

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

# **A Quattro**

Allegato al Regolamento applicativo dello Statuto

---

*Edizione 2019*

## SEDE NAZIONALE

Via S. Gregorio, 48  
20124 Milano

Tel. 02.66726.1

Fax 02.66726313

*infocenter@mutuacesarepozzo.it*



## ABRUZZO

Via Grotta 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 Nino Bixio, 15

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 (PG)

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*

# **A Quattro**

Allegato al Regolamento applicativo dello Statuto  
*Edizione 2019*

# A QUATTRO

**FORMA DI ASSISTENZA BASE** - In vigore dall'1 gennaio 2020

Contributo associativo annuo - **Euro 144,00** (*centoquarantaquattro/00*)

L'iscrizione alla forma di assistenza base **A Quattro** è riservata ai soli soci ivi collocati alla data del 31 dicembre 2002. È consentito al socio il passaggio solo alla forma di assistenza base **Prima Tutela**, che avrà decorrenza dal primo gennaio per i soci che presenteranno domanda entro il 30 settembre.

**ALLEGATO AL REGOLAMENTO**

## 1 RICOVERO OSPEDALIERO, RICOVERO DIURNO, CURE ONCOLOGICHE E DELLA TALASSEMIA

### 1.1 Ricovero ospedaliero

Al socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto sia 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 come di seguito specificato:

- a) euro 13,00 (tredici/00) per il ricovero del socio;
- b) euro 13,00 (tredici/00) per il ricovero dell'avente diritto.

Il sussidio spetta per un periodo massimo di 180 giorni nell'anno solare sia per il socio sia per ogni suo avente diritto.

#### **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 ricoveri superiori a 15 giorni è obbligatorio allegare la cartella clinica (completa di anamnesi, diagnosi e diario clinico)*

### 1.2 Cure oncologiche e della talassemia

Al socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto sia sottoposto, ambulatorialmente o in day hospital, al trattamento di cure radianti e/o chemioterapiche per cure oncologiche, o sia sottoposto a emotrasfusioni e/o a trattamenti ferrochelanti per la cura della talassemia, spetta un sussidio giornaliero, per ogni giorno di trattamento, come di seguito specificato:

- a) euro 13,00 (tredici/00) per il socio;
- b) euro 13,00 (tredici/00) per l'avente diritto.

#### **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.*

### 1.3 Età minima degli aventi diritto

Nel caso in cui il ricovero ospedaliero si sia reso necessario per gli aventi diritto del socio di cui alla lettera b) del punto 2.1 del Regolamento applicativo, il limite di età è fissato – in deroga alla predetta norma – con decorrenza dal decimo giorno di età.

## 2 INTERVENTI CHIRURGICI SUSSIDIABILI

### 2.1 Norme e importi del sussidio

Al socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto sia sottoposto a 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 chirurghi, degli anestesisti e di ogni altro soggetto partecipante all'inter-

- vento;
- b) diritti di sala operatoria;
  - c) materiale di intervento, compresi i trattamenti terapeutici e gli apparecchi protesici usati durante l'intervento;
  - d) retta di degenza;
  - e) assistenza medica e infermieristica, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati durante il periodo di ricovero relativo all'intervento subito;
  - f) accertamenti diagnostici, esami di laboratorio e visite specialistiche effettuati nei 120 giorni precedenti il ricovero per l'intervento e resi necessari dallo stesso per un massimo di euro 1.000,00 (mille/00) per intervento;
  - g) esami diagnostici strumentali, esami di laboratorio, visite specialistiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari effettuati nei 120 giorni successivi all'intervento e resi necessari dallo stesso per un massimo di euro 1.000,00 (mille/00) per intervento;
  - h) prelievo di organi o parti di essi, ricoveri relativi al donatore vivente, accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico di espianto da donatore vivente, cure, medicinali e rette di degenza per il donatore vivente;
  - i) spese di trasporto con mezzo sanitario (in Italia e all'estero) o spese di rimpatrio della salma per decesso conseguente a intervento chirurgico sussidiabile avvenuto all'estero, per un massimo di euro 3.000,00 (tremila/00).

## **2.2 Percentuale di rimborso**

Il sussidio spetta per spese effettivamente sostenute e comunque fino alla concorrenza della somma indicata nell'Elenco e Tariffario (allegato A), (euro 10.000 (diecimila/00) per tutti gli interventi e per ogni evento, euro 50.000 (cinquantamila/00) per i trapianti e per evento. 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 all'80% della spesa sostenuta.

