

MUTUA.
CESARE POZZO
La tua salute dal 1877

Fondo integrativo sanitario Impresa Sociale 120

Allegato al Regolamento applicativo dello Statuto

SEDE NAZIONALE



mutuacesarepozzo.org



02.97371001



infocenter@mutuacesarepozzo.it



Via S. Gregorio, 46/48 - 20124 Milano



SEDI REGIONALI

ABRUZZO

Via di Sotto, 137
65125 Pescara

085.4212152

abruzzo@mutuacesarepozzo.it

BASILICATA

Via Vincenzo Verrastro, 19/D
85100 Potenza

0971.58791

basilicata@mutuacesarepozzo.it

CALABRIA

Via Nino Bixio, 15
89127 Reggio Calabria

0965.331960

calabria@mutuacesarepozzo.it

CAMPANIA

Via Enrico Cosenz, 13
80142 Napoli

081.261568

campania@mutuacesarepozzo.it

EMILIA-ROMAGNA

Via Boldrini, 18/B
40121 Bologna

051.6390850

emilia@mutuacesarepozzo.it

FRIULI VENEZIA GIULIA

Via Giustiniano, 8
34133 Trieste

040.367811

friuli@mutuacesarepozzo.it

LAZIO

Via Cavour, 47
00184 Roma

06.47886742 - 06.4815887

lazio@mutuacesarepozzo.it

LIGURIA

Via E. De Amicis, 6/2
16122 Genova

010.5702787

liguria@mutuacesarepozzo.it

LOMBARDIA

Via S. Gregorio, 48
20124 Milano

02.66726410

lombardia@mutuacesarepozzo.it

MARCHE

Via G. Marconi, 227
60125 Ancona

071.43437

marche@mutuacesarepozzo.it

MOLISE

Via Garibaldi, 67/69
86100 Campobasso

0874.482004

molise@mutuacesarepozzo.it

PIEMONTE-VALLE D'AOSTA

Via Sacchi, 2/bis
10128 Torino

011.545651

piemonte@mutuacesarepozzo.it

PUGLIA

Via Beata Elia di S. Clemente, 223
70122 Bari

080.5243662 - 080.5730206

puglia@mutuacesarepozzo.it

SARDEGNA

Via Goffredo Mameli, 47
09124 Cagliari

070.658418

sardegna@mutuacesarepozzo.it

SICILIA

Via Torino, 27/D
90133 Palermo

091.6167012

sicilia@mutuacesarepozzo.it

TOSCANA

Via degli Orti Oricellari, 34
50123 Firenze

055.211806

toscana@mutuacesarepozzo.it

TRENTINO-ALTO ADIGE

Piazza Verdi, 15 int.4
39100 Bolzano

0471.300189

trentino@mutuacesarepozzo.it

UMBRIA

Via Nazario Sauro, 4/B
06034 Foligno (PG)

0742.342086

umbria@mutuacesarepozzo.it

VENETO

Via Ulloa, 5
30175 Marghera (VE)

041.926751

veneto@mutuacesarepozzo.it



Fondo integrativo sanitario Impresa Sociale 120

Allegato al Regolamento applicativo dello Statuto

FONDO INTEGRATIVO SANITARIO IMPRESA SOCIALE 120

FORMA DI ASSISTENZA BASE - In vigore dal 1/1/2025

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

L'iscrizione alla forma di assistenza base **Fondo integrativo sanitario Impresa Sociale 120** può essere richiesta da tutti coloro che siano in possesso dei requisiti previsti dallo Statuto sociale, dal Regolamento applicativo, dal Regolamento del fondo sanitario pluriaziendale e del settore Mutualità Mediata con altre mutue, nonché dall'Atto di Convenzione sottoscritto tra l'Ente e la *Cesare Pozzo*.

ALLEGATO AL REGOLAMENTO

AREA RICOVERO

1. RICOVERO CON INTERVENTO CHIRURGICO

1.1 Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui sia sottoposto a intervento chirurgico sussidiabile, compreso tassativamente nell'Elenco interventi chirurgici sussidiabili (Allegato A), spetta un sussidio 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 parte 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);
- l) spese sostenute per interventi chirurgici sussidiabili effettuati nel primo anno di vita del proprio figlio neonato, per la correzione di malformazioni congenite, per un massimo di euro 10.000,00 (diecimila/00).

