

Contributo associativo annuo: **60 euro**

Forma di assistenza base

In vigore dall'1/1/2020

Il Piano sanitario è valido per il solo socio.

Fondo riservato ai lavoratori con Contratto collettivo nazionale di lavoro della Cooperazione sociale dipendenti delle cooperative aderenti al Consorzio In Concerto - Gruppo L'Incontro.

AREA RICOVERO

RICOVERO CON INTERVENTO CHIRURGICO

(compreso nell'Allegato A)

• fino a un massimo di **10 giorni**

40 euro al giorno in Italia

60 euro al giorno all'estero

RICOVERO CON INTERVENTO CHIRURGICO - spese sanitarie

(compreso nell'Allegato A)

• fino a un massimo di **1.000 euro**

100% della spesa per esami diagnostici strumentali e di laboratorio, visite specialistiche, fisioterapie, acquisto e/o noleggio protesi nei **120 giorni** successivi

AREA SPECIALISTICA

ALTA DIAGNOSTICA

(esami compresi nell'Allegato B)

• anche per prevenzione (con prescrizione medica)

• fino a un massimo di **3.000 euro** annui

100% del ticket

100% della spesa presso le strutture convenzionate in forma diretta con un costo di **35 euro** per esame a carico del socio

100% della spesa presso le strutture della cooperazione convenzionate in forma diretta con un costo di **25 euro** per esame a carico del socio

100% della spesa presso le strutture convenzionate del gruppo Consorzio In Concerto - Gruppo L'Incontro in forma diretta con nessun costo a carico del socio

75% della spesa sostenuta in regime privato o intramurale, con un minimo non indennizzabile di **60 euro**

VISITE SPECIALISTICHE

• fino a un massimo di **250 euro** annui

100% del ticket

100% della spesa presso le strutture convenzionate in forma diretta con un costo di **30 euro** per visita a carico del socio

100% della spesa presso le strutture della cooperazione convenzionate in forma diretta con nessun costo a carico del socio

TICKET E PRONTO SOCCORSO

(esami diagnostici strumentali e di laboratorio, accesso al Pronto Soccorso) anche per prevenzione e controllo

• fino a un massimo di **450 euro** annui

100% del ticket

IN RIFERIMENTO ALL'ALTA DIAGNOSTICA STRUMENTALE E ALL'ALTA SPECIALIZZAZIONE, AGLI ESAMI DIAGNOSTICI STRUMENTALI E DI LABORATORIO E ALLE VISITE SPECIALISTICHE NON SONO RICONOSCIUTI I SUSSIDI 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 CHIROPRACTICA, LA IRIIDIOLOGIA.

SONO INOLTRE ESCLUSE LE VISITE SPECIALISTICHE EFFETTUATE DA SOGGETTI NON IN POSSESSO DI LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA.

AREA TERAPIE RIABILITATIVE E CONSERVATIVE

TERAPIE RIABILITATIVE E CONSERVATIVE a seguito infortunio

• fino a un massimo di **300 euro** nell'anno solare

100% del ticket

100% della spesa con un minimo non indennizzabile di **50 euro** per ogni ciclo di terapia effettuato in regime privato o intramurale

TERAPIE RIABILITATIVE E CONSERVATIVE - Logopedia

• fino a un massimo di **150 euro** nell'anno solare

• con prescrizione del medico curante

100% della spesa sostenuta con un massimo di **25 euro** per ogni seduta di terapia

AREA ODONTOIATRICA

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA ODONTOIATRICA - prevenzione in strutture convenzionate

Gratis massimo una volta all'anno presso i centri convenzionati

LE PRESTAZIONI PREVISTE, DA EFFETTUARE IN UN'UNICA SOLUZIONE, SONO:

- ABLAZIONE DEL TARTARO
- VISITA SPECIALISTICA ODONTOIATRICA

La presente scheda tecnica riassuntiva rappresenta semplicemente i punti salienti della forma di assistenza in oggetto e non costituisce, in alcun modo, elemento vincolante ai fini della copertura mutualistica per la quale fa testo unicamente il Regolamento della forma di assistenza medesima, a cui si rimanda ad ogni effetto. Per ogni altra informazione in merito alla Società si rinvia al sito www.mutuacesarepozzo.it