## **2.3 Assistenza di ricovero ospedaliero**

Al socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto sia sottoposto a intervento chirurgico sussidiabile, a titolo di rimborso spese spetta un sussidio per ogni giorno di ricovero, con un massimo di dieci giorni, come di seguito specificato:

- a) euro 20,00 (venti/00) giornaliero per ricovero in Italia;
- b) euro 40,00 (quaranta/00) giornaliero 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 di ricovero ospedaliero.

#### **2.4 Età minima degli aventi diritto**

Nel caso in cui l'intervento chirurgico sussidiabile si sia reso necessario per gli aventi diritto del socio di cui alla lettera b) del punto 2.1 del Regolamento applicativo - in deroga alla predetta norma - non si tiene conto del limite di età fissato a 30 giorni dalla nascita.

#### **2.5 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).

#### **2.6 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 un suo 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 tratti 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.

#### **2.7 Periodo di carenza**

Per acquisire il diritto al sussidio, il periodo di carenza è di 180 giorni a decorrere dalla data di iscrizione.

Il periodo di carenza è ridotto a 30 giorni se l'intervento chirurgico sussidiabile è dovuto a infortunio.

#### **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*

### **3 DECESSO**

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

Nel caso di decesso del socio o di un suo avente diritto spetta, quale sostegno alla famiglia per contributo alle spese funerarie, un sussidio nelle seguenti misure:

- a) euro 1.000,00 (mille/00) nel caso di decesso del socio;
- b) euro 500,00 (cinquecento/00) nel caso di decesso di un suo avente diritto.

#### **DOCUMENTI DA ALLEGARE**

##### **Decesso socio**

- 1) *Certificato di decesso*
- 2) *Certificato medico attestante la causa del decesso*
- 3) *Copia autentica del testamento (ove esiste)*
- 4) *Atto di notorietà o dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio per gli eventuali eredi legittimi in ordine alla loro legittimazione (D.p.r. 28/12/2000 n. 45 - Art. 47 e 21)*
- 5) *Copia autenticata del decreto del giudice tutelare per l'impiego delle somme spettanti agli eredi minori (rilasciato dal Tribunale)*

##### **Decesso avente diritto**

- 1) *Certificato di decesso*
- 2) *Certificato originale dello stato di famiglia certificante il grado di parentela con il socio*
- 3) *Per i figli, i fratelli, le sorelle, i nipoti di età superiore a 16 anni e fino al compimento dei 25 anni di età:*
  - a. *Dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio, autenticato dagli Enti preposti, comprovante la mancanza di reddito personale superiore al limite massimo previsto dalle vigenti norme fiscali per essere considerati a carico*



## **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 da 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.*



# SERVIZI SEMPRE ATTIVI PER GLI ASSISTITI

**info center**



**02.667261**

infocenter@mutuacesarepozzo.it

**CHIAMA, SCRIVI, PARTECIPA.**

Il nostro servizio Infocenter risponde a ogni richiesta di informazioni inviata a infocenter@mutuacesarepozzo.it o telefonicamente allo 02.667261.

Lun-ven 9.00/13.00 - 13.30/17.30

*Tramite Infocenter il socio può:*

- conoscere le forme di assistenza
- avere informazioni sui regolamenti
- ricevere notizie sulla vita associativa
- richiedere l'attivazione di una presa in carico per avere una prestazione sanitaria presso i centri convenzionati



Un servizio veloce, sicuro e sempre attivo per:

- visualizzare e modificare i tuoi **dati anagrafici**
- stampare la **certificazione dei contributi associativi** versati
- stampare lo **storico dei sussidi erogati**
- visualizzare le **forme di assistenza sottoscritte**
- **avviare la richiesta di sussidio direttamente on line**
- **monitorare lo stato delle proprie pratiche di sussidio**
- cercare i **centri sanitari convenzionati** su tutto il territorio nazionale
- richiedere **informazioni** attraverso la compilazione dell'apposito form



*Con la tessera associativa, il socio può:*

- utilizzare le **strutture convenzionate in tutta Italia con CesarePozzo (poliambulatori, studi specialistici, ospedali, case di cura, centri diagnostici e odontoiatrici), e quelle della rete gestita dal Consorzio Mu.sa.**
- usufruire dei tariffari agevolati per sé e per i propri familiari aventi diritto
- accedere alle prestazioni sanitarie convenzionate con tempi di attesa ridotti



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

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

*Cosa si può fare tramite l'App?*

- Avere la tessera associativa sempre a portata di click
- caricare le richieste di rimborso dallo smartphone o dal tablet allegando direttamente le scansioni o le foto dei documenti di spesa
- verificare lo stato delle proprie richieste di rimborso
- consultare i propri dati anagrafici e le proprie adesioni

**PER POTER UTILIZZARE L'APP UFFICIALE OCCORRE ESSERE REGISTRATI A CESAREPOZZOXte**

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

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

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

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