

Tutela Figli

Allegato al Regolamento applicativo dello Statuto

Edizione 2019

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

Tutela Figli

Allegato al Regolamento applicativo dello Statuto
Edizione 2019

TUTELA FIGLI

FORMA DI ASSISTENZA AGGIUNTIVA - In vigore dall'1 luglio 2019
Contributo associativo annuo - **Euro 90,00** (*novanta/00*)

L'iscrizione alla forma di assistenza aggiuntiva **Tutela Figli** può essere richiesta da tutti coloro che all'atto della domanda di adesione risultino iscritti alla forma di assistenza base **Tutela Globale**.

L'adesione alla forma di assistenza aggiuntiva **Tutela Figli** è consentita per ogni figlio/a avente diritto con un'età compresa dai 25 anni compiuti fino al termine dell'anno solare di compimento del 35° anno di età, a condizione che sia a carico fiscale del socio e sia residente sotto lo stesso tetto del socio.

Nel caso di adesione entro 30 giorni dal compimento del 25° anno di età del/la figlio/a non si considerano le carenze previste nei singoli sussidi. Nel caso di adesione successiva a 30 giorni dal compimento del 25° anno di età del/la figlio/a si applicano le carenze previste nei singoli sussidi e inoltre, il diritto ai sussidi elencati nella forma di assistenza aggiuntiva **Tutela Figli** non compete quando la causa che ha determinato la richiesta sia conseguente a patologie o infortuni, fatti o eventi preesistenti alla data della domanda di adesione alla forma di assistenza aggiuntiva **Tutela Figli** fatto salvo quanto previsto dall'art. 1.7 bis del Regolamento.

Nel caso in cui il/la figlio/a perda infrannualmente i requisiti (carico fiscale e/o residenza sotto lo stesso tetto del socio) l'adesione alla forma di assistenza aggiuntiva **Tutela Figli** comunque perdura fino al termine dell'anno solare.

E' consentito il recesso da parte del socio a condizione che il/la figlio/a presenti contestualmente la domanda di iscrizione in proprio alla Società entro l'anno solare in cui si è verificata la perdita dei predetti requisiti, in deroga a quanto previsto dall'art. 2.4 Bis del Regolamento Applicativo.

In ogni caso, il recesso alla presente forma di assistenza aggiuntiva da parte del socio e la connessa iscrizione del/la figlio/a decorrono dal primo giorno del mese successivo a quello in cui viene presentato alla Società il recesso e l'iscrizione.

ALLEGATO AL REGOLAMENTO

1 RICOVERO OSPEDALIERO, RICOVERO DIURNO, CHIRURGIA AMBULATORIALE (DAY-SERVICE), CURE ONCOLOGICHE E DELLA TALASSEMIA, EMODIALISI CRONICA

1.1 Ricovero ospedaliero

Al socio, nel caso in cui il/la proprio/a figlio/a avente diritto sia ricoverato/a 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 15,00 (quindici/00), rideterminato in euro 30,00 (trenta/00) se effettuato in una struttura ospedaliera distante oltre 150 Km dalla residenza o all'estero. Il sussidio spetta per un periodo massimo di 180 giorni nell'arco dell'anno solare.

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 adesione alla forma di assistenza 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 il/la proprio/a figlio/a avente diritto sia ricoverato/a 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 di euro 50,00 (cinquanta/00).

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 il/la proprio/a figlio/a 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 6.1 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 il/la proprio/a figlio/a avente diritto sia ricoverato/a 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 15,00 (quindici/00). Il sussidio spetta per un periodo massimo di 15 giorni nell'arco dell'anno solare.

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 il/la proprio/a figlio/a avente diritto sia sottoposto/a, ambulatorialmente o in day hospital, al trattamento di cure radianti e/o chemioterapiche per cure oncologiche, o sia sottoposto/a a emotrasfusioni e/o a trattamenti ferrochelanti per la cura della talassemia, spetta un sussidio giornaliero, per ogni giorno di trattamento, di euro 15,00 (quindici/00).

