

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

# Prima Tutela

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](mailto:infocenter@mutuacesarepozzo.it)



### ABRUZZO

Via Grotte 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  
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  
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  
*dal 1877*

# **Prima Tutela**

Allegato al Regolamento applicativo dello Statuto  
*Edizione 2019*

# PRIMA TUTELA

**FORMA DI ASSISTENZA BASE** - in vigore dall'1 luglio 2019

Contributo associativo annuo - **Euro 180,00** (*centottanta/00*)

L'iscrizione alla forma di assistenza base **Prima Tutela** 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 settantacinquesimo anno di età. Il passaggio ad altra forma di assistenza è possibile solo dopo una permanenza nella forma di assistenza base **Prima Tutela** di almeno tre anni e avrà decorrenza dal 1° gennaio per i soci che presenteranno domanda entro il 30 settembre.

**ALLEGATO AL REGOLAMENTO**

# **1 RICOVERO OSPEDALIERO, RICOVERO DIURNO, CHIRURGIA AMBULATORIALE (DAY-SERVICE), 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 100 giorni nell'anno solare sia per il socio sia per ogni suo avente diritto.

Il sussidio di cui al presente articolo 1.1 non spetta qualora il ricovero avvenga per cure riabilitative.

I giorni di permanenza in Pronto Soccorso sono equiparati alle giornate di ricovero ospedaliero.

### **DOCUMENTI DA ALLEGARE**

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

## **1.2 Degenze in ricovero diurno con intervento chirurgico**

Al socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto sia ricoverato in una struttura ospedaliera in regime di ricovero diurno con intervento chirurgico, anche se preceduto o seguito da un singolo pernottamento ospedaliero, spetta un sussidio forfettario come di seguito specificato:

- a) euro 60,00 (sessanta/00) per il ricovero del socio;
- b) euro 60,00 (sessanta/00) per il ricovero dell'avente diritto.

### **DOCUMENTI DA ALLEGARE**

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

## **1.3 Chirurgia ambulatoriale in regime di Day-Service**

Al socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto effettui interventi chirurgici in regime di Day-Service presso strutture ospedaliere viene corrisposto, per spese documentate, un sussidio pari al 40% del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket).

### **1.3.1 Deroga**

In deroga all'articolo 5.6 del Regolamento "Adesione a più forme di

assistenza”, il presente sussidio è cumulabile con gli stessi sussidi previsti nella forma di assistenza aggiuntiva Salute Più e/o Salute Single.

### **1.3.2 Massimale**

Il presente sussidio (Chirurgia ambulatoriale in regime di Day-Service) è erogato fino alla somma prevista nel massimale annuo del punto 8 del presente Regolamento.

#### **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) Cartella clinica e/o certificato dell'Ospedale in cui è indicato il giorno, la diagnosi e il tipo di intervento effettuato, con l'annotazione che l'intervento è avvenuto in regime Day-Service

### **1.4 Ricovero per cure riabilitative**

Al socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto 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 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 15 giorni nell'arco dell'anno solare. Il periodo massimo, nell'arco dell'anno solare, è elevato a 180 giorni per aventi diritto di età inferiore a 18 anni.

#### **DOCUMENTI DA ALLEGARE**

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

### **1.5 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.*

### **1.6 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.

### **1.7 Periodo di carenza**

Per acquisire il diritto al sussidio, il periodo di carenza è di 120 giorni a decorrere dalla data d'iscrizione. Il periodo di carenza è ridotto a 30 giorni se il ricovero è dovuto a infortunio.

## **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'intervento;
- 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.

Al socio, nel caso in cui il/la proprio/a figlio/a minorenni sia sottoposto/a a un intervento chirurgico sussidiabile conseguente a malattia, compreso tassativamente nell'Elenco e Tariffario (Allegato A), in strutture sanitarie convenzionate con presa in carico in forma diretta da parte della Società, il rimborso massimo di euro 10.000 (diecimila/00) è elevato a euro 15.000 (quindicimila/00) per tutti gli interventi e per ogni 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 10 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 Intervento per neonato/a**

Al socio, nel caso in cui il/la proprio/a figlio/a neonato/a - durante il primo anno di vita - sia sottoposto/a a qualsiasi intervento chirurgico per la correzione di malformazioni congenite, spetta un rimborso massimo di euro 10.000 (diecimila/00) per intervento e per anno solare.