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA ODONTOIATRICA - cure in strutture convenzionate

- per usufruire di tali prestazioni è necessario utilizzare i centri sanitari convenzionati con la rete *Cesare Pozzo*
- fino a un massimo di **600 euro** nell'anno solare

Otturazione di qualsiasi classe: massimo **50 euro** per elemento e non ripetibile prima di **4 anni** per lo stesso elemento

Estrazione semplice o complessa: massimo **50 euro** per elemento

Impianti osteointegrati: massimo **200 euro** per impianto e non ripetibile prima di **5 anni** per lo stesso elemento

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA ODONTOIATRICA - cure in strutture non convenzionate

In strutture sanitarie non convenzionate, per otturazione ed estrazioni, fino a un massimo di **30 euro** nell'anno solare

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA ODONTOIATRICA - a seguito di infortunio

- con presentazione del certificato del Pronto Soccorso
- fino a un massimo di **1.000 euro** nell'anno solare

100% del ticket

50% della spesa privata

AREA MATERNITÀ E GRAVIDANZA

MATERNITÀ E GRAVIDANZA

100% del ticket

AREA ASSISTENZA SOCIO SANITARIA

PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE ASSISTENZIALI (compresa l'invalidità temporanea)

PER INTERVENTI SANITARI A DOMICILIO:

- fino a un massimo di **1.000 euro** annui

50% del documento fiscale per interventi sanitari a domicilio

AI FINI DEL SUSSIDIO SONO CONSIDERATI INTERVENTI DI ASSISTENZA SANITARIA DOMICILIARE LE SEGUENTI PRESTAZIONI:

- TERAPIE MEDICHE
- ASSISTENZA SPECIALISTICA, MEDICAZIONI, PRELIEVI
- RIABILITAZIONI

PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE ASSISTENZIALI (compresa l'invalidità temporanea)

PER INTERVENTI NON SANITARI A DOMICILIO:

- in caso di dimissioni da ospedale per infortunio o malattia
- con ricovero di almeno **5 notti**
- per spese sostenute entro **90 giorni** dalle dimissioni
- fino a un massimo di **500 euro** annui

50% del documento fiscale per interventi a domicilio

70% del documento fiscale per interventi domiciliari effettuati da strutture della cooperazione convenzionate con la Società

ALLEGATO B - ELENCO ALTA DIAGNOSTICA

AI FINI DEL SUSSIDIO SI CONSIDERANO 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/seconde 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
- Fistolografia
- Flebografia

- Fluorangiografia
- Galattografia
- Gastroscopia
- Isterosalpingiografia
- 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
- Uretroscopia
- Urografia
- Vesiculodeferentografia
- Wirsunografia

ALTA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI (Ecografia)

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

TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (Tc)

- Angio tc
- Angio tc distretti eso o endocranici
- Tc spirale multistrati (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)
- Tomoscintigrafia 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
- Pnmetria esofagea e gastrica
- Potenziali evocati
- Spirometria
- Tomografia mappa strumentale della cornea

Dal 1877 un sostegno per lavoratori, famiglie e imprese

www.MUTUACESAREPOZZO.ORG

Sede Nazionale Via S. Gregorio, 48 • 20124 Milano

C.F. 80074030158 • Tel. 02.66726.1 • Fax 02.66726313 • infocenter@mutuacesarepozzo.it

Fondo integrativo sanitario Impresa sociale 60
Consorzio In Concerto - Gruppo L'Incontro
Allegato al Regolamento applicativo dello Statuto

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
dal 1877

Fondo integrativo sanitario Impresa sociale 60 Consorzio In Concerto - Gruppo L'Incontro

Allegato al Regolamento applicativo dello Statuto

FONDO INTEGRATIVO SANITARIO IMPRESA SOCIALE 60 CONSORZIO IN CONCERTO - GRUPPO L'INCONTRO

FORMA DI ASSISTENZA BASE - in vigore dall'1 gennaio 2020

Contributo associativo annuo - **Euro 60,00** (*sessanta/00*)

L'iscrizione alla forma di assistenza base **Fondo integrativo sanitario Impresa sociale 60 Consorzio In Concerto - Gruppo L'Incontro** può essere richiesta da tutti coloro che siano in possesso dei requisiti previsti dallo Statuto sociale, dal Regolamento applicativo, dal Regolamento specifico della sezione "Assistenza Sanitaria Integrativa" nonché dal Verbale di accordo mutualistico sottoscritto tra l'Ente e la CesarePozzo.

