



Tutela Globale **uno!**

Allegato al Regolamento applicativo dello Statuto

Edizione 2013

____ SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO
CESAREPOZZO
servizi d'integrazione sanitaria

____ SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO
CESAREPOZZO
servizi d'integrazione sanitaria

Tutela Globale uno!

Allegato al Regolamento applicativo dello Statuto
Edizione 2013

TUTELA GLOBALE **uno!**

FORMA DI ASSISTENZA BASE

Contributo associativo annuo - **Euro 120,00** (*centoventi/00*)

L'iscrizione alla forma di assistenza base Tutela Globale UNO! può essere richiesta da tutti coloro che, in possesso dei requisiti previsti dallo Statuto sociale e dal Regolamento applicativo, all'atto della domanda di ammissione alla Società, abbiano compiuto il diciottesimo anno di età e non abbiano superato il quarantesimo anno.

La forma di assistenza base Tutela Globale UNO! è consentita solo ai dipendenti delle società del Gruppo Ferrovie dello Stato italiane e che sono beneficiari del Piano sanitario Gruppo FSI.

La permanenza in questa forma di assistenza è consentita fino al compimento del quarantesimo anno di età. Il passaggio ad altra forma di assistenza è possibile solo dopo una permanenza nella forma di assistenza base Tutela Globale UNO! di almeno tre anni e avrà decorrenza dal 1° gennaio per i soci che presenteranno domanda entro il 30 settembre. I soci che compiono il quarantesimo anno di età sono collocati nella forma di assistenza base Tutela Globale Extra con decorrenza dal 1° gennaio dell'anno successivo all'evento.

I soci che cessano di essere beneficiari del Piano sanitario Gruppo FSI (es. per pensionamento, dimissioni, ecc...) sono automaticamente collocati nella forma di assistenza base "Tutela Globale" con decorrenza dal 1° giorno del mese successivo all'uscita dal Piano sanitario Gruppo FSI e a condizione che venga integrato, entro tale mese, il pagamento del contributo associativo dovuto sino a concorrenza dell'importo previsto per "Tutela Globale" secondo le modalità e condizioni previste nel Regolamento Applicativo.

ALLEGATO AL REGOLAMENTO

1 RICOVERO OSPEDALIERO, RICOVERO DIURNO, CURE ONCOLOGICHE, TALASSEMIA

1.1 Ricovero ospedaliero

Al socio, nel caso in cui 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, di euro 50,00 (cinquanta/00) fino al decimo giorno compreso; a partire dall'undicesimo giorno, al socio spetta un sussidio giornaliero di euro 26,00 (ventisei/00). Il sussidio di cui al presente articolo 1.1 non spetta qualora il ricovero avvenga per cure riabilitative.

Ricorda di farti rilasciare dalla struttura ospedaliera la lettera di dimissioni nella quale si evincono:
. data di ingresso
. data di uscita
. descrizione del decorso

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) *Certificato di dimissione in originale dell'Unità operativa (reparto) dell'Ospedale dal quale risulti la data di ingresso, quella di dimissione e la diagnosi.*
- 3) *Per i soci con meno di tre anni di iscrizione è obbligatoria la cartella clinica (completa di anamnesi). (**)*
- 4) *Per ricoveri superiori a 15 giorni è obbligatorio allegare la cartella clinica (completa di anamnesi, diagnosi e diario clinico). (**)*

1.2 Degenze in ricovero diurno con intervento chirurgico

Al socio, nel caso in cui sia ricoverato in struttura ospedaliera in regime di ricovero diurno con intervento chirurgico, anche se preceduto o seguito da un singolo pernottamento, spetta un sussidio forfettario di euro 100,00 (cento/00).

Ricorda di farti rilasciare dalla struttura ospedaliera la lettera di dimissioni nella quale si evincono:
. data di ingresso
. data di uscita
. descrizione del decorso

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

Ricorda di farti rilasciare dalla struttura ospedaliera la lettera di dimissioni nella quale si evincono:
. data di ingresso
. data di uscita
. descrizione del decorso

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

Ricorda di farti rilasciare dalla struttura ospedaliera il certificato attestante ciascuna data di effettuata terapia

1.4 Cure oncologiche e della Talassemia

Al socio, nel caso in cui 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, di euro 30,00 (trenta/00).

1.5 Periodo di carenza

Per acquisire il diritto al sussidio il periodo di carenza è di 120 giorni a decorrere dalla data di iscrizione.