## **2.5 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.

## **2.6 Sussidio di ricovero ospedaliero**

Qualora siano richiesti solo i rimborsi lettera f), g), h), i) di cui al pre-



cedente punto 2.1, il socio potrà richiedere il sussidio ospedaliero di cui al punto 1).

## **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 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 ASSISTENZA DOMICILIARE SANITARIA PER MALATI NEOPLASTICI TERMINALI**

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

Al socio, ovvero ai suoi beneficiari o agli eredi legittimi, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto sia affetto da neoplasie maligne, viene riconosciuto un sussidio fino a un massimo di euro 1.000,00 (mille/00) come rimborso delle spese sostenute a domicilio per gli interventi sanitari e le cure praticate negli ultimi sei mesi di vita.

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

### **3.2 Periodo di carenza**

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

### **DOCUMENTI DA ALLEGARE**

- 1) *Documentazione analitica in originale delle spese sostenute negli ultimi 6 mesi di vita del malato*
- 2) *Certificato medico attestante la malattia neoplastica terminale*
- 3) *Certificato di decesso*

## 4 ASSISTENZA DOMICILIARE SANITARIA

### 4.1 Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui egli stesso o un suo familiare avente diritto sia colpito da malattie invalidanti temporanee a seguito di ricovero o infortunio, e necessiti di interventi sanitari a domicilio, spetta un sussidio pari al 50% delle spese sostenute fino a un massimo - per nucleo familiare - di euro 1.000,00 (mille/00) nell'anno solare.

Sono considerati interventi di assistenza sanitaria domiciliare le prestazioni professionali fornite dai medici, in possesso di laurea in Medicina e Chirurgia, da infermieri, fisioterapisti, massofisioterapisti e terapisti della Riabilitazione motoria, in possesso di idoneo titolo professionale, abilitati per eseguire: terapie mediche, assistenza infermieristica globale, assistenza riabilitativa e fisioterapica e rieducazione funzionale.

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 terapie effettuate entro 365 giorni dall'evento.

### 4.2 Periodo di carenza

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

#### DOCUMENTI DA ALLEGARE

- 1) *Certificazione medica specialistica con la descrizione completa delle prestazioni da eseguire e della necessità che le stesse siano effettuate a domicilio, nel caso di Rieducazione funzionale, Massoterapia, Terapia fisica e strumentale, eseguite in regime di assistenza domiciliare*
- 2) *Certificato medico attestante la malattia invalidante del socio/avente diritto e la tipologia di prestazione domiciliare richiesta*

## 5 VISITE SPECIALISTICHE

### 5.1 Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto effettui una visita specialistica, viene corrisposto per ogni visita un sussidio pari al:

- a) 40% del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket);
- b) 50% della spesa sostenuta nei casi di visite in regime privato o intramurale, fino a un rimborso massimo di euro 30,00 (trenta/00) per ciascuna visita e comunque nel limite di due visite per anno solare per ogni singola specializzazione sia per il socio sia per ciascun avente diritto. Tale limite è elevato a quattro nella specializzazione di Ostetricia e Ginecologia.

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

## 5.2 Deroga

In deroga all'articolo 5.6 del Regolamento "Adesione a più forme di assistenza", il sussidio è cumulabile con la forma di assistenza aggiuntiva Salute Più e/o Salute Single.

## 5.3 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) 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
- 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

## 6 ALTA DIAGNOSTICA STRUMENTALE E ALTA SPECIALIZZAZIONE

### 6.1 Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto effettui un esame di Alta diagnostica strumentale o di Alta specializzazione, spetta - per ogni esame effettuato - un sussidio come di seguito indicato.

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

#### 6.1.1 Alta diagnostica strumentale

- a) Rimborso del 100% del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket);
- b) rimborso del 50% della spesa sostenuta nei casi di esami effettuati in regime privato o intramurale, fino a un massimo di euro 100,00 (cento/00);
- c) 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.

