



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

# Salute Più

Allegato al Regolamento applicativo dello Statuto

*Edizione 2013*



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

# Salute Più

Allegato al Regolamento applicativo dello Statuto  
*Edizione 2013*

# SALUTE PIÙ

## FORMA DI ASSISTENZA AGGIUNTIVA

Contributo associativo annuo - **Euro 204,00** (*duecentoquattro/00*)

L'iscrizione alla forma di assistenza aggiuntiva Salute Più può essere richiesta da tutti i soci che all'atto della domanda di adesione risultino iscritti ad una forma di assistenza base. L'eventuale passaggio alla forma di assistenza aggiuntiva Salute Single è possibile solo per i soci single (senza familiari aventi diritto) e avrà decorrenza dal primo gennaio per i soci che presentano domanda entro il 30 settembre.

## ALLEGATO AL REGOLAMENTO

## 1 INTEGRAZIONE DEI SUSSIDI

### 1.1

Al socio, per se stesso o per un suo avente diritto, è riconosciuto un sussidio per le spese sostenute in relazione a:

- a) visite specialistiche, esami diagnostici strumentali, esami di laboratorio;
- b) acquisto lenti per occhiali o lenti a contatto;
- c) acquisto presidi sanitari o protesi.

### 1.2

I sussidi di cui al precedente punto si intendono concessi per spese documentate e secondo i massimali stabiliti nel tariffario allegato.

### 1.3

Per i nuclei familiari con più soci aderenti alla forma di assistenza Salute Più, i sussidi e i servizi per gli aventi diritto spettano a uno solo dei soci (art. 2.5 del Regolamento).

## 2 VISITE SPECIALISTICHE - ESAMI DIAGNOSTICI

### STRUMENTALI - ESAMI DI LABORATORIO

### 2.1

Sono rimborsabili le spese sostenute dal socio o da un suo avente diritto per visite specialistiche, esami diagnostici strumentali, esami di laboratorio effettuati presso il Servizio Sanitario Nazionale e presso le strutture sanitarie private con le modalità stabilite nel tariffario allegato.

### 2.2

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 e comunque in generale tutte le terapie. Sono inoltre escluse e quindi non riconosciute le visite specialistiche effettuate da soggetti non in possesso di laurea in Medicina e Chirurgia.

### 2.3

Per i soci collocati nella forma di assistenza base Tutela globale e Prima Tutela non è concesso, nella presente forma di assistenza aggiuntiva, il sussidio per i seguenti esami diagnostici:

- angiografia;
- risonanza magnetica nucleare (Rmn);
- scintigrafia;
- tomografia ad emissione di positroni (Pet);
- tomografia assiale computerizzata (Tac);
- ecocardio-colordoppler;
- ecocardiogramma;
- doppler - ecodoppler;
- elettromiografia;
- mammografia;
- mineralometria ossea computerizzata.

Ricorda di allegare alla ricevuta del ticket la prescrizione del medico

Se insieme ad una visita specialistica in regime privato o intramurale effettui anche un esame diagnostico, chiedi che gli importi vengano riportati separatamente nella fattura; potrai fruire maggiormente del diritto ai sussidi nell'area prevenzione e cure

#### **DOCUMENTI DA ALLEGARE**

- 1) *Fotocopia della busta paga o del c/c postale, riferita al periodo precedente la richiesta di sussidio. Per coloro che pagano i contributi associativi mediante rimessa interbancaria diretta (R.I.D.) non necessita allegare nessun documento.*
- 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*
- 4) *Prescrizione del proprio medico curante contenente la descrizione della patologia.*

### **3 LENTI PER OCCHIALI**

#### **3.1**

Sono rimborsabili le spese sostenute dal socio o da un suo avente diritto per l'acquisto di due lenti per occhiali da vista o due lenti a contatto con le modalità stabilite nel tariffario allegato.

#### **3.2**

Il rimborso viene concesso solo a seguito di prescrizione da parte del medico specialista o dell'ottico optometrista che indichi la patologia e il difetto visivo per i quali si rende necessario l'uso degli occhiali o lenti a contatto. Non sono riconosciute le prescrizioni che non siano strettamente riconducibili a motivazioni patologiche o funzionali dell'apparato visivo. La prescrizione del medico o dell'ottico optometrista verrà valutata, con giudizio insindacabile, dalla Commissione medica della Società.

Se acquisti un occhiale completo, chiedi sempre di far riportare nella fattura la distinzione tra il costo delle lenti e il costo della montatura

#### **3.3**

Il sussidio non è concesso per lenti a contatto usa e getta.