ALLEGATO AL REGOLAMENTO

AREA RICOVERO

1 RICOVERO CON INTERVENTO CHIRURGICO

1.1 Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui sia sottoposto a intervento chirurgico sussidiabile, compreso tassativamente nell'Elenco e Tariffario (Allegato A), 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) giornalieri per ricovero in Italia;
- b) euro 60,00 (sessanta/00) giornalieri per ricovero all'estero.

1.2 Spese sanitarie

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

- esami diagnostici strumentali, esami di laboratorio, visite specialistiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari, effettuati nei 120 giorni successivi all'intervento e resi necessari dall'intervento stesso per un massimo di euro 1.000,00 (mille/00) per intervento.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- 1) *Cartella clinica completa di anamnesi e del tipo di intervento praticato*
- 2) *Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale") contenente:*
 - a. *Indicazioni dell'assistito (socio)*
 - b. *Indicazioni dell'emittente (nome, cognome, residenza o domicilio, numero di partita Iva) con qualificazione professionale e specialistica*
 - c. *Data di emissione*
 - d. *Numero e descrizione dettagliata delle 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 SPECIALISTICA

2 ALTA DIAGNOSTICA

2.1 Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui effettui un esame di Alta diagnostica, spetta, per ogni esame effettuato, un sussidio pari al:

- a) rimborso del 100% del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket);

- 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 35,00 (trentacinque/00) per esame. La parte rimanente è a carico della Società;
- c) rimborso del 75% della spesa sostenuta nei casi di esami effettuati in regime privato o intramurale, con un minimo non indennizzabile di euro 60,00 (sessanta/00) per esame.

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

2.2 Alta diagnostica in strutture convenzionate della Cooperazione _____

Al socio, nel caso in cui effettui uno degli esami di Alta diagnostica indicati nell'Allegato B specifico presso le strutture sanitarie della cooperazione convenzionate in forma diretta spetta un rimborso del 100% della spesa con un costo a carico del socio di euro 25,00 (venticinque/00) per esame.

2.3 Alta diagnostica in strutture convenzionate del gruppo Consorzio In Concerto - Gruppo L'Incontro _____

Al socio, nel caso in cui effettui uno degli esami di Alta diagnostica indicati nell'Allegato B specifico presso le strutture sanitarie convenzionate del gruppo Consorzio In Concerto - Gruppo L'Incontro in forma diretta spetta un rimborso del 100% della spesa con nessun costo a carico del socio.

2.4 Prescrizione medica _____

Per la richiesta del sussidio è obbligatorio allegare la prescrizione del proprio medico curante contenente la descrizione della patologia.

2.5 Massimale _____

Il sussidio è rimborsabile fino a un massimo di euro 3.000,00 (tremila/00) nell'arco dell'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 indicazione delle singole prestazioni praticate*
 - e. *Data in cui le prestazioni sono state fornite o periodi di tempo per le prestazioni di carattere continuativo*
 - f. *Indicazioni di quietanzamento*
- 2) *Ricevuta del ticket del Servizio Sanitario Nazionale. Qualora sulla ricevuta del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket) non sia specificata la prestazione effettuata è obbligatorio allegare la prescrizione medica*
- 3) *Prescrizione del proprio medico curante contenente la descrizione della patologia*

3 VISITE SPECIALISTICHE

3.1 Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui effettui una visita specialistica conseguente a malattia o a infortunio, viene corrisposto per ogni visita un sussidio pari al 100% del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket).

Per visite effettuate in strutture convenzionate con personale convenzionato in forma diretta il costo a carico del socio è di euro 30,00 (trenta/00) per visita. La parte restante è a carico della Società.