Ai fini del sussidio si considerano accertamenti di Alta diagnostica strumentale i seguenti esami:

- angiografia;

- risonanza magnetica nucleare (Rmn);
- scintigrafia;
- tomografia ad emissione di positroni (Pet);
- tomografia assiale computerizzata (Tac).

### **6.1.2 Alta specializzazione**

- a) Rimborso del 100% del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket);
- b) rimborso del 50% della spesa sostenuta nei casi di esami effettuati in regime privato o intramurale, fino a un massimo di euro 40,00 (quaranta/00);
- c) per esami effettuati in strutture convenzionate in forma diretta il costo a carico del socio è di euro 25,00 (venticinque/00) per esame. La parte rimanente è a carico della Società.

Ai fini del sussidio si considerano accertamenti di Alta specializzazione i seguenti esami:

- ecocardio-colordoppler;
- ecocardiogramma;
- doppler - ecodoppler;
- elettromiografia;
- mammografia;
- mineralometria ossea computerizzata.

### **6.1.3 Ecografia**

Per ecografie effettuate in strutture convenzionate in forma diretta, il costo a carico del socio è di euro 25,00 (venticinque/00) per esame. La parte rimanente è a carico della Società.

### **6.2 Esclusioni**

il sussidio non è concesso per le prestazioni inerenti l'Odontoiatria, l'Ortodonzia, la Medicina legale, la Medicina dello sport, la Medicina del lavoro, la Medicina estetica, il rilascio di patenti, brevetti e abilitazioni, l'Omeopatia, la Medicina olistica, la Chiropratica, la Iridiologia.

### **6.3 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) *Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, “fattura/ricevuta fiscale”) contenente:*
  - a. *Indicazioni dell’assistito (socio o familiare avente diritto)*
  - b. *Indicazioni dell’emittente (nome, cognome, residenza o domicilio, numero di partita Iva) con qualificazione professionale e specialistica*
  - c. *Data di emissione*
  - d. *Numero e indicazione delle singole prestazioni praticate*
  - e. *Data in cui le prestazioni sono state fornite o periodi di tempo per le prestazioni di carattere continuativo*
  - f. *Indicazioni di quietanzamento*
- 2) *Ricevuta del ticket del Servizio Sanitario Nazionale. Qualora sulla ricevuta del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket) non sia specificata la prestazione effettuata è obbligatorio allegare la prescrizione medica*
- 3) *Prescrizione del proprio medico curante contenente la descrizione della patologia*

## **7 SUSSIDIO PER ESAMI DIAGNOSTICI STRUMENTALI E DI LABORATORIO EFFETTUATI TRAMITE SSN (TICKET)**

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

Al socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto effettui esami diagnostici strumentali e/o di laboratorio, viene corrisposto, per spese documentate, un sussidio pari al 40% del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket).

### **7.2 Deroga**

In deroga all’articolo 5.6 del Regolamento “Adesione a più forme di assistenza”, il presente sussidio è cumulabile con gli analoghi sussidi previsti nella forma di assistenza aggiuntiva Salute Più e/o Salute Single.

### **7.3 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.

### **7.4 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**

*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*

## **8 LIMITE MASSIMO SUSSIDIABILE PER CHIRURGIA AMBULATORIALE IN REGIME DI DAY-SERVICE, VISITE SPECIALISTICHE, ESAMI DIAGNOSTICI STRUMENTALI E DI LABORATORIO**

### **8.1 Massimale annuo**

I sussidi previsti ai precedenti punti 1.3), 5) e 7) si intendono concessi per spese documentate sostenute dal socio fino a un massimo di euro 500,00 (cinquecento/00) nell'arco dell'anno solare per nucleo familiare.

## **9 TRASPORTO INFERMI**

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

Il socio ha diritto a un sussidio di euro 30,00 (trenta/00) per il trasporto di sé stesso o di un avente diritto con mezzo sanitario. Il sussidio sarà concesso per un massimo di 2 volte nell'anno solare, previa presentazione di documentazione e in regola con la normativa fiscale vigente.

