



SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO  
**CESAREPOZZO**  
servizi d'integrazione sanitaria

# Tutela sanitaria APCO Base

Allegato al Regolamento applicativo dello Statuto

*Edizione 2017*

## SEDE NAZIONALE

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



### ABRUZZO

Via Grotte 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 Caprera, 8  
89127 REGGIO CALABRIA  
Tel. 0965.331960  
Fax 0965.814305  
[calabria@mutuacesarepozzo.it](mailto:calabria@mutuacesarepozzo.it)

### CAMPANIA

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

### EMILIA ROMAGNA

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

### FRIULI VENEZIA GIULIA

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

### LAZIO

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

### LIGURIA

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

### LOMBARDIA

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

### MARCHE

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

### MOLISE

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

### PIEMONTE VALLE D'AOSTA

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

### PUGLIA

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

### SARDEGNA

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

### SICILIA

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

### TOSCANA

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

### TRENTINO ALTO ADIGE

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

### UMBRIA

Via Nazario Sauro, 4/B  
06034 FOLIGNO  
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

# **Tutela sanitaria APCO Base**

Allegato al Regolamento applicativo dello Statuto  
*Edizione 2017*

# TUTELA SANITARIA APCO BASE

## FORMA DI ASSISTENZA BASE

Contributo associativo annuo:

- per il socio con età compresa tra 18 e 67 anni - **Euro 492,00** (*quattrocentonovantadue/00*)
- per il socio con età compresa tra 68 e 75 anni - **Euro 588,00** (*cinquecentoottantotto/00*)

Il Piano sanitario è valido per il solo socio.

L'iscrizione alla forma di assistenza base “**Tutela sanitaria APCO Base**” può essere richiesta da tutti coloro che siano in possesso dei requisiti previsti dallo Statuto sociale, dal Regolamento applicativo, all'atto della domanda di ammissione alla Società, abbiano compiuto il diciottesimo anno di età e non abbiano superato il settantacinquesimo anno di età.

## TUTELA FAMILIARI AVENTI DIRITTO

Importo del contributo associativo aggiuntivo:

- Coniuge o convivente legato da vincolo affettivo con età compresa tra 18 e 67 anni - **Euro 492,00** (*quattrocentonovantadue/00*) annui
- Coniuge o convivente legato da vincolo affettivo con età compresa tra 68 e 75 anni - **Euro 588,00** (*cinquecentoottantotto/00*) annui
- per 1 figlio/a - **Euro 420,00** (*quattrocentoventi/00*) annui
- per 2 figli - **Euro 804,00** (*ottocentoquattro/00*) annui
- oltre 2 figli - **Euro 1.200,00** (*milleduecento/00*) annui

L'adesione ad una o più forme di assistenza 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. Le prestazioni sono le stesse previste nella forma di assistenza Base Tutela sanitaria APCO Base.

## ALLEGATO AL REGOLAMENTO

# AREA RICOVERO - INTERVENTI

## 1 RICOVERO OSPEDALIERO, CURE ONCOLOGICHE E DELLA TALASSEMIA

### 1.1 Ricovero ospedaliero

Al socio, ricoverato in una struttura ospedaliera, dopo le prime due notti consecutive di ricovero spetta un sussidio giornaliero, dal primo giorno fino al termine del ricovero, di euro 25,00 (venticinque/00).

Il sussidio spetta per un periodo massimo di 90 giorni nell'arco dell'anno solare. Il sussidio di cui al presente articolo 1.1 non spetta qualora il ricovero avvenga per cure riabilitative.

#### **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 Cure oncologiche e della talassemia

Al socio, sottoposto ambulatorialmente o in day hospital, al trattamento di cure oncologiche (chemioterapia, radioterapia, cobaltoterapia, ecc), o sottoposto a emotrasfusioni e/o a trattamenti ferrochelanti per la cura della talassemia, spetta un sussidio giornaliero, per ogni giorno di trattamento, di euro 25,00 (venticinque/00).

#### **DOCUMENTI DA ALLEGARE**

*Certificato dell'Ospedale in cui sono indicate la data di inizio e quella di termine di ogni singolo periodo con indicate tutte le date del trattamento ed il tipo di terapia praticata.*

## 2 INTERVENTI CHIRURGICI SUSSIDIABILI

### 2.1 Norme e importi del sussidio

Al socio, 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 professionisti;
- b) diritti di sala operatoria;
- c) materiale di intervento ed eventuali 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) assistenza medica e infermieristica, 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 protesi, 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 e agli accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico di espianto, cure, medicinali e rette di degenza.
- i) per spese di trasporto sanitario (in Italia e all'estero) o per 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 A, (euro 90.000 per tutti gli interventi, nessun massimale per interventi in strutture convenzionate).