1.2 Percentuale di rimborso

Il sussidio spetta per spese effettivamente sostenute e comunque fino a un massimo di euro 10.000,00 (diecimila/00) per tutti gli interventi e per ogni evento a esclusione del trapianto d'organi che prevede un rimborso massimo di euro 50.000,00 (cinquantamila/00) e per ogni evento.

Il sussidio di cui al precedente punto 1.1 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.

1.3 Assistenza per ricovero ospedaliero

Al socio, nel caso in cui sia sottoposto a intervento chirurgico sussidiabile, a titolo di rimborso

spese, spetta un sussidio per ogni giorno di ricovero, con un massimo di 20 giorni, di euro 60,00 (sessanta/00) giornalieri per ricovero in Italia o all'estero. Qualora siano richiesti solo i rimborsi lettere f), g), h), i), di cui al precedente punto 1.1, il socio potrà richiedere assistenza per ricovero ospedaliero.

1.4 Unica richiesta di sussidio

Il socio dovrà presentare una sola richiesta di sussidio che includa la documentazione del ricovero, tutte le spese relative all'intervento, nonché le spese precedenti e successive all'intervento stesso.

Eventuali ulteriori richieste di rimborso verranno sussidiate secondo quanto previsto nei successivi articoli.

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)
 - 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 singole prestazioni praticate
 - e. data in cui le prestazioni sono state fornite o periodi di tempo per quelle a carattere continuativo
 - f. indicazioni di quietanzamento
- 3) Ricevuta del ticket del Servizio Sanitario Nazionale. *(vedi articolo norme generali)

1.5. Ricovero con intervento chirurgico (non compreso nell'Allegato A)

Al socio, nel caso in cui sia ricoverato per malattia e/o infortunio in una struttura sanitaria e sia sottoposto a intervento chirurgico, non compreso nell'Elenco interventi chirurgici sussidiabili (Allegato A), dopo le prime 2 notti consecutive di ricovero, spetta un sussidio giornaliero, dal primo giorno fino al termine del ricovero, di euro 30,00 (trenta/00) giornalieri per ricovero in Italia o all'estero.

Il sussidio spetta per un periodo massimo di sette giorni per ricovero.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- 1) Lettera di dimissione dell'Unità operativa (reparto) dell'Ospedale dal quale risulti la data di ingresso, quella di dimissione, la diagnosi e il tipo di intervento praticato

AREA SPECIALISTICA

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 Alta diagnostica strumentale o di Alta specializzazione, spetta - per ogni esame effettuato - un sussidio come di seguito indicato.

Ai fini del sussidio si considerano accertamenti di Alta diagnostica strumentale e Alta specializzazione gli esami indicati nell'Allegato B specifico.

2.1.1. Alta diagnostica strumentale

- a) Rimborso del 100% del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket);
- b) rimborso del 80% della spesa sostenuta nei casi di esami effettuati in regime privato o intramurale, con un minimo non rimborsabile di euro 60,00 (sessanta/00) euro per esame;
- c) per esami effettuati in strutture convenzionate in forma diretta il costo a carico del socio è di euro 35,00 (trentacinque/00) per esame, la parte rimanente è a carico della Società.

2.1.2. Alta diagnostica strumentale in strutture della Cooperazione convenzionate

Al socio, nel caso in cui effettui uno degli esami di Alta diagnostica strumentale compresi nell'Allegato B specifico presso le strutture sanitarie della Cooperazione convenzionate in forma diretta spetta un sussidio pari al 100% della spesa con un costo a carico del socio di euro 20,00 (venti/00) per esame.