### **9.2 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 il trasporto è dovuto a infortunio.

#### **DOCUMENTI DA ALLEGARE**

*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*

## **10 CICLI DI TERAPIE**

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

Al socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto necessiti di cicli di cure riabilitative a seguito di infortunio o ricovero ospedaliero con intervento chirurgico, è riconosciuto un sussidio - sia per rimborso del ticket dovuto al Servizio Sanitario Nazionale sia per spese effettuate in regime di solvenza - fino a un massimo di euro 80,00 (ottanta/00) per ogni ciclo effettuato.

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

o dal ricovero ospedaliero con intervento chirurgico.  
Il sussidio viene corrisposto una sola volta per ogni infortunio o ricovero con intervento chirurgico, con un massimo di tre cicli nell'anno solare.

## 10.2 Periodo di carenza \_\_\_\_\_

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

Tale periodo è ridotto a 30 giorni in caso di infortunio.

### **DOCUMENTI DA ALLEGARE**

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

## 11 TELEASSISTENZA

### 11.1 Diritto al sussidio e suo importo \_\_\_\_\_

Al socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto sia in condizione di non autosufficienza accertata da dichiarazione medica o che la stessa documenti una situazione di inadeguata assistenza nell'arco della giornata, è concesso un sussidio pari al 50% della spesa sostenuta per l'acquisto o il noleggio di un'apparecchiatura capace di fornire un servizio di teleassistenza, comunque fino a un massimo - per nucleo familiare - di euro 100,00 (cento/00) nell'anno solare.

Il sussidio verrà liquidato solo se la spesa sostenuta sarà dettagliatamente documentata, in regola con la normativa fiscale vigente e riconducibile alla situazione di non autosufficienza o inadeguata assistenza in atto.

### 11.2 Periodo di carenza \_\_\_\_\_

Per acquisire il diritto all'apparecchio, il periodo di carenza è di 180 giorni a decorrere dalla data di iscrizione.

### **DOCUMENTI DA ALLEGARE**

- 1) *Dichiarazione medica attestante lo stato di necessità di teleassistenza*
- 2) *Documento comprovante il versamento della cauzione*
- 3) *Richiesta di attivazione del servizio (moduli specifici)*

## 12 CUMULABILITÀ DEI SUSSIDI

- I sussidi e i servizi erogati sono fra loro cumulabili ad eccezione del:
- sussidio di assistenza domiciliare con il sussidio di assistenza sanitaria per malati neoplastici terminali;
  - il sussidio per Alta diagnostica strumentale e Alta specializzazione con il sussidio per interventi chirurgici sussidiabili.

### 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 ad euro 77,47 deve essere assoggettata 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.**

**Chiama:** il numero 02.667261  
dal Lunedì al Venerdì 9.00-13.00 • 13.30-17.30

**Scrivi:** all'indirizzo e.mail  
infocenter@mutuacesarepozzo.it

*Tramite Infocenter puoi:*

- Conoscere le forme di assistenza
- Avere informazioni sui regolamenti
- Ricevere notizie sulla vita associativa
- **Richiedere l'attivazione di una presa in carico** per avere una prestazione sanitaria presso i centri convenzionati

**CESAREPOZZO**  
**xte**

Un servizio veloce, sicuro, e sempre attivo per:

- Visualizzare e modificare i tuoi **dati anagrafici**
- Stampare la **certificazione dei contributi associativi** versati
- Stampare lo **storico dei sussidi erogati**
- Visualizzare le **forme di assistenza sottoscritte**
- **Avviare la richiesta di sussidio direttamente on line**
- **Monitorare lo stato delle proprie pratiche di sussidio**
- Cercare i **centri sanitari convenzionati** su tutto il territorio nazionale
- Richiedere **informazioni** attraverso la compilazione dell'apposito form.



*Il socio può:*

- utilizzare **le strutture convenzionate in tutta Italia con FONDO SALUTE, partner di CesarePozzo (poliambulatori, studi specialistici, ospedali, case di cura, 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.**

**CESAREPOZZO**  
**xte**  
**APP**



*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.it](http://www.mutuacesarepozzo.it)**

