



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

# Tutela sanitaria APCO Plus

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*



### ABRUZZO

Via Grotte del Cavallone, 11

65124 PESCARA

Tel. 085.4212152

Fax 085.4226442

*abruzzo@mutuacesarepozzo.it*

### BASILICATA

Viale Unicef

c/o Centro Comm. Galassia

85100 POTENZA

Tel. 0971.58791

Fax 0971.58914

*basilicata@mutuacesarepozzo.it*

### CALABRIA

Via Caprera, 8

89127 REGGIO CALABRIA

Tel. 0965.331960

Fax 0965.814305

*calabria@mutuacesarepozzo.it*

### CAMPANIA

Via Enrico Cosenz, 13

80142 NAPOLI

Tel. 081.261568

Fax 081.289535

*campania@mutuacesarepozzo.it*

### EMILIA ROMAGNA

Via Boldrini, 18/2

40121 BOLOGNA

Tel. 051.6390850

Fax 051.6393659

*emilia@mutuacesarepozzo.it*

### FRIULI VENEZIA GIULIA

Via Giustiniano, 8

34133 TRIESTE

Tel. 040.367811

Fax 040.3726001

*friuli@mutuacesarepozzo.it*

### LAZIO

Via Cavour, 47

00184 ROMA

Tel. 06.47886742

06.4815887

Fax 06.47886743

*lazio@mutuacesarepozzo.it*

### LIGURIA

Via E. De Amicis, 6/2

16122 GENOVA

Tel. 010.5702787

Fax 010.5452134

*liguria@mutuacesarepozzo.it*

### LOMBARDIA

Via Venini, 1

20127 MILANO

Tel. 02.66726410

Fax 02.66726414

*lombardia@mutuacesarepozzo.it*

### MARCHE

Via G. Marconi, 227

60125 ANCONA

Tel. 071.43437

Fax 071.2149015

*marche@mutuacesarepozzo.it*

### MOLISE

Via Garibaldi, 67/69

86100 CAMPOBASSO

Tel. 0874.482004

Fax 0874.494098

*molise@mutuacesarepozzo.it*

### PIEMONTE VALLE D'AOSTA

Via Sacchi, 2 bis

10128 TORINO

Tel. 011.545651

Fax 011.5189449

*piemonte@mutuacesarepozzo.it*

### PUGLIA

Via Beata Elia di S. Clemente, 223

70122 BARI

Tel. 080.5243662

080.5730206

Fax 080.5211661

*puglia@mutuacesarepozzo.it*

### SARDEGNA

Corso Vico, 2

07100 SASSARI

Tel. 079.236394

Fax 079.2010241

*sardegna@mutuacesarepozzo.it*

### SICILIA

Via Torino, 27/D

90133 PALERMO

Tel. 091.6167012

Fax 091.6177524

*sicilia@mutuacesarepozzo.it*

### TOSCANA

Via degli Orti Oricellari, 34

50123 FIRENZE

Tel. 055.211806

Fax 055.296981

*toscana@mutuacesarepozzo.it*

### TRENTINO ALTO ADIGE

Piazza Verdi, 15 int. 4

39100 BOLZANO

Tel. 0471.300189

Fax 0471.309589

*trentino@mutuacesarepozzo.it*

### UMBRIA

Via Nazario Sauro, 4/B

06034 FOLIGNO

Tel. 0742.342086

Fax 0742.349043

*umbria@mutuacesarepozzo.it*

### VENETO

Via Ulloa, 5

30175 MARGHERA (VE)

Tel. 041.926751

Fax 041.5387659

*veneto@mutuacesarepozzo.it*

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

# **Tutela sanitaria APCO Plus**

Allegato al Regolamento applicativo dello Statuto  
*Edizione 2017*

# TUTELA SANITARIA APCO PLUS

## FORMA DI ASSISTENZA BASE

Contributo associativo annuo:

- per il socio con età compresa tra 18 e 67 anni - **Euro 930,00** (*novecentotrenta/00*)
- per il socio con età compresa tra 68 e 75 anni - **Euro 1.128,00** (*millecentoventotto/00*)

Il Piano sanitario è valido per il solo socio.

L'iscrizione alla forma di assistenza base "**Tutela sanitaria APCO Plus**" 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 930,00** (*novecentotrenta/00*) annui
- Coniuge o convivente legato da vincolo affettivo con età compresa tra 68 e 75 anni - **Euro 1.128,00** (*millecentoventotto/00*) annui
- per 1 figlio/a - **Euro 792,00** (*settecentonovantadue/00*) annui
- per 2 figli - **Euro 1.524,00** (*millecinquecentoventiquattro/00*) annui
- oltre 2 figli - **Euro 2.256,00** (*duemiladuecentocinquantasei/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 Plus.