2.1.3. Alta specializzazione

- a) Rimborso del 100% del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket);
- b) rimborso del 80% della spesa sostenuta nei casi di esami effettuati in regime privato o intramurale, con un minimo non rimborsabile di euro 60,00 (sessanta/00) euro per esame;
- c) per esami effettuati in strutture convenzionate in forma diretta il costo a carico del socio è di euro 20,00 (venti/00) per esame, la parte rimanente è a carico della Società.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- 1) *Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ ricevuta fiscale") contenente:*
 - a. *indicazioni dell'assistito (socio)*
 - 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 singole prestazioni praticate*
 - e. *data in cui le prestazioni sono state fornite o periodi di tempo per quelle a carattere continuativo*
 - f. *Indicazioni di quietanzamento*
- 2) *Ricevuta del ticket del Servizio Sanitario Nazionale. *(vedi articolo norme generali)*
- 3) *Prescrizione del proprio medico curante contenente la descrizione della patologia*

3 VISITE SPECIALISTICHE

3.1. Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui effettui una visita specialistica, viene corrisposto per ognuna di esse un sussidio pari al:

- a) 100% 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 40,00 (quaranta/00) per ciascuna visita e comunque nel limite di 2 per anno solare per ogni singola specializzazione;
- c) 100% della spesa per visite effettuate in strutture convenzionate con la Società in forma diretta con un costo a carico del socio di euro 30,00 (trenta/00) per visita, la parte rimanente è a carico della Società.

3.2. Visite specialistiche in strutture della Cooperazione convenzionate

Al socio, nel caso in cui effettui visite specialistiche presso le strutture sanitarie della Coope-

razione convenzionate in forma diretta, spetta un sussidio pari al 100% della spesa con nessun costo a carico del socio.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- 1) Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ ricevuta fiscale") contenente:
 - a. indicazioni dell'assistito (socio)
 - 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 singole prestazioni praticate
 - e. data in cui le prestazioni sono state fornite o periodi di tempo per quelle a carattere continuativo
 - f. indicazioni di quietanzamento
- 2) Ricevuta del ticket del Servizio Sanitario Nazionale. *(vedi articolo norme generali)

4 TICKET E PRONTO SOCCORSO

4.1. Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui effettui accesso al pronto soccorso, esami diagnostici strumentali e/o di laboratorio conseguenti a malattia o a infortunio, viene corrisposto, per spese documentate, un sussidio pari al 100% del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket), a esclusione di accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

4.2. Prevenzione e controllo

Al socio, nel caso in cui effettui esami diagnostici strumentali e/o di laboratorio a scopo di prevenzione, viene corrisposto, per spese documentate, un sussidio pari al 100% del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket).

DOCUMENTI DA ALLEGARE

*Ricevuta del ticket del Servizio Sanitario Nazionale. *(vedi articolo norme generali)*

5 5. MASSIMALE ARTICOLI 2, 3 E 4

5.1. Massimale

I sussidi relativi all'Area specialistica si intendono concessi per spese documentate e sostenute dal socio fino a un massimo di euro 7.000,00 (settemila/00) nell'arco dell'anno solare.

5.2. Esclusioni

I sussidi non sono concessi per le prestazioni inerenti all'Odontoiatria, l'Ortodonzia, la Medicina legale, la Medicina dello sport, la Medicina del lavoro, la Medicina estetica, il rilascio di patenti, brevetti e abilitazioni, le prestazioni non controllabili o non comprese nella pratica medica o nella farmacopea ufficiale (es. cure omeopatiche, pranoterapia, iridologia, fitoterapia, cromoterapia, Medicina olistica, Chiropratica).

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

Sono inoltre escluse le spese sostenute per gravidanza o per accompagnamento alla procreazione (previste all'articolo 11).

AREA TERAPIE RIABILITATIVE E CONSERVATIVE

6 TERAPIE RIABILITATIVE E CONSERVATIVE A SEGUITO DI INFORTUNIO

6.1. Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui necessiti di cicli di cure riabilitative a seguito di infortunio, è riconosciuto un sussidio pari al:

- a) 100% del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket);
- b) 100% della spesa sostenuta con un minimo non indennizzabile di euro 50,00 (cinquanta/00) per ogni ciclo di terapia effettuato in regime privato o intramurale.

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

Il sussidio è erogato esclusivamente a fini riabilitativi, sempreché siano prescritti da un medico di base o da uno specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia e siano effettuati da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione, il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

Le spese vengono riconosciute esclusivamente se eseguite presso centri medici specializzati e autorizzati dagli Enti competenti all'esercizio di attività sanitarie fisioterapiche, da terapisti della riabilitazione regolarmente abilitati ovvero da osteopati.