2 ALTA DIAGNOSTICA STRUMENTALE E ALTA SPECIALIZZAZIONE

2.1 Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui effettui un esame di risonanza magnetica nucleare (Rmn), spetta - per ogni esame effettuato - un sussidio come di seguito indicato:

- a) rimborso del 50% della spesa sostenuta nei casi di esami effettuati in regime privato o intramurale, fino a un rimborso massimo di euro 100,00 (cento/00);
- b) per esami effettuati in strutture convenzionate in forma diretta il costo a carico del socio è di euro 40,00 (quaranta/00) per esame, la parte rimanente è a carico della Società.

Il sussidio è rimborsabile fino ad un massimo di euro 3.000,00 (tremila/00) nell'arco dell'anno solare.

2.2 Prescrizione medica

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

2.3 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 l'esame diagnostico è dovuto a infortunio.

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.*
 - 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.*
- 3) *Prescrizione del proprio medico curante contenente la descrizione della patologia.*

3 VISITA MEDICO SPORTIVA

3.1 Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui effettui una visita specialistica medico sportiva, viene corrisposto un sussidio pari al 100% della spesa sostenuta fino a un rimborso massimo di euro 40,00 (quaranta/00) per anno solare.

3.2 Periodo di carenza

Per acquisire il diritto al sussidio il periodo di carenza è di 120 giorni a decorrere dalla data di iscrizione.

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.*
 - 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.*

4 CHIRURGIA OCULISTICA

4.1 Intervento correttivo mediante laser ad eccimeri

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 900,00 (novecento/00). L'importo massimo del rimborso è erogato una sola volta, 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.

4.2 Periodo di carenza

Per acquisire il diritto al sussidio il periodo di carenza è di 730 giorni a decorrere dalla data di iscrizione.

Ricorda di allegare alla documentazione di spesa la certificazione sanitaria del medico oculista attestante il tipo di intervento praticato e la diagnosi per cui si è reso necessario l'intervento

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) *Cartella clinica o certificazione sanitaria del medico oculista attestante il tipo di intervento praticato e la diagnosi della malattia che ha richiesto l'intervento.*
- 3) *Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale") contenente:*
 - a. *Indicazioni dell'assistito.*
 - 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.*

5 CICLI DI TERAPIE, A SEGUITO DI INFORTUNIO SUL LAVORO ED EXTRA LAVORO

5.1 Diritto al sussidio e suo importo

Ricorda di allegare al documento di spesa la copia del verbale di Pronto Soccorso attestante l'infortunio

Al socio, nel caso in cui necessiti di cicli di cure riabilitative a seguito di infortunio sul lavoro ed extra lavoro è riconosciuto un sussidio pari al 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 e devono essere effettuati da personale medico/paramedico abilitato in terapia della riabilitazione. Il sussidio viene corrisposto fino a un massimo di euro 500,00 (cinquecento/00) nell'anno solare. Sono escluse le prestazioni presso palestre, club ginnicosportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel e centri benessere. Il sussidio è concesso previa presentazione del certificato di Pronto Soccorso che attesti l'infortunio.

5.2 Esclusioni

Il sussidio non è concesso per infortuni avvenuti prima del 1° gennaio 2013.

5.3 Periodo di carenza

Per acquisire il diritto al sussidio il periodo di carenza è di 30 giorni a decorrere dalla data iscrizione.

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.*
 - 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.*

6 MALATTIA

6.1 Diritto al sussidio e suo importo _____

Al socio con rapporto di lavoro dipendente, assente dal lavoro per malattia per un periodo ininterrotto superiore a 90 giorni, spetta un sussidio forfettario di euro 80,00 (ottanta/00) per l'assenza dal novantesimo giorno fino al centesimo giorno.

6.2 Assenza dal lavoro per malattia dopo cento giorni _____

Per i giorni ininterrotti di assenza dal lavoro successivi al centesimo giorno, al socio spetta, in caso di malattia, un sussidio giornaliero di euro 8,00 (otto/00) sino alla riammissione in servizio.

6.3 Periodo di carenza _____

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

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) *Certificato rilasciato dal medico dell'ASL competente (medico di famiglia), attestante il periodo di malattia.*
- 3) *Dichiarazione dell'Ente dal quale il socio dipende attestante il periodo di assenza per malattia.*
- 4) *Fotocopia della busta paga riferita al periodo di malattia (solo per coloro che pagano i contributi associativi tramite ccp o Rid).*

7 INFORTUNIO SUL LAVORO ED EXTRA LAVORO

7.1 Diritto al sussidio e suo importo _____

Al socio con rapporto di lavoro dipendente, assente dal lavoro per infortunio sul lavoro ed extra lavoro per un periodo ininterrotto superiore a 30 giorni, spetta un sussidio forfettario di euro 80,00 (ottanta/00) per l'assenza dal trentunesimo giorno fino al quarantesimo giorno.