#### **3.4**

Il sussidio spetta non più di una volta ogni quattro anni solari fatto salvo quando previsto dal successivo articolo 3.5.

#### **3.5**

Il sussidio spetta comunque non più di una volta nell'anno solare per gli aventi diritto con età inferiore a 12 anni e non più di una volta ogni due anni solari in tutti gli altri casi. Successivamente alla prima volta il contributo spetta a condizione, accertata dal medico specialista o dall'ottico optometrista, che sia intervenuta una variazione dello stato dell'apparato visivo pari o superiore a mezza diottria.

### **DOCUMENTI DA ALLEGARE**

- 1) *Fotocopia della busta paga o del c/c postale, riferita al periodo precedente la richiesta di sussidio. Per coloro che pagano i contributi associativi mediante rimessa interbancaria diretta (R.I.D.) non necessita allegare nessun documento.*
- 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.*
  - g. *Le fatture relative alla fornitura di occhiali devono riportare l'importo delle lenti separatamente da quello della montatura.*
- 3) *Certificato di prescrizione del medico specialista o dell'ottico optometrista che indichi la patologia (per la richiesta di lenti è necessario che sia indicato anche il difetto visivo).*

## **4 ACQUISTO PROTESI O PRESIDI SANITARI**

### **4.1**

Sono rimborsabili le spese sostenute dal socio o da un suo avente diritto per il ripristino della funzionalità fisica, per correzione di menomazioni fisiche, per l'acquisto di protesi o per presidi sanitari fino alla concorrenza stabilita nel tariffario allegato.

### **4.2**

La necessità di presidi sanitari o di protesi dovrà essere certificata da prescrizione medica che ne documenti anche la patologia per cui si rende necessario l'uso.

### **4.3**

Sono escluse dal rimborso le spese per le eventuali parti aggiuntive, le riparazioni, le pile per il funzionamento, i materiali d'uso. Sono parimenti escluse le protesi per odontoiatria, ortodonzia, e comunque ogni forma di protesi di tipo odontoiatrico e di tipo estetico.

### **DOCUMENTI DA ALLEGARE**

- 1) *Fotocopia della busta paga o del c/c postale, riferita al periodo precedente la richiesta di sussidio. Per coloro che pagano i contributi associativi mediante rimessa interbancaria diretta (R.I.D.) non necessita allegare nessun documento.*
- 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.*
  - g. *Le fatture relative alla fornitura di occhiali devono riportare l'importo delle lenti separatamente da quello della montatura.*
- 3) *Ricevuta del ticket del Servizio Sanitario Nazionale.*
- 4) *Per protesi o presidi sanitari è necessario allegare la prescrizione del proprio medico curante contenente la descrizione della patologia.*

Ricorda di allegare al documento di spesa la prescrizione del medico curante o dello specialista che ha consigliato l'acquisto della protesi, contenente la descrizione della patologia che ne rende necessario l'uso

## **5 PERIODO DI CARENZA**

### **5.1**

Per acquisire il diritto ai sussidi, il periodo di carenza è di 120 giorni a decorrere dalla data di collocazione nella forma di assistenza aggiuntiva. Per le protesi acustiche il periodo di carenza è elevato a 730 giorni decorrente sempre a norma del precedente capoverso.

Fermo restando quanto specificato nel primo capoverso in merito al periodo di carenza, il sussidio per le lenti per occhiali comunque non spetta per il primo anno solare di adesione.

## **6 DOCUMENTAZIONE A CORREDO DELLA RICHIESTA DI SUSSIDIO O SERVIZIO**

### **6.1**

Tutta la documentazione di spesa deve essere prodotta in originale o in fotocopia ed essere fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge. La documentazione in fotocopia deve essere autenticata dalle sedi regionali della Società, previa visione dell'originale, o dagli ufficiali pubblici competenti. La documentazione non verrà restituita.

### **6.2**

Le richieste di sussidio devono presentare regolare documento di spesa (fattura, fattura/ricevuta fiscale, nota, parcella) contenente:

- a) indicazioni dell'assistito (socio o familiare avente diritto);
- b) indicazioni dell'emittente (nome, cognome, residenza o domicilio, numero di partita Iva) con qualifica professionale;
- c) data di emissione;
- d) numero e descrizione dettagliata delle prestazioni. Le fatture relative alla fornitura di occhiali devono riportare l'importo delle lenti separatamente da quello della montatura;
- e) indicazioni di quietanza.