La documentazione relativa a un ciclo di cura, una volta concluso, dovrà essere allegata alla medesima richiesta di sussidio. Non verranno presi in considerazione richieste di sussidio con cicli di cura non conclusi.

Non sono comprese le prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico. Per il diritto al sussidio è necessaria la presenza di un certificato del pronto soccorso.

6.2. Massimale

Il sussidio viene corrisposto fino a un massimo di euro 600,00 (seicento/00) nell'anno solare e per infortunio.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- 1) *Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ ricevuta fiscale") contenente:*
 - a. *indicazioni dell'assistito (socio)*
 - 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 singole prestazioni praticate*
 - e. *data in cui le prestazioni sono state fornite o periodi di tempo per quelle a carattere continuativo*
 - f. *indicazioni di quietanzamento*
- 2) *Ricevuta del ticket del Servizio Sanitario Nazionale. *(vedi articolo norme generali)*
- 3) *Certificato del pronto soccorso attestante l'infortunio*
- 4) *Prescrizione del proprio medico curante contenente la descrizione della patologia*

7 TERAPIE RIABILITATIVE E CONSERVATIVE - LOGOPEDIA

7.1. Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui necessiti di cicli di cure riabilitative logopediche, è riconosciuto un sussidio pari al 100% della spesa sostenuta con un massimo di euro 25,00 (venticinque/00) per ogni seduta di terapia.

Il sussidio viene corrisposto fino a un massimo di euro 150,00 (centocinquanta/ 00) nell'anno solare e previa presentazione della prescrizione del medico curante.

Sono rimborsabili solo le prestazioni effettuate da soggetti in possesso di laurea in Medicina e Chirurgia o da operatori professionali abilitati.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

1) Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ ricevuta fiscale") contenente:

a. indicazioni dell'assistito (socio)

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 singole prestazioni praticate

e. data in cui le prestazioni sono state fornite o periodi di tempo per quelle a carattere continuativo

f. indicazioni di quietanzamento

2) Prescrizione del proprio medico curante contenente la descrizione della patologia

AREA ODONTOIATRICA

8 PRESTAZIONI DI ASSISTENZA ODONTOIATRICA - PREVENZIONE

8.1. Prevenzione odontoiatrica

Nel caso in cui il socio effettui prestazioni odontoiatriche di prevenzione presso studi dentistici convenzionati con la Società in forma diretta, CesarePozzo provvede al pagamento diretto delle relative spese sostenute.

Ai fini del sussidio sono previste le seguenti prestazioni odontoiatriche di prevenzione:

- ablazione del tartaro;
- visita specialistica odontoiatrica.

Le prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione.

Il sussidio è previsto una volta per anno solare. CesarePozzo autorizza una seconda seduta di igiene orale nello stesso anno solare qualora il medico ne riscontri la necessità.

9 PRESTAZIONI DI ASSISTENZA ODONTOIATRICA – CURE

9.1. Cure odontoiatriche in strutture convenzionate

Al socio, nel caso in cui effettui prestazioni odontoiatriche presso strutture sanitarie convenzionate con la Società, viene riconosciuto un sussidio come di seguito specificato:

- otturazione di qualsiasi classe per un massimo di euro 50,00 (cinquanta/00) per elemento e non ripetibile prima di 4 anni per lo stesso elemento;
- estrazione semplice o complessa per un massimo di euro 50,00 (cinquanta/00) per elemento;

- impianti osteointegrati per un massimo di euro 300,00 (trecento/00) per impianto e non ripetibile prima di 5 anni per lo stesso elemento.
- Il sussidio viene corrisposto fino a un massimo di euro 600,00 (seicento/00) nell'anno solare.

9.2. Cure odontoiatriche in strutture non convenzionate

Al socio, nel caso in cui egli stesso effettui una o più cure odontoiatriche di seguito specificate, spetta un rimborso della spesa effettivamente sostenuta fino a un massimo complessivo di euro 30,00 (trenta/00) per anno solare.