## 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 50,00 (cinquanta/00).

Il sussidio spetta per un periodo massimo di 100 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 Degenza in ricovero diurno con intervento chirurgico

Al socio, ricoverato in struttura ospedaliera in regime di ricovero diurno con intervento chirurgico, anche se preceduto o seguito da un singolo pernottamento ospedaliero, spetta un sussidio forfettario di euro 150,00 (centocinquanta/00).

#### **DOCUMENTI DA ALLEGARE**

*Cartella clinica in cui sono indicati i giorni di effettivo ricovero specificatamente documentati, la diagnosi e il tipo di intervento effettuato, con l'annotazione che il ricovero è avvenuto in regime di ricovero diurno o Day Surgery.*

### 1.3 Ricovero per cure riabilitative

Al socio, nel caso in cui sia ricoverato in una struttura sanitaria per cure riabilitative, dopo le prime due notti consecutive di ricovero spetta un sussidio giornaliero, dal primo giorno fino al termine del ricovero, di euro 30,00 (trenta/00) per il ricovero del socio.

Il sussidio spetta per un periodo massimo di 15 giorni nell'arco dell'anno solare.

#### **DOCUMENTI DA ALLEGARE**

*Cartella clinica dalla quale risulti la data di ingresso, quella di dimissione, il tipo di diagnosi e le terapie praticate.*

#### **1.4 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 emotra-sfuzioni e/o a trattamenti ferrochelanti per la cura della talassemia, spetta un sussidio giornaliero, per ogni giorno di trattamento, di euro 50,00 (cinquanta/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 2.000,00 (duemila/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 2.000,00 (duemila/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 100.000 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 venticinque giorni, come di seguito specificato:

- a) euro 50,00 (cinquanta/00) giornaliera per ricovero in Italia;
- b) euro 80,00 (ottanta/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.

## **2.6 Intervento per neonati**

Sono compresi nella tutela tutti gli interventi sostenuti dal figlio del socio, durante il primo anno di vita, per la correzioni di malformazioni congenite, con un massimale ad intervento di euro 10.000 (diecimila/00).

#### **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 60% della spesa sostenuta nei casi di visite in regime privato o intramurale, fino a un rimborso massimo di euro 80,00 (ottanta/00) per ciascuna visita e comunque nel limite di due visite per anno solare per ogni singola specializzazione.

#### **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 100,00 (cento/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 CURE TERMALI**

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

Al socio, nel caso in cui effettui cure termali, 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.*

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

### **9.1 Massimale**

I sussidi relativi all'Area specialistica si intendono concessi per spese documentate e sostenute dal socio fino ad un massimo di euro 8.000,00 (ottomila/00) nell'arco dell'anno solare.

### **9.2 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**

## **10 SUSSIDIO ASSISTENZA DOMICILIARE**

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

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

**11 ASSISTENZA DOMICILIARE SANITARIA PER MALATI****NEOPLASTICI TERMINALI****11.1 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 2.000,00 (duemila/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.*

**AREA GRAVIDANZA****12 GRAVIDANZA****12.1 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 1.000,00 (mille/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 OCULISTICA

### 13 INTERVENTO CORRETTIVO LASER AD ECCIMERI

#### 13.1 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 comprovante l'avvenuto intervento e le relative spese sostenute (per visite specialistiche ed esami diagnostici), comunque fino a un massimo complessivo di euro 1.200,00 (milleduecento/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 (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. *Data in cui le prestazioni sono state fornite o periodi di tempo per le prestazioni di carattere continuativo.*
  - e. *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 ODONTOIATRICA

### 14 CURE ODONTOIATRICHE A SEGUITO INFORTUNIO

#### 14.1 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 in regime privato.

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

Il sussidio viene corrisposto fino a un massimo di euro 2.000,00 (duemila/00) nell'anno solare.

#### **DOCUMENTI DA ALLEGARE**

- 1) *Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale").*
- 2) *Ricevuta del ticket del Servizio Sanitario Nazionale. Qualora sulla ricevuta del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket), non sia specificata la prestazione effettuata è obbligatorio allegare la prescrizione medica.*
- 3) *Certificato di Pronto soccorso che attesti l'infortunio.*

## **15 CURE ODONTOIATRICHE**

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

Al socio, nel caso in cui effettui prestazioni odontoiatriche presso strutture sanitarie convenzionate con la Società, viene riconosciuto un sussidio con il massimo rimborsabile previsto per ogni singola voce dell'allegato "C".

