CONVENZIONALE (CON CONTRASTO)**

- Angiografia

### **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 a 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

Ai fini del sussidio si considerano i seguenti esami di ALTA SPECIALIZZAZIONE:

### **ECOCOLORDOPPLERGRAFIA**

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

### **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

## **DIAGNOSTICA PER IMMAGINI (ECOGRAFIA)**

- Ecografia

## **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)**

- 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

# SERVIZI SEMPRE ATTIVI PER GLI ASSISTITI

**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 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



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



*Con la tessera associativa, il socio può:*

- utilizzare le **strutture convenzionate in tutta Italia con CesarePozzo** (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



*Per effettuare il primo accesso tramite l'App, è necessario:*

**scaricare** da Play Store/Apple Store l'app **CESAREPOZZOXte** **effettuare IL LOGIN** inserendo il numero di cellulare registrato in **CESAREPOZZOXte** e la relativa password

*Cosa si può 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  
*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)**