7.2 Assenza per infortunio sul lavoro dopo quaranta giorni _____

Per i giorni di assenza dal lavoro successivi al quarantesimo giorno, al socio spetta, in caso di infortunio sul lavoro, un sussidio giornaliero di euro 8,00 (otto/00) sino alla riammissione in servizio, comunque per un periodo massimo non superiore a cinquanta giorni.

7.3 Assenza per infortunio extra lavoro dopo quaranta giorni _____

Per i giorni di assenza dal lavoro successivi al quarantesimo giorno, al socio spetta, in caso di infortunio extra lavoro, un sussidio giornaliero di euro 8,00 (otto/00) sino alla riammissione in servizio.

7.4 bis Periodo di carenza _____

Per acquisire il diritto al sussidio il periodo di carenza è di 30 giorni a decorrere dalla data iscrizione.

Ricorda di allegare la copia del verbale di Pronto Soccorso attestante l'incidente subito

DOCUMENTI DA ALLEGARE

Infortunio sul lavoro

- 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) *Certificato rilasciato dall'INAIL attestante il periodo di infortunio.*
- 3) *Dichiarazione dell'Ente dal quale il socio dipende attestante il periodo di assenza per infortunio.*
- 4) *Fotocopia della busta paga riferita al periodo di infortunio (solo per coloro che pagano i contributi associativi tramite ccp o Rid).*

Infortunio extra lavoro

- 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) *Certificato rilasciato dal medico dell'ASL competente (medico di famiglia), attestante il periodo di malattia.*
- 3) *Dichiarazione dell'Ente dal quale il socio dipende attestante il periodo di assenza per malattia.*
- 4) *Fotocopia della busta paga riferita al periodo di malattia (solo per coloro che pagano i contributi associativi tramite ccp o Rid).*

8 CUMULABILITÀ DEI SUSSIDI

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 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.

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 ad 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.

Le nostre sedi in Italia

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 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
011.5579272
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
055.2658106
Fax 055.296981
toscana@mutuacesarepozzo.it

TRENTINO ALTO ADIGE

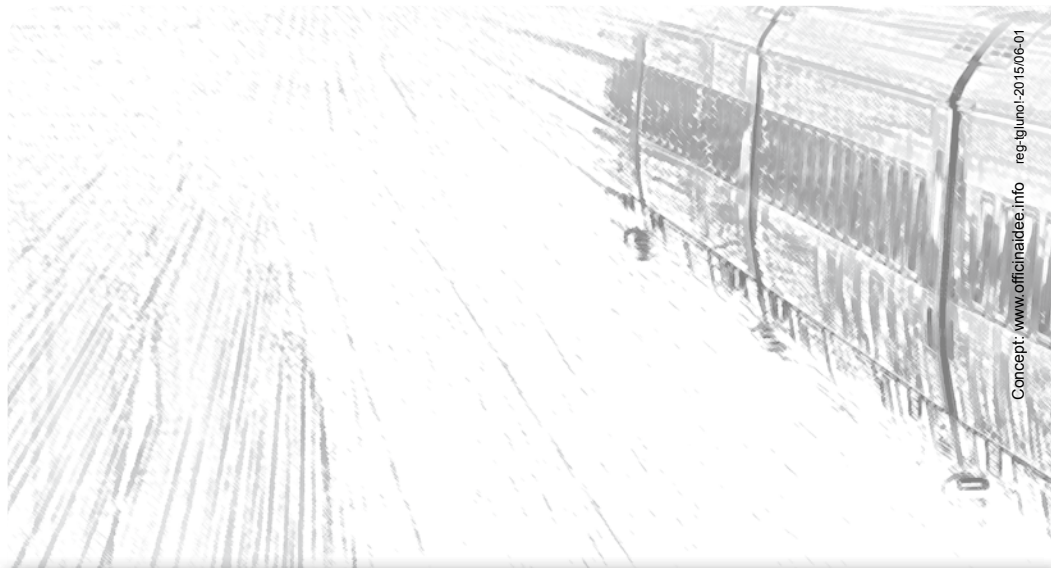
Piazza Verdi, 15 int. 4
39100 BOLZANO
Tel. 0471.300189
Fax 0471.309589
trentino@mutuacesarepozzo.it

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



Concept: www.officialidee.info reg.iglunoi:2015.06.01



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