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 al 80% della spesa sostenuta.

## **2.3 Assistenza ricovero ospedaliero**

Al socio, sottoposto a 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) giornaliera per ricovero in Italia;
  - b) euro 60,00 (sessanta/00) giornaliera 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, per se stesso o per avente diritto, 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 (socio o familiare avente diritto).*
  - 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.*

## **AREA SOCIO SANITARIA**

### **3 CICLI DI TERAPIE RIABILITATIVE A SEGUITO**

#### **DI INFORTUNIO SUL LAVORO**

### 3.1 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 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.

## **AREA SPECIALISTICA**

### **4 ESAMI DIAGNOSTICI, ESAMI DI LABORATORIO**

#### **E PRONTO SOCCORSO EFFETTUATI TRAMITE SERVIZIO**

#### **SANITARIO NAZIONALE (TICKET)**

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

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

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

#### **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.*

### **5 ESAMI EFFETTUATI A SCOPO DI PREVENZIONE O CONTROLLO**

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

Al socio, nel caso in cui effettui esami diagnostici strumentali e/o di laboratorio eseguiti anche a solo 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 VISITE SPECIALISTICHE

### 6.1 Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui effettui una visita specialistica viene corrisposto un sussidio come di seguito specificato:

- a) rimborso del 100% del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket); qualora sulla ricevuta del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket), non sia specificata la prestazione effettuata è obbligatorio allegare la prescrizione medica.
- b) rimborso del 100% per visite effettuate in strutture convenzionate con *CesarePozzo* 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.
- c) rimborso 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 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").*
- 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.*

## 7 ALTA DIAGNOSTICA STRUMENTALE E ALTA SPECIALIZZAZIONE

### 7.1 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 specificato:

- a) rimborso del 100% del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket); qualora sulla ricevuta del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket), non sia specificata la prestazione effettuata è obbligatorio allegare la prescrizione medica.
- b) rimborso del 100% per esami effettuati in strutture convenzionate con la Società in forma diretta con un costo a carico del socio di euro 30,00 (trenta/00) per esame, la parte rimanente è a carico della Società.
- c) rimborso del 100% della spesa sostenuta nei casi di esami effettuati in regime privato o intramurale, con un massimo rimborsabile di euro 40,00 (quaranta/00) per esame.

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

#### **DOCUMENTI DA ALLEGARE**

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

## **8 NORME COMUNI AGLI ARTICOLI 4) - 5) - 6) E 7)**

### **8.1 Massimale**

I sussidi relativi all'Area specialistica si intendono concessi per spese documentate e sostenute dal socio fino ad un massimo di euro 5.000,00 (cinquemila/00) nell'arco dell'anno solare.

### **8.2 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 e quindi non riconosciute le visite specialistiche effettuate da soggetti non in possesso di laurea in Medicina e Chirurgia.

## **AREA ASSISTENZA SANITARIA**

## **9 SUSSIDIO ASSISTENZA DOMICILIARE**

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

Al socio, colpito da malattie invalidanti temporanee o permanenti e che 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 fisioterapica.

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) 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.

## **AREA GRAVIDANZA**

### **10 GRAVIDANZA**

#### **10.1 Diritto al sussidio e suo importo** \_\_\_\_\_

Al socio spetta un sussidio per le spese sostenute per le visite specialistiche, per le ecografie e le analisi clinico chimiche effettuate in gravidanza. Il sussidio è erogabile fino ad un massimo rimborsabile di euro 500,00 (cinquecento/00) per gravidanza.

#### **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 attestante lo stato di gravidanza.

## **AREA ODONTOIATRICA**

### **11 CURE ODONTOIATRICHE A SEGUITO 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) rimborso del 100% del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket);
- b) rimborso del 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 di Pronto soccorso che attesti l'infortunio.