### **6.3**

Ad ogni richiesta di sussidio per esami diagnostici strumentali, esami di laboratorio, acquisto presidi sanitari o protesi, in regime privato e/o intramurale è obbligatorio allegare la prescrizione medica. Qualora sulla ricevuta del contributo al Servizio sanitario nazionale (ticket) non sia specificata la prestazione effettuata, è obbligatorio allegare la prescrizione medica.

## **7 TERMINE DELLA PRESENTAZIONE DELLA RICHIESTA DI SUSSIDIO**

### **7.1**

La richiesta di sussidio può essere presentata con le seguenti scadenze:

- a) una sola volta per anno solare;
- b) in qualsiasi momento dell'anno purché, cumulando le spese sostenute, l'importo delle ricevute (ticket e/o fatture) sia superiore a euro 100,00 (cento/00).



---

## **TARIFFARIO DELLA FORMA DI ASSISTENZA AGGIUNTIVA SALUTE PIÙ**

---

I sussidi contenuti nel presente allegato si intendono concessi per spese documentate sostenute dal socio con un massimo di euro 500,00 (cinquecento/00) nell'arco dell'anno solare. Nel caso di più soci facenti parte dello stesso nucleo familiare aderenti alla prestazione Salute Più, fermo restando quanto disposto al punto 1.3, tale limite massimo è elevato a euro 1.000,00 (mille/00). Per le nuove adesioni alla forma di assistenza con data di collocazione compresa nel secondo semestre dell'anno solare, il massimale annuo diventa euro 250,00 (duecentocinquanta/00), il sottomassimale degli esami diagnostici strumentali diventa euro 125,00 (centoventicinque/00), quello degli esami di laboratorio di euro 100,00 (cento/00) e per le protesi e presidi sanitari di euro 75,00 (settantacinque/00).

### **VISITE SPECIALISTICHE**

Viene corrisposto il 60% del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket). Nei casi di visite specialistiche effettuate in regime privato e/o intramurale, viene corrisposto il 50% della spesa fino a un massimo di euro 40,00 (quaranta/00) per ciascuna visita e comunque nel limite di due visite per anno solare per ogni singola specializzazione sia per il socio che per ciascun avente diritto. Tale limite di visite annue è elevato a quattro nella specializzazione di Ostetricia e Ginecologia.

### **ESAMI DIAGNOSTICI STRUMENTALI**

Viene corrisposto il 60% del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket), oppure il 50% delle spese sostenute nei casi di esami di diagnostica strumentale effettuati in regime privato o intramurale. Il tutto sarà comunque rimborsabile fino a un massimo complessivo di euro 250,00 (duecentocinquanta/00) nell'anno solare.

### **ESAMI DI LABORATORIO**

Viene corrisposto il 60% del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket), oppure il 50% delle spese sostenute nei casi di esami di laboratorio effettuati in regime privato o intramurale.

Il tutto sarà comunque rimborsabile fino a un massimo complessivo di euro 200,00 (duecento/00) nell'anno solare.

### **PROTESI E PRESIDII SANITARI**

Viene corrisposto il 50% del documento fiscale con un massimo di euro 150,00 (centocinquanta/00) nell'anno solare, per i presidi sanitari e le protesi a seguito elencati:

- a) apparecchi ortopedici per arto inferiore: docce, stecche, staffe, divaricatori, tutori per caviglia, tutori per gamba, tutori per ginocchia, tutori per anca;
- b) apparecchi ortopedici per arto superiore: docce, tutori;
- c) apparecchi ortopedici per il tronco: corsetti, busti, reggispolle, collari, minerve;

- d) protesi di arto inferiore tradizionale o modulare, funzionali ad energia corporea;
- e) protesi di arto superiore: estetiche di tipo tradizionale o modulare, funzionali ad energia corporea;
- f) presidi per la deambulazione: stampelle, tripode, quadripode, stabilizzatore per statica in postura eretta, stabilizzatore per statica in postura supina;
- g) presidi per la mobilità: carrozzina pieghevole con manubrio di spinta per prevalente uso interno, carrozzina pieghevole con telaio stabilizzato, carrozzina di transito;
- h) protesi acustiche;
- i) protesi per laringectomizzati: cannula tracheale in plastica o metallo, due nell'anno solare;
- l) protesifisiognomiche:protesimammariaesterna,provvisoriaodefinitiva;
- m)protesi oculare;
- n) plantari.