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 Emodialisi cronica

Al socio, nel caso in cui il/la proprio/a figlio/a avente diritto sia sottoposto/a a trattamento emodialitico cronico, spetta un sussidio giornaliero di euro 15,00 (quindici/00). Il sussidio è calcolato per ogni giorno effettivo di ricovero o di degenza in day hospital per il trattamento dialitico con un massimo di 104 giorni nell'arco dell'anno solare. Non sarà, in ogni caso, sussidiabile il trattamento dialitico effettuato a domicilio.

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.

1.7 Periodo di carenza

Per acquisire il diritto al sussidio, il periodo di carenza è di 120 giorni a decorrere dalla data di collocazione nella forma di assistenza aggiuntiva. 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 il/la proprio/a figlio/a avente diritto sia sottoposto/a 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 espanto 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 il/la proprio/a figlio/a avente diritto sia sottoposto/a 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 40,00 (quaranta/00) giornaliera per ricovero in Italia;
- b) euro 60,00 (sessanta/00) giornaliera 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 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).

2.5 Periodo di carenza

Per acquisire il diritto al sussidio, il periodo di carenza è di 180 giorni a decorrere dalla data di collocazione nella forma di assistenza aggiuntiva. 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 (figlio/a)*
 - 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, nel caso in cui il/la proprio/a figlio/a avente diritto sia affetto/a da neoplasie maligne, viene riconosciuto un sussidio fino a un massimo di euro 2.000,00 (duemila/00) come rimborso alle spese sostenute a domicilio per gli interventi sanitari e le cure praticate negli ultimi 6 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 collocazione nella forma di assistenza aggiuntiva.

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*

4 ASSISTENZA DOMICILIARE SANITARIA

4.1 Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui il/la proprio/a figlio/a avente diritto sia colpito/a 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 collocazione nella forma di assistenza aggiuntiva.

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 Ri-educuzione funzionale, Massoterapia, Terapia fisica e strumentale, eseguite in regime di assistenza domiciliare*
- 2) *Certificato medico attestante la malattia invalidante del socio/aventi diritto e la tipologia di prestazione domiciliare richiesta*

5 ALTA DIAGNOSTICA STRUMENTALE E ALTA SPECIALIZZAZIONE

5.1 Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui il/la proprio/a figlio/a 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.

5.1.1. 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).

5.1.2. 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.

5.2 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.

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.

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 (figlio/a)

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

6 SUSSIDIO PER VISITE SPECIALISTICHE, ESAMI DIAGNOSTICI STRUMENTALI E DI LABORATORIO EFFETTUATI TRAMITE SSN (TICKET)

6.1 Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui il/la proprio/a figlio/a avente diritto effettui visite specialistiche e/o esami diagnostici strumentali e/o di laboratorio, viene corrisposto, per spese documentate, un sussidio pari al 40% del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket).

Per le visite specialistiche e/o gli esami diagnostici strumentali e/o di laboratorio e/o Chirurgia ambulatoriale in regime di Day-Service (punto 1.3), il sussidio è rimborsabile fino a un massimo di euro 500,00 (cinquecento/00) nell'arco dell'anno solare per nucleo familiare.

6.2 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*.

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

6.4 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

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.

7 CHIRURGIA OCULISTICA

7.1 Intervento correttivo mediante laser ad eccimeri _____

Al socio, nel caso in cui il/la proprio/a figlio/a avente diritto effettui 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), fino a un massimo complessivo di euro 900,00 (novecento/00). L'importo massimo del rimborso è erogato una sola volta per persona, sia con intervento ad un solo occhio sia a entrambi gli occhi, anche in tempi diversi.

Ai fini del sussidio si considerano i seguenti interventi laser ad eccimeri:

- laserchirurgia della cornea o trattamenti laser ad eccimeri per miopia, astigmatismo, ipermetropia;
- cheratomileusi intrastomale associata a laser;
- terapia fotodinamica con verteporfine.