Alla richiesta di sussidio deve essere allegata la scheda del piano terapeutico con indicato il codice e il tipo di prestazione effettuata.

Il sussidio viene corrisposto fino a un massimo di euro 5.000,00 (cinquemila/00) nell'anno solare.

#### **DOCUMENTI DA ALLEGARE**

- 1) *Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale") contenente:*
  - a. *Indicazioni dell'assistito (socio).*
  - b. *Indicazioni dell'emittente (nome, cognome, residenza o domicilio, numero di partita Iva) con qualificazione professionale e specialistica.*
  - c. *Data di emissione.*
  - d. *Numero e 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) *Piano terapeutico con indicato il codice e il tipo di prestazione effettuata.*

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

Al socio, nel caso in cui effettui presso strutture sanitarie non convenzionate prestazioni odontoiatriche o ortodontiche viene riconosciuto un sussidio pari al 50%. Il sussidio viene corrisposto fino a un massimo di euro 180,00 (centottanta/00) nell'anno solare. La prestazione di igiene orale è riconosciuta una sola volta per 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.*

### **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 100.000 (centomila/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 100.000 (centomila/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



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

# **Prestazioni Odontoiatriche**

## **Nomenclatore e Tariffario**

### **Allegato C**

## VISITA SPECIALISTICA - RADIOLOGIA

| CODICE     | PRESTAZIONE   | LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI  | SUSSIDI AL SOCIO |
|------------|---|--|------------------|
| <b>A01</b> | Visita odontoiatrica specialistica con "piano di cure" preventivo di spesa.   | Inclusa nel piano terapeutico.   | <b>€ 0,00</b>    |
| <b>A02</b> | Radiografia endorale periapicale: devono essere visibili almeno tre elementi dentari posteriori e tre elementi anteriori.   | Massimo: tre lastrine pre-cure e tre lastrine post-cure, unicamente in riferimento alle prestazioni richieste.   | <b>€ 10,00</b>   |
| <b>A03</b> | Set completo Rx endorali (studio paradontale).  | Massimo una volta l'anno   | <b>€ 144,00</b>  |
| <b>A04</b> | Telecranio pre e post-cure (qualsiasi numero di proiezioni) compreso eventuale esame cefalometrico pre-cure odontoiatriche.   | Massimo due volte l'anno. Non rimborsabile se eseguite le fotografie pre e post-cure; unicamente in riferimento alle prestazioni richieste.                                | <b>€ 31,00</b>   |
| <b>A05</b> | Ortopantomografia (OPT).  | Massimo due volte l'anno.  | <b>€ 31,00</b>   |
| <b>A06</b> | Radiografia occlusionale: in caso di grandi riabilitazioni, laddove non sono sufficienti le tre, Rx endorali/fotografie intraorali post-cure o non sia possibile eseguire una OPT post-cure periapicale: devono essere visibili almeno tre elementi dentari contigui o la zona anatomica contigua (lastrine 4x3). | Massimo: due lastrine occlusali post-cure: un radiogramma per arcata superiore, un radiogramma per arcata inferiore; unicamente in riferimento alle prestazioni richieste. | <b>€ 12,00</b>   |
| <b>A07</b> | In alternativa ad OPT e/o Rx endorali periapicale: fotografia o immagine video intraorale.  | Massimo due fotografie pre-cure o due fotografie endorali occlusali pre e post-cure.   | <b>€ 12,00</b>   |
| <b>A08</b> | In alternativa a Telecranio ed esame cefalometrico pre-cure ortodontiche per la terapia funzionale rimovibile: Fotografia del morso/morso inverso fotografia o immagine video intraorale.   | Massimo tre fotografie pre-cure; unicamente in riferimento alle prestazioni richieste.   | <b>€ 12,00</b>   |
| <b>A09</b> | In alternativa a Telecranio post-cure per la terapia ortodontica funzionale rimovibile: fotografia dei modelli in occlusione.   | Al massimo tre fotografie post-cure; unicamente in riferimento alle prestazioni richieste.   | <b>€ 12,00</b>   |
| <b>A10</b> | Dentalscan una arcata dentarie.   | Massimo due volte l'anno.  | <b>€ 43,00</b>   |
| <b>A11</b> | Dentalscan entrambe le arcate dentarie.   | Massimo due volte l'anno.  | <b>€ 72,00</b>   |