Rientra in tutela una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

3.2 Visite specialistiche in strutture convenzionate della Cooperazione

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

3.3 Massimale per visite specialistiche

Il sussidio è rimborsabile fino a un massimo di euro 250,00 (duecentocinquanta/00) nell'arco dell'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 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

4 TICKET E PRONTO SOCCORSO

4.1 Diritto al sussidio e suo importo

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

4.2 Prevenzione e controllo

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

Nazionale (ticket).

4.3 Massimale

Il sussidio è rimborsabile fino a un massimo di euro 450,00 (quattrocentocinquanta/00) nell'arco dell'anno solare.

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.

AREA TERAPIE RIABILITATIVE E CONSERVATIVE

5 TERAPIE RIABILITATIVE E CONSERVATIVE A SEGUITO DI INFORTUNIO

5.1 Diritto al sussidio e suo importo

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

- a) 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 effettuato in regime privato o intramurale.

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

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

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

Per il diritto al sussidio è necessaria la presenza di un certificato del Pronto Soccorso.

5.2 Massimale

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

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- 1) Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale") contenente:
 - a. Indicazioni dell'assistito (socio)
 - b. Indicazioni dell'emittente (nome, cognome, residenza o domicilio, numero di partita Iva) con qualificazione professionale e specialistica
 - c. Data di emissione
 - d. Numero e descrizione dettagliata delle prestazioni
 - e. Data in cui le prestazioni sono state fornite o periodi di tempo per le prestazioni di carattere continuativo
 - f. Indicazioni di quietanzamento
- 2) Ricevuta del ticket del Servizio Sanitario Nazionale. Qualora sulla ricevuta del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket) non sia specificata la prestazione effettuata è obbligatorio allegare la prescrizione medica
- 3) Certificato del Pronto Soccorso attestante l'infortunio
- 4) Prescrizione del proprio medico curante contenente la descrizione della patologia

6 TERAPIE RIABILITATIVE E CONSERVATIVE - LOGOPEDIA

6.1 Diritto al sussidio e suo importo

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

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

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- 1) Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale") contenente:
 - a. Indicazioni dell'assistito (socio)
 - b. Indicazioni dell'emittente (nome, cognome, residenza o domicilio, numero di partita Iva) con qualificazione professionale e specialistica
 - c. Data di emissione
 - d. Numero e descrizione dettagliata delle 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) Prescrizione del proprio medico curante contenente la descrizione della patologia

AREA ODONTOIATRICA

7 PRESTAZIONI DI ASSISTENZA ODONTOIATRICA - PREVENZIONE

7.1 Prevenzione odontoiatrica _____

Al socio, nel caso in cui effettui prestazioni odontoiatriche di prevenzione presso Studi dentistici convenzionati con la Società in forma diretta, *CesarePozzo* provvede al pagamento diretto delle relative spese sostenute.

Ai fini del sussidio sono previste le seguenti prestazioni odontoiatriche di prevenzione:

- ablazione del tartaro;
- visita specialistica odontoiatrica.

Le prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione.

Il sussidio è previsto una volta per anno solare. *CesarePozzo* autorizza una seconda seduta di igiene orale nello stesso anno solare qualora il medico ne riscontri la necessità.

8 PRESTAZIONI DI ASSISTENZA ODONTOIATRICA – CURE

8.1 Cure odontoiatriche in strutture convenzionate _____

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

- otturazione di qualsiasi classe per un massimo di euro 50,00 (cinquanta/00) per elemento e non ripetibile prima di quattro anni per lo stesso elemento;
- estrazione semplice o complessa per un massimo di euro 50,00 (cinquanta/00) per elemento e mai ripetibile per lo stesso elemento;
- impianti osteointegrati per un massimo di euro 200,00 (duecento/00) per impianto e non ripetibile prima di cinque anni per lo stesso elemento.

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

8.2 Cure odontoiatriche in strutture non convenzionate _____

In strutture non convenzionate con la Società, per otturazione ed estrazioni, spetta al socio un rimborso fino a un massimo di euro 30,00 (trenta/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

9 PRESTAZIONI DI ASSISTENZA ODONTOIATRICA – CURE

ODONTOIATRICHE A SEGUITO DI INFORTUNIO

9.1 Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui sostenga spese odontoiatriche a seguito di infortunio, è riconosciuto un sussidio pari al:

- a) rimborso del 100% del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket);
- b) rimborso del 50% della spesa sostenuta in regime privato.