Il sussidio viene corrisposto fino a un massimo di euro 1.000,00 (mille/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.*

## **12 CURE ODONTOIATRICHE**

### **12.1 Cure in strutture convenzionate con *CesarePozzo***

Al socio, nel caso in cui effettui presso strutture sanitarie convenzionate con *CesarePozzo*, prestazioni odontoiatriche di:

- a) Igiene orale (detartrasi);
- b) Conservativa (otturazioni);
- c) Chirurgia orale (estrazioni);

viene riconosciuto un sussidio pari al 80% del documento fiscale.

### **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 prestazioni.*
  - e. *Data in cui le prestazioni sono state fornite o periodi di tempo per le prestazioni di carattere continuativo.*
  - f. *Indicazioni di quietanzamento.*

### **12.2 Cure in strutture non convenzionate con *CesarePozzo***

Al socio, nel caso in cui effettui presso strutture sanitarie non convenzionate prestazioni odontoiatriche, viene riconosciuto il seguente sussidio:

- a) *igiene orale (detartrasi), rimborso del 80% della spesa con un massimo di euro 30,00 (trenta/00);*
- b) *conservativa (otturazioni), rimborso del 80% della spesa con un importo massimo di euro 60,00 (sessanta/00), per singola otturazione, a carico del socio;*
- c) *chirurgia orale (estrazioni), rimborso del 50% della spesa con un massimo di euro 50,00 (cinquanta/00) per intervento.*

### **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.*

### **12.3 Massimali cure odontoiatriche**

La prestazione di igiene orale è riconosciuta una sola volta per anno solare.

La prestazione di conservativa (otturazioni) è riconosciuta una sola volta ogni tre anni per lo stesso elemento.

Il sussidio viene corrisposto fino a un massimo di euro 300,00 (trecento/00) nell'anno solare.

## **13 STUDI DENTISTICI CONVENZIONATI**

In aggiunta alle prestazioni erogate per prestazioni odontoiatriche o ortodontiche presso Studi dentistici convenzionati, verranno applicate le agevolazioni economiche previste dalla convenzione stipulata.

## **NORME GENERALI**

### **14 CUMULABILITÀ DEI SUSSIDI**

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

### **15 PERIODO DI CARENZA**

Per acquisire il diritto al sussidio il periodo di carenza è di 120 giorni a decorrere dalla data di iscrizione. Il periodo di carenza è ridotto a 30 giorni se la prestazione è conseguente a infortunio.

### **16 MASSIMALI PER ISCRIZIONI DURANTE L'ANNO SOLARE**

Tutti i massimali si intendono per iscrizioni complete per anno solare. Per iscrizioni avvenute durante il corso dell'anno solare, in cui non viene versato il contributo associativo per l'intera annualità, tutti i massimali della forma di assistenza sono rapportati alle frazioni di mesi per cui è stato versato il contributo.

### **17 PRESCRIZIONE**

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



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

# **Interventi chirurgici sussidiabili**

## **Nomenclatore e tariffario**

### **Allegato A**

# INTERVENTI CHIRURGICI SUSSIDIABILI

## NOMENCLATORE E TARIFFARIO

Allegato A

Per tutti gli interventi in elenco spetta un rimborso massimo di euro 90.000 (novantamila/00) per ricoveri effettuati in strutture sanitarie convenzionate, strutture pubbliche, private o in libera professione. Il rimborso è previsto per spese sanitarie effettivamente sostenute e documentate, secondo le norme previste dal regolamento della prestazione base. Il massimale per socio e per anno solare è di euro 90.000 (novantamila/00).



**Elenco interventi Chirurgici rimborsabili.**  
**Ai fini del sussidio si considerano i seguenti esami:**

### **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  
Nomenclatore e tariffario  
Allegato B**

Al fine della liquidazione del sussidio, si considerano accertamenti di alta diagnostica strumentale e 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
- 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
- Vescicoldeferentografia
- Wirsungrafia

### **DIAGNOSTICA STRUMENTALE** \_\_\_\_\_

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

### **TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC)** \_\_\_\_\_

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

### **RISONANZA MAGNETICA (RM)** \_\_\_\_\_

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

### **PET** \_\_\_\_\_

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

### **DIAGNOSTICA STRUMENTALE** \_\_\_\_\_

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

### **DIAGNOSTICA STRUMENTALE** \_\_\_\_\_

- Amniocentesi
- Prelievo dei villi coriali





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

**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](mailto:infocenter@mutuacesarepozzo.it)*

**[www.mutuacesarepozzo.org](http://www.mutuacesarepozzo.org)**