## IGIENE ORALE e PREVENZIONE

| CODICE     | PRESTAZIONE   | LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI              | SUSSIDI AL SOCIO |
|------------|---|--|------------------|
| <b>B01</b> | Seduta di igiene e profilassi pulizia con prophylaxia e/o pasta, bocca completa.                    | Una sola volta nell'anno solare.                 | <b>€ 19,00</b>   |
| <b>B02</b> | Ablazione del tartaro sopragengivale per ambo le arcate.  | Una sola volta nell'anno solare.                 | <b>€ 60,00</b>   |
| <b>B03</b> | Scaling/levigatura radicolare a dente.  | Una volta, mai ripetibile sullo stesso elemento. | <b>€ 10,00</b>   |
| <b>B04</b> | Trattamento sbiancante bocca completa (escluso denti non vitali).                                   | Non ripetibile prima di quattro anni.            | <b>€ 120,00</b>  |
| <b>B05</b> | Trattamento sbiancante dente non vitale, a seduta escluse eventuali terapie canalari e otturazioni. | Non ripetibile prima di quattro anni.            | <b>€ 24,00</b>   |
| <b>B06</b> | Disinfezione delle tasche parodontali.  | Una sola volta nell'anno solare.                 | <b>€ 19,00</b>   |
| <b>B07</b> | Fluoro profilassi topica.   | Una sola volta nell'anno solare.                 | <b>€ 19,00</b>   |
| <b>B08</b> | Sigillatura: solchi o aree sensibili.   | Non ripetibile prima di quattro anni.            | <b>€ 14,00</b>   |

## ENDODONZIA

| CODICE     | PRESTAZIONE   | LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI                      | SUSSIDI AL SOCIO |
|------------|---|--|------------------|
| <b>C01</b> | Trattamento endodontico monocalare -per elemento (1canale - esclusa otturazione della cavità di accesso e ricostruzione coronale pre-endodontica) - comprese Rx endorali.         | Non ripetibile prima di tre anni per lo stesso elemento. | <b>€ 96,00</b>   |
| <b>C02</b> | Trattamento endodontico bicanalare -per elemento (2 canali -esclusa otturazione della cavità di accesso e ricostruzione coronale pre-endodontica) - comprese Rx endorali.         | Non ripetibile prima di tre anni per lo stesso elemento. | <b>€ 120,00</b>  |
| <b>C03</b> | Trattamento endodontico tricanalare o più -per elemento (3 canali -esclusa otturazione della cavità di accesso e ricostruzione coronale pre-endodontica) - comprese Rx endorali.  | Non ripetibile prima di tre anni per lo stesso elemento. | <b>€ 144,00</b>  |
| <b>C04</b> | Ritratamento endodontico monocalare -per elemento (1 canale -esclusa otturazione della cavità di accesso e ricostruzione coronale pre-endodontica) - comprese Rx endorali.        | Non ripetibile prima di tre anni per lo stesso elemento. | <b>€ 120,00</b>  |
| <b>C05</b> | Ritratamento endodontico bicanalare -per elemento (2 canali -esclusa otturazione della cavità di accesso e ricostruzione coronale pre-endodontica) - comprese Rx endorali.        | Non ripetibile prima di tre anni per lo stesso elemento. | <b>€ 144,00</b>  |
| <b>C06</b> | Ritratamento endodontico tricanalare o più -per elemento (3 canali -esclusa otturazione della cavità di accesso e ricostruzione coronale pre-endodontica) - comprese Rx endorali. | Non ripetibile prima di tre anni per lo stesso elemento. | <b>€ 168,00</b>  |
| <b>C07</b> | Asportazione tessuto pulpare parziale o totale ed eventuale otturazione della camera pulpare -per elemento (qualsiasi numero di canali).  | Non ripetibile prima di tre anni per lo stesso elemento. | <b>€ 58,00</b>   |