Il sussidio viene concesso solo in presenza del certificato del Pronto Soccorso che attesti l'infortunio. Il sussidio viene corrisposto fino a un massimo di euro 1.000,00 (mille/00) nell'anno solare e per evento.

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) Ricevuta del ticket del Servizio Sanitario Nazionale. Qualora sulla ricevuta del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket), non sia specificata la prestazione effettuata è obbligatorio allegare la prescrizione medica
- 3) Certificato del Pronto Soccorso che attesti l'infortunio

AREA MATERNITÀ E GRAVIDANZA

10 MATERNITÀ E GRAVIDANZA

10.1 Diritto al sussidio e suo importo

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

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- 1) Ricevuta del ticket del Servizio Sanitario Nazionale. Qualora sulla ricevuta del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket) non sia specificata la prestazione effettuata è obbligatorio allegare la prescrizione medica
- 2) Certificato attestante lo stato di gravidanza

AREA ASSISTENZA SOCIO SANITARIA

11 PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE ASSISTENZIALI –

INTERVENTI SANITARI A DOMICILIO

11.1 Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui sia colpito da malattie invalidanti temporanee o permanenti e necessiti di interventi sanitari a domicilio, spetta un sussidio pari al 50% delle spese sostenute fino a un massimo di euro 1.000,00 (mille/00) nell'anno solare. Sono considerati interventi di assistenza sanitaria domiciliare le seguenti prestazioni fornite da medici in possesso di laurea in Medicina e Chirurgia e/o da infermieri e/o da fisioterapisti specializzati:

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

Il sussidio verrà liquidato solo se tutte le spese sostenute saranno dettagliatamente documentate, in regola con la normativa fiscale vigente e riconducibili alla patologia in atto. Il rimborso spetta per terapie effettuate entro 365 giorni dall'evento.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- 1) *Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale")*
- 2) *Documentazione attestante la tipologia di malattia e il tipo di trattamento effettuato, con la descrizione completa delle prestazioni da eseguire e della necessità che le stesse siano effettuate a domicilio*

12 PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE ASSISTENZIALI – INTERVENTI NON SANITARI A DOMICILIO

12.1 Diritto al sussidio e suo importo _____

Al socio, nel caso in cui sia colpito da malattie invalidanti temporanee a seguito di ricovero, di almeno cinque notti, per infortunio o malattia e necessiti di interventi di assistenza non sanitari a domicilio, spetta un sussidio fino a un massimo di euro 500,00 (cinquecento/00) nell'anno solare, come di seguito specificato:

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

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

Rientrano esclusivamente le seguenti attività:

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

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

Il sussidio sarà liquidato solo se tutte le spese sostenute saranno dettagliatamente documentate, in regola con la normativa fiscale vigente e riconducibili alla patologia in atto.

Il rimborso spetta per interventi effettuati entro 90 giorni dalla data di dimissione del ricovero

12.2 Esclusioni

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

Sono escluse le prestazioni di carattere prettamente sanitario.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

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

13 NORME COMUNI

13.1 Esclusioni

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

Le prestazioni inerenti l'Odontoiatria sono riconosciute solo secondo quanto previsto nei punti 7, 8 e 9.

13.2 Cumulabilità

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

NORME GENERALI

IMPOSTA DI BOLLO SU RICEVUTE MEDICHE

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

Pertanto, ai fini dell'accettazione della documentazione per il rimborso da parte della Mutua, il socio ha l'obbligo di presentazione di fatture o documenti equivalenti ricevuti, regolarmente assoggettati a imposta di bollo, comunque non rimborsata dalla Società.

TRADUZIONE DEI DOCUMENTI IN LINGUA STRANIERA

Nei casi in cui è obbligatorio allegare la traduzione - secondo le modalità di cui all'art.5.7 del Regolamento applicativo - di documenti scritti in lingua straniera, allegando la ricevuta fiscale, ne verrà rimborsato il costo fino a un massimo di 30 euro per ogni sussidio richiesto.

DOCUMENTAZIONE

La Società può richiedere al socio o direttamente agli enti competenti tutta la documentazione che riterrà opportuna, a conferma della validità del sussidio richiesto.