## **LENTI PER OCCHIALI**

Viene corrisposto il 50% del documento fiscale fino a un massimo di euro 100,00 (cento/00) per ogni coppia di lenti per occhiali oppure per ogni coppia di lenti a contatto.

## **NORME GENERALI**

### **DOCUMENTI AGGIUNTIVI DA ALLEGARE PER RICHIESTA DI SUSSIDI RIFERITI AD AVENTI DIRITTO**

- 1) *Certificato di stato di famiglia certificante il grado di parentela con il socio. (\*)*
- 2) *Certificato di convivenza sotto lo stesso tetto del socio in caso di convivenza more-uxorio. (\*)*
- 3) *Per i figli, i fratelli, le sorelle, i nipoti di età superiore ai 16 anni e fino al compimento dei 25 anni di età:*
  - a. *dichiarazione sostitutiva di atto notorio, comprovante la mancanza di reddito personale superiore al limite massimo previsto dalle vigenti norme fiscali per essere considerati a carico. (\*)*
- 4) *Per i figli, i fratelli, le sorelle, i nipoti di età superiore ai 25 anni, se permanentemente inabili al lavoro:*
  - a. *dichiarazione sostitutiva di atto notorio, comprovante la mancanza di reddito personale superiore al limite massimo previsto dalle vigenti norme fiscali per essere considerati a carico. (\*)*
  - b. *dichiarazione in originale rilasciata dagli Enti preposti a questo riconoscimento attestante l'inabilità permanente al lavoro.*

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

*Ogni esemplare di fattura, nota, ricevuta, quietanza o simile documento, non soggetta ad IVA, rilasciata per un importo pari o superiore ad euro 77,47 deve essere assoggettata ad imposta di bollo nella misura in vigore mediante applicazione di marche o bollo a punzone. Pertanto, ai fini dell'accettazione della documentazione per il rimborso da parte della Mutua, il socio ha l'obbligo di presentazione di fatture o documenti equivalenti ricevuti regolarmente assoggettati ad imposta di bollo; comunque la Società non rimborsa l'imposta di bollo.*

### **DICHIARAZIONE DI NOTORIETÀ**

*Tutti i documenti segnati con (\*) possono essere sostituiti con il modulo per la dichiarazione di notorietà, da autenticare presso le nostre sedi territoriali.*

### **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.*

# Le nostre sedi in Italia

## SEDE NAZIONALE

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



## ABRUZZO

Via Grotta del Cavallone, 11  
65124 PESCARA  
Tel. 085.4212152  
Fax 085.4226442  
[abruzzo@mutuacesarepozzo.it](mailto:abruzzo@mutuacesarepozzo.it)

## BASILICATA

Viale Unicef  
c/o Centro Comm. Galassia  
85100 POTENZA  
Tel. 0971.58791  
Fax 0971.58914  
[basilicata@mutuacesarepozzo.it](mailto:basilicata@mutuacesarepozzo.it)

## CALABRIA

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

## CAMPANIA

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

## EMILIA ROMAGNA

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

## FRIULI VENEZIA GIULIA

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

## LAZIO

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

## LIGURIA

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

## LOMBARDIA

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

## MARCHE

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

## MOLISE

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

## PIEMONTE VALLE D'AOSTA

Via Sacchi, 2 bis  
10128 TORINO  
Tel. 011.545651  
011.5579272  
Fax 011.5189449  
[piemonte@mutuacesarepozzo.it](mailto:piemonte@mutuacesarepozzo.it)

## PUGLIA

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

## SARDEGNA

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

## SICILIA

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

## TOSCANA

Via degli Orti Oricellari, 34  
50123 FIRENZE  
Tel. 055.211806  
055.2658106  
Fax 055.296981  
[toscana@mutuacesarepozzo.it](mailto:toscana@mutuacesarepozzo.it)

## TRENTINO ALTO ADIGE

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

## UMBRIA

Via Nazario Sauro, 4/B  
06034 FOLIGNO  
Tel. 0742.342086  
Fax 0742.349043  
[umbria@mutuacesarepozzo.it](mailto:umbria@mutuacesarepozzo.it)

## VENETO

Via Ulloa, 5  
30175 MARGHERA (VE)  
Tel. 041.926751  
Fax 041.5387659  
[veneto@mutuacesarepozzo.it](mailto:veneto@mutuacesarepozzo.it)

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

## **SOCIETÀ NAZIONALE DI MUTUO SOCCORSO CESARE POZZO**

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

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