## CONSERVATIVA

| CODICE     | PRESTAZIONE   | LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI                          | SUSSIDI AL SOCIO |
|------------|---|--|------------------|
| <b>D01</b> | Otturazione a 1 superficie (restauro definitivo di cavità con qualsiasi materiale da otturazione -per elemento).  | Non ripetibile prima di quattro anni per lo stesso elemento. | <b>€ 38,00</b>   |
| <b>D02</b> | Otturazione a 2 superfici (restauro definitivo di cavità che coinvolge due superfici contigue al dente, qualsiasi materiale da otturazione -per elemento).  | Non ripetibile prima di quattro anni per lo stesso elemento. | <b>€ 72,00</b>   |
| <b>D03</b> | Otturazione a 3 superfici (restauro definitivo di cavità che coinvolge tre superfici contigue del dente, qualsiasi materiale da otturazione -per elemento). | Non ripetibile prima di quattro anni per lo stesso elemento. | <b>€ 76,00</b>   |
| <b>D04</b> | Ricostruzione del dente con perni endocanalari -per elemento (qualsiasi tipo di metodica).  | Non ripetibile prima di quattro anni per lo stesso elemento. | <b>€ 96,00</b>   |

## CHIRURGIA ORALE

| CODICE     | PRESTAZIONE   | LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI              | SUSSIDI AL SOCIO |
|------------|---|--|------------------|
| <b>E01</b> | Estrazione chirurgica di dente o radice semplice o complessa, (per qualsiasi numero di radici incluse di elementi pluriradicolati scoronati).   | Una volta, mai ripetibile sullo stesso elemento. | <b>€ 38,00</b>   |
| <b>E02</b> | Estrazione complessa di dente incluso o semi incluso o rimozione semplice o complessa di abutment in titanio -per elemento- per abutment (qualsiasi numero di denti o di elementi pluriradicolati scoronati). | Una volta, mai ripetibile sullo stesso elemento. | <b>€ 120,00</b>  |

## CHIRURGIA ORALE

| CODICE     | PRESTAZIONE   | LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI  | SUSSIDI AL SOCIO |
|------------|---|--|------------------|
| <b>E03</b> | Estrazione dente deciduo.   | Una volta, mai ripetibile sullo stesso elemento.   | <b>€ 19,00</b>   |
| <b>E04</b> | Interventi di piccola chirurgia orale: asportazione di cisti mucose o di piccole neoplasie - per emiarcata e medicazioni successive.  | Non ripetibile prima di un anni per la stessa emiarcata. Costo esame istologico non rimborsabile.                  | <b>€ 96,00</b>   |
| <b>E05</b> | Scappucciamento dente incluso a scopo ortodontico.  | Una volta, mai ripetibile sullo stesso elemento.   | <b>€ 120,00</b>  |
| <b>E06</b> | Apicectomia con otturazione retrograda (qualsiasi numero di radici).  | Non ripetibile prima di un anno sulla stessa emiarcata.  | <b>€ 120,00</b>  |
| <b>E07</b> | Rizotomia compresa estrazione di singola/e radici di dente pluriradicolato -per elemento (qualsiasi numero di radici -compreso lembo- non associabile ad altri tipi di prestazione).  | Una sola volta, mai ripetibile sullo stesso elemento.  | <b>€ 96,00</b>   |
| <b>E08</b> | Incisione ascesso, più medicazioni successive.  | Una sola volta, mai ripetibile prima di un anno sulla stessa emiarcata.  | <b>€ 96,00</b>   |
| <b>E09</b> | Asportazione di neoformazione per escissione completa di: calcoli salivari, epulide, cisti mucosa intraorale o granuloma periferico a cellule giganti compresa eventuale resezione dell'osso alveolare.   | Una volta, mai ripetibile. Costo esame istologico non rimborsabile.  | <b>€ 120,00</b>  |
| <b>E10</b> | Intervento per prelievo bioptico dei tessuti molli o duri, qualsiasi regione della cavità orale, compresa la lingua (qualsiasi numero di prelievi per un unico tempo chirurgico).   | Una sola volta, nella stessa zona anatomica, salvo autorizzazione medica. Costo esame istologico non rimborsabile. | <b>€ 72,00</b>   |
| <b>E11</b> | Frenulotomia / Frenulectomia- per due arcate.   | Mai ripetibile sulla stessa arcata.  | <b>€ 86,00</b>   |
| <b>E12</b> | Osteoplastica.  | Una sola volta, mai ripetibile sullo stesso elemento.  | <b>€ 58,00</b>   |
| <b>E13</b> | Separazione di radici in dente pluriradicolato -per elemento (qualsiasi numero di radici compreso lembo -non associabile ad altri tipi di prestazione).   | Una sola volta, mai ripetibile sullo stesso elemento.  | <b>€ 48,00</b>   |
| <b>E14</b> | Intervento di chirurgia ortodontica per esposizione di elemento incluso, comprensivo dell'eventuale posizionamento di viti transmucose (qualsiasi tipo) per trazione elementi infraocclusione o parziale erotti, compresa la prestazione dell'ortodontista per l'ancoraggio-per elemento. | Mai ripetibile sullo stesso elemento.  | <b>€ 58,00</b>   |
| <b>E15</b> | Intervento per regolarizzazione cresta alveolare parzialmente edentula o edentula, o exeresi torus palatino o torus mandibolare per fini protesici -per emiarcata.  | Non ripetibile prima di otto anni per la stessa emiarcata.   | <b>€ 72,00</b>   |