CARTELLA CLINICA

Nei casi in cui è obbligatorio presentare la cartella clinica, allegando la ricevuta fiscale, ne verrà rimborsato il costo.

Interventi chirurgici sussidiabili Elenco e Tariffario Allegato A

INTERVENTI CHIRURGICI SUSSIDIABILI - ELENCO E TARIFFARIO - ALLEGATO A

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

Ai fini del sussidio si considerano i seguenti interventi:

CHIRURGIA GENERALE

Collo

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

Mammella

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

Esofago, Stomaco, Colon e Peritoneo

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

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

Pancreas e Milza

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

Fegato e vie biliari

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

CHIRURGIA TORACOPOLMONARE

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

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

GINECOLOGIA

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

NEUROCHIRURGIA

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

OCULISTICA

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

OTORINOLARINGOIATRIA

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

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

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

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

UROLOGIA

Rene e surrene

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

Vescica

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

Prostata

H11 Prostatectomia radicale con linfadenectomie

Apparato genitale maschile

H14 Orchiectomia monobilaterale

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

B10 Coste e sterno interventi per neoplasie maligne

B26 Interventi per costola cervicale

F12 Artrodesi vertebrale

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

F17 Interventi per allungamento arti

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

F02 Artroprotesi totale di anca

CHIRURGIA MAXILLOFACCIALE

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

TRAPIANTI DI ORGANO

M01 Tutti

____ SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO
CESAREPOZZO
servizi d'integrazione sanitaria
dal 1877

Elenco Alta diagnostica Allegato B

Ai fini del sussidio si considerano i seguenti esami:

RADIOLOGIA CONVENZIONALE (SENZA CONTRASTO)

- Rx mammografia e/o bilaterale
- Rx di organo apparato
- Rx esofago
- Rx esofago esame diretto
- Rx tenue seriato
- Rx tubo digerente
- Rx tubo digerente prime vie/secondo vie
- Stratigrafia (di organi e apparati)

RADIOLOGIA CONVENZIONALE (CON CONTRASTO)

- Angiografia (compresi gli esami radiologici apparato circolatorio)
- Artrografia
- Broncografia
- Cisternografia
- Cavernosografia
- Cistografia/doppio contrasto
- Cisturografia menzionale
- Clisma opaco e/a doppio contrasto
- Colangiografia percutanea
- Colangiopancreatografia retrograda
- Colecistografia
- Colonscopia (con asportazione di polipo con un massimo di 8mm di diametro)
- Colpografia
- Coronarografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Discografia
- Esami radiologici apparato circolatorio
- Esame urodinamico
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Gastrosopia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mielografia
- Pneumoencefalografia
- Retinografia
- Rx esofago con contrasto opaco/doppio contrasto
- Rx piccolo intestino/stomaco con doppio contrasto
- Rx stomaco con doppio contrasto

- Rx tenue a doppio contrasto con studio selettivo
- Rx tubo digerente completo compreso esofago con contrasto
- Scialografia con contrasto
- Splenoportografia
- Uretrocistografia
- Ureteroscopia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Wirsungrafia

ALTA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI (ECOGRAFIA)

- Ecografia

ECOCOLORDOPPLERGRAFIA

- Ecodoppler cardiaco compreso color
- Ecocolordoppler aorta addominale
- Ecocolordoppler arti inferiori 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)
- Tomoscintigrafia 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

SERVIZI SEMPRE ATTIVI PER GLI ASSISTITI



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



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, centri diagnostici e odontoiatrici), e quelle della rete gestita dal Consorzio Mu.sa.;**
- usufruire dei tariffari agevolati per sé e per i propri familiari aventi diritto;
- accedere alle prestazioni sanitarie convenzionate con tempi di attesa ridotti.



Come effettuare il primo accesso tramite l'App?
SCARICA da Play Store/Apple 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
dal 1877

SOCIETÀ NAZIONALE DI MUTUO SOCCORSO CESARE POZZO

Via San Gregorio 46/48 • 20124 Milano
C.F. 80074030158 • Tel. 02.66726.1 • Fax. 02.66726313
infocenter@mutuacesarepozzo.it

www.mutuacesarepozzo.org