7.2 Periodo di carenza _____

Per acquisire il diritto al sussidio, il periodo di carenza è di 730 giorni a decorrere dalla data di collocazione nella forma di assistenza aggiuntiva.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

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

8 PREVENZIONE ODONTOIATRICA

8.1 Diritto al sussidio e suo importo _____

Al socio, nel caso in cui il/la proprio/a figlio/a avente diritto, richieda prestazioni odontoiatriche di prevenzione presso Studi dentistici convenzionati previa prenotazione, *CesarePozzo* provvede al pagamento diretto delle relative spese sostenute se il socio ha preventivamente attivato la presa in carico contattando Infocenter.

Ai fini del sussidio sono previste le seguenti prestazioni odontoiatriche:

- ablazione del tartaro;
- visita specialistica odontoiatrica.

Le prestazioni devono essere effettuate in unica soluzione.
Il sussidio è previsto una volta nell'arco dell'anno solare.
Il sussidio è concesso fino a quanto previsto dall'art. 9 della forma di assistenza Tutela Globale; pertanto, ai fini del raggiungimento del massimale di una volta nell'arco dell'anno solare per nucleo familiare, concorrono tutti i sussidi presenti nei seguenti articoli:

- a) Tutela Figli – Articolo 8;
- b) Tutela Globale – Articolo 9.

8.2 Periodo di carenza

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

9 MATERNITÀ

9.1 Maternità e paternità

Al socio, per il/la proprio/a figlio/a avente diritto, spetta un sussidio di euro 250,00 (duecentocinquanta/00) in occasione di un parto, indipendentemente dall'esito del parto stesso e dal numero dei figli nati.

Si ha diritto al sussidio quando il parto avviene dopo la ventiquattresima settimana di gestazione. Tale sussidio spetta anche in caso di adozione, sia nazionale sia internazionale secondo le disposizioni vigenti nella Repubblica Italiana, indipendentemente dal numero di figli adottati (per singola pratica di adozione).

9.2 Spese legate alla prima infanzia

Al socio, per il/la proprio/a figlio/a avente diritto, spetta un sussidio del 50% della spesa sostenuta e documentata per visite pediatriche ed esami nei primi tre anni di vita e fino a un massimo di euro 100,00 (cento/00) per ogni anno solare.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- 1) *Certificazione rilasciata dal medico ostetrico attestante il parto e la settimana di gestazione in cui il parto è avvenuto*
- 2) *Certificato rilasciato dal Tribunale attestante l'avvenuta adozione*

9.3 Periodo di carenza

Per acquisire il diritto al sussidio, il periodo di carenza è di 365 giorni, a decorrere dalla data di iscrizione alla presente forma di assistenza aggiuntiva.

10 DECESSO

10.1 Diritto al sussidio e suo importo _____

Al socio, nel caso di decesso del/la proprio/a figlio/a avente diritto, spetta, quale sostegno alla famiglia per contributo alle spese funerarie, un sussidio di euro 5.000,00 (cinquemila/00).

10.2. Eredi legittimi _____

Il sussidio di decesso del/la proprio/a figlio/a verrà liquidato direttamente al socio.

10.3 Periodo di carenza _____

Per acquisire il diritto al sussidio, il periodo di carenza è di 180 giorni a decorrere dalla data di collocazione nella forma di assistenza aggiuntiva. Il periodo di carenza è ridotto a 30 giorni se il decesso è dovuto a infortunio.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

1) *Certificato di decesso*

2) *Certificato originale dello stato di famiglia certificante il grado di parentela con il socio*

11 CUMULABILITÀ DEI SUSSIDI

I sussidi e i servizi erogati sono fra loro cumulabili ad eccezione del:

- a) sussidio di ricovero ospedaliero con il sussidio di chirurgia oculistica;
- b) sussidio di 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 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.

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
lobardia@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

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 Cesare Pozzo (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