## PARODONTOLOGIA

| CODICE     | PRESTAZIONE   | LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI                    | SUSSIDI AL SOCIO |
|------------|---|--|------------------|
| <b>F01</b> | Intervento di chirurgia gengivale o scaling e root planing a cielo aperto-per arcata (incluso qualsiasi tipo di lembo-inclusa sutura).                                  | Non ripetibile prima di otto anni sulla stessa arcata. | <b>€ 240,00</b>  |
| <b>F02</b> | Intervento di chirurgia mucogengivale o di approfondimento di fornice inclusa frenulectomia o frenulotomia-per arcata (incluso qualsiasi tipo di lembo-inclusa sutura). | Non ripetibile prima di otto anni sulla stessa arcata. | <b>€ 125,00</b>  |

## PARODONTOLOGIA

| CODICE     | PRESTAZIONE   | LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI                         | SUSSIDI AL SOCIO |
|------------|---|---|------------------|
| <b>F03</b> | Intervento di chirurgia ossea (resetiva o allungamento di corona clinica o rigenerativa) per emiarcata (trattamento completo-incluso qualsiasi tipo di lembo-inclusa sutura). | Non ripetibile prima di otto anni sulla stessa arcata.      | <b>€ 120,00</b>  |
| <b>F04</b> | Intervento per gengivectomia o gengivoplastica-per emiarcata (come unica prestazione- non associabile ad altre).  | Non ripetibile prima di otto anni sulla stessa emiarcata.   | <b>€ 120,00</b>  |
| <b>F05</b> | Utilizzo di materiali biocompatibili-per emiarcata (qualsiasi tipo di lembo-inclusa sutura).  | Non ripetibile prima di otto anni sulla stessa emiarcata.   | <b>€ 86,00</b>   |
| <b>F06</b> | Bloccaggio interdentale-per emiarcata (qualsiasi materiale utilizzato).   | Non ripetibile prima di otto anni sulla stessa emiarcata.   | <b>€ 48,00</b>   |
| <b>F07</b> | Innesto epitelio -connettivale, uno o più denti.  | Non ripetibile sulla stessa emiarcata.                      | <b>€ 240,00</b>  |
| <b>F08</b> | Applicazione; qualsiasi tessuto, a dente.   | Non ripetibile sulla stessa emiarcata.                      | <b>€ 38,00</b>   |
| <b>F09</b> | Splintaggio-retainer extracoronale, a dente.  | Non ripetibile sulla stessa emiarcata.                      | <b>€ 19,00</b>   |
| <b>F10</b> | Splintaggio intracoronale fuso, a dente.  | Non ripetibile prima di quattro anni sullo stesso elemento. | <b>€ 62,00</b>   |

## IMPLANTOLOGIA e RIGENERAZIONE OSSEA

| CODICE     | PRESTAZIONE  | LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI  | SUSSIDI AL SOCIO |
|------------|--|--|------------------|
| <b>H01</b> | Impianto osteo-integrato per posizionamento di abutment -qualsiasi tipo di abutment- come unica prestazione e per abutment- compreso abutment. | Una volta, mai ripetibile per lo stesso elemento.  | <b>€ 576,00</b>  |
| <b>H02</b> | Abutment estetico in ceramica individualizzato.  | Una volta, mai ripetibile per la stessa emiarcata. In caso di esecuzione di due interventi chirurgici contemporaneamente nella stessa seduta operatoria il secondo intervento verrà rimborsato al 50%. | <b>€ 192,00</b>  |
| <b>H03</b> | Piccolo rialzo del seno mascellare.  | Una volta, mai ripetibile per la stessa emiarcata. In caso di esecuzione di due interventi chirurgici contemporaneamente nella stessa seduta operatoria il secondo intervento verrà rimborsato al 50%. | <b>€ 240,00</b>  |
| <b>H04</b> | Grande rialzo del seno mascellare.   | Una volta, mai ripetibile per la stessa emiarcata.   | <b>€ 480,00</b>  |
| <b>H05</b> | Aumento di cresta.   | Una volta, mai ripetibile per la stessa emiarcata.   | <b>€ 384,00</b>  |
| <b>H06</b> | Rimozione vecchio impianto.  | Una volta, mai ripetibile sullo stesso elemento.   | <b>€ 96,00</b>   |

## PROTESI FISSA

| CODICE     | PRESTAZIONE  | LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI  | SUSSIDI AL SOCIO |
|------------|--|--|------------------|
| <b>L01</b> | Primo elemento provvisorio in resina -per elemento.  | Massimo una volta per la protesizzazione dello stesso elemento, non ripetibile prima di otto anni. | <b>€ 34,00</b>   |
| <b>L02</b> | Secondo elemento provvisorio in resina -per elemento.                                      | Massimo una volta per la protesizzazione dello stesso elemento, non ripetibile prima di otto anni. | <b>€ 34,00</b>   |
| <b>L03</b> | Elemento in resina provvisorio armato -qualsiasi tipo di provvisorio armato- per elemento. | Massimo una volta per la protesizzazione dello stesso elemento, non ripetibile prima di otto anni. | <b>€ 120,00</b>  |
| <b>L04</b> | Corona fusa L.N.P.   | Non ripetibile prima di otto anni per lo stesso elemento.  | <b>€ 173,00</b>  |
| <b>L05</b> | Corona fusa L.P.   | Non ripetibile prima di otto anni per lo stesso elemento.  | <b>€ 192,00</b>  |

## PROTESI FISSA

| CODICE     | PRESTAZIONE  | LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI                       | SUSSIDI AL SOCIO |
|------------|--|---|------------------|
| <b>L06</b> | Corona weener metallo-resina L.N.P.  | Non ripetibile prima di otto anni per lo stesso elemento. | <b>€ 192,00</b>  |
| <b>L07</b> | Corona weener metallo-resina L.P.  | Non ripetibile prima di otto anni per lo stesso elemento. | <b>€ 264,00</b>  |
| <b>L08</b> | Corona metallo-ceramica L.N.P.   | Non ripetibile prima di otto anni per lo stesso elemento. | <b>€ 330,00</b>  |
| <b>L09</b> | Corona metallo-ceramica L.P. o galvanica.  | Non ripetibile prima di otto anni per lo stesso elemento. | <b>€ 336,00</b>  |
| <b>L10</b> | Corona in composito/vetropolimero.   | Non ripetibile prima di otto anni per lo stesso elemento. | <b>€ 173,00</b>  |
| <b>L11</b> | Corona in ceramica integrale.  | Non ripetibile prima di otto anni per lo stesso elemento. | <b>€ 360,00</b>  |
| <b>L12</b> | Perno moncone fuso in lega preziosa.   | Non ripetibile prima di otto anni per lo stesso elemento. | <b>€ 134,00</b>  |
| <b>L13</b> | Perno moncone fuso in lega non preziosa.   | Non ripetibile prima di otto anni per lo stesso elemento. | <b>€ 77,00</b>   |
| <b>L14</b> | Perno moncone fibro-composito (tecnica diretta o indiretta).   | Non ripetibile prima di otto anni per lo stesso elemento. | <b>€ 96,00</b>   |
| <b>L15</b> | Rifacimento moncone protesico -qualsiasi materiale- per elemento.                                      | Non ripetibile prima di otto anni per lo stesso elemento. | <b>€ 77,00</b>   |
| <b>L16</b> | Rifacimento moncone protesico -qualsiasi materiale- per elemento.                                      | Non ripetibile prima di otto anni.                        | <b>€ 24,00</b>   |
| <b>L17</b> | Riparazione di faccette in resina o ceramica.  | Non ripetibile prima di tre anni.                         | <b>€ 29,00</b>   |
| <b>L18</b> | Intarsio con tecnica indiretta in composito.   | Non ripetibile prima di otto anni per lo stesso elemento. | <b>€ 77,00</b>   |
| <b>L19</b> | Intarsio con tecnica indiretta in ceramica.  | Non ripetibile prima di otto anni per lo stesso elemento. | <b>€ 269,00</b>  |
| <b>L20</b> | Intarsio con tecnica indiretta in oro.   | Non ripetibile prima di otto anni per lo stesso elemento. | <b>€ 260,00</b>  |
| <b>L21</b> | Faccetta indiretta in composito/vetropolimero  | Non ripetibile prima di otto anni per lo stesso elemento  | <b>€ 192,00</b>  |
| <b>L22</b> | Faccetta indiretta in ceramica.  | Non ripetibile prima di otto anni per lo stesso elemento. | <b>€ 250,00</b>  |
| <b>L23</b> | Maryland bridge metallo-porcellana (ponti in ceramica + appoggi su due denti laterali).                | Non ripetibile prima di otto anni per lo stesso elemento. | <b>€ 365,00</b>  |
| <b>L24</b> | Maryland bridge in vetropolimero rinforzato (pontic in vetropolimero + appoggi su due denti laterali). | Non ripetibile prima di otto anni per lo stesso elemento. | <b>€ 240,00</b>  |
| <b>L25</b> | Rimozione protesi fissa.   | Non ripetibile prima di otto anni.                        | <b>€ 19,00</b>   |

## PROTESI MOBILE

| CODICE     | PRESTAZIONE  | LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI                        | SUSSIDI AL SOCIO |
|------------|--|--|------------------|
| <b>M01</b> | Protesi totale immediata denti in resina per arcata.                     | Non ripetibile prima di otto anni per la stessa emiarcata. | <b>€ 168,00</b>  |
| <b>M02</b> | Protesi totale provvisoria denti in resina per arcata.                   | Non ripetibile prima di otto anni per la stessa emiarcata. | <b>€ 240,00</b>  |
| <b>M03</b> | Protesi totale definitiva denti in resina per arcata.                    | Non ripetibile prima di otto anni per la stessa emiarcata. | <b>€ 720,00</b>  |
| <b>M04</b> | Protesi totale definitiva denti in ceramica individualizzata per arcata. | Non ripetibile prima di otto anni per la stessa emiarcata. | <b>€ 960,00</b>  |
| <b>M05</b> | Ribasatura protesi Totale.   | Una sola volta ogni otto anni.                             | <b>€ 96,00</b>   |

## PROTESI OVERDENTURE-OVERIMPLANT

| CODICE     | PRESTAZIONE   | LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI                        | SUSSIDI AL SOCIO |
|------------|---|--|------------------|
| <b>P01</b> | Protesi Overdenture-Overimplant denti in resina, incluso impianto.                    | Non ripetibile prima di otto anni per la stessa emiarcata. | <b>€ 720,00</b>  |
| <b>P02</b> | Protesi Overdenture-Overimplant denti in ceramica individualizzata, incluso impianto. | Non ripetibile prima di otto anni per la stessa emiarcata. | <b>€ 960,00</b>  |
| <b>P03</b> | Perno endocanalare con attacco Overdenture.   | Non ripetibile prima di otto anni per la stessa emiarcata. | <b>€ 144,00</b>  |
| <b>P04</b> | Abutment con attacco per Overimplant.   | Non ripetibile prima di otto anni per la stessa emiarcata. | <b>€ 192,00</b>  |
| <b>P05</b> | Barra Overdenture-Overimplant matrix-patrix, calcolata una per arcata.                | Non ripetibile prima di otto anni per la stessa emiarcata. | <b>€ 240,00</b>  |

## PROTESI SCHELETRATA

| CODICE     | PRESTAZIONE   | LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI                        | SUSSIDI AL SOCIO |
|------------|---|--|------------------|
| <b>Q01</b> | Protesi scheletrata con ganci in metallo compresa di denti.               | Non ripetibile prima di otto anni per la stessa emiarcata. | <b>€ 480,00</b>  |
| <b>Q02</b> | Protesi scheletrata con ganci estetici compresa di denti.                 | Non ripetibile prima di otto anni per la stessa emiarcata. | <b>€ 576,00</b>  |
| <b>Q03</b> | Protesi scheletrata su attacchi compresa di denti ed eventuali fresature. | Non ripetibile prima di otto anni per la stessa emiarcata. | <b>€ 864,00</b>  |

## PROTESI PARZIALE

| CODICE     | PRESTAZIONE                     | LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI                        | SUSSIDI AL SOCIO |
|------------|---------------------------------|--|------------------|
| <b>R01</b> | Parziale provvisorio con ganci. | Non ripetibile prima di otto anni per la stessa emiarcata. | <b>€ 216,00</b>  |

**NOTA** Non sono sussidiate: visite specialistiche, preventivi e acconti di spesa, nonché, prestazioni non comprese nel nomenclatore.







# 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)**