Ai fini del presente sussidio si considerano cure odontoiatriche le seguenti prestazioni:

- visita specialistica;
- igiene orale: detartrasi (ablazione tartaro);
- otturazione di qualsiasi classe;
- estrazione semplice o complessa.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- 1) Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ ricevuta fiscale") contenente:
 - a. indicazioni dell'assistito (socio)
 - 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 singole prestazioni praticate
 - e. data in cui le prestazioni sono state fornite o periodi di tempo per quelle a carattere continuativo
 - f. indicazioni di quietanzamento
- 2) Ricevuta del ticket del Servizio Sanitario Nazionale. *(vedi articolo norme generali)

10 PRESTAZIONI DI ASSISTENZA ODONTOIATRICA – CURE ODONTOIATRICHE A SEGUITO DI INFORTUNIO

10.1. Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui sostenga spese odontoiatriche a seguito di infortunio, è riconosciuto un sussidio pari al:

- a) 100% del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket);
- b) 100% della spesa sostenuta con un minimo non indennizzabile di euro 80,00 (ottanta/00) per ogni fattura.

Il sussidio viene concesso solo in presenza del certificato del pronto soccorso che attesti l'infortunio.

Il sussidio viene corrisposto fino a un massimo di euro 3.500,00 (tremilacinquecento/00) nell'anno solare e per infortunio.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- 1) Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ ricevuta fiscale") contenente:
 - a. indicazioni dell'assistito (socio)
 - 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 singole prestazioni praticate
 - e. data in cui le prestazioni sono state fornite o periodi di tempo per quelle a carattere continuativo
 - f. indicazioni di quietanzamento
- 2) Ricevuta del ticket del Servizio Sanitario Nazionale. *(vedi articolo norme generali)

AREA MATERNITÀ E GRAVIDANZA

11 MATERNITÀ E GRAVIDANZA

11.1. Diritto al sussidio e suo importo

Al socio spetta un sussidio per le spese sostenute per le visite specialistiche, per gli esami diagnostici e le analisi clinico chimiche effettuate in gravidanza o per accompagnamento alla procreazione.

Il sussidio viene corrisposto fino a un massimo di euro 900,00 (novecento/00) per gravidanza o per tentativo di accompagnamento alla procreazione.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- 1) Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ ricevuta fiscale") contenente:
 - a. indicazioni dell'assistito (socio)
 - 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 singole prestazioni praticate
 - e. data in cui le prestazioni sono state fornite o periodi di tempo per quelle a carattere continuativo
 - f. indicazioni di quietanzamento
- 2) Ricevuta del ticket del Servizio Sanitario Nazionale. *(vedi articolo norme generali)
- 3) Certificato attestante lo stato di gravidanza oppure, in caso di accompagnamento alla procreazione, piano terapeutico e prescrizione del proprio medico curante

AREA ASSISTENZA SOCIO SANITARIA

12 PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE ASSISTENZIALI – INTERVENTI SANITARI

A DOMICILIO

13.1 Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui sia colpito da malattie invalidanti temporanee o permanenti e necessita di interventi sanitari a domicilio, spetta un sussidio fino a un massimo di euro 1.000,00 (mille/00) nell'anno solare come di seguito specificato:

- a) 50% del documento fiscale per interventi domiciliari;
 - b) 100% del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket) per interventi domiciliari;
- Sono considerati interventi di assistenza sanitaria domiciliare le seguenti prestazioni fornite da medici in possesso di laurea in Medicina e Chirurgia e/o da infermieri e/o da fisioterapisti specializzati:

- terapie mediche;
- assistenza per medicazioni, mobilizzazioni, prelievi, rilievi di parametri biologici;
- assistenza riabilitativa e fisioterapica.

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. Il rimborso spetta per terapie effettuate entro 365 giorni dall'evento.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- 1) Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale")
- 2) Ricevuta del ticket del Servizio Sanitario Nazionale. *(vedi articolo norme generali)
- 3) Documentazione attestante la tipologia di malattia e il tipo di trattamento effettuato, con la descrizione completa delle prestazioni da eseguire e della necessità che le stesse siano effettuate a domicilio

13 PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE ASSISTENZIALI – INTERVENTI

NON SANITARI A DOMICILIO

13.1 Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui sia colpito da malattie invalidanti temporanee a seguito di ricovero, di almeno 5 notti, per infortunio o malattia e necessità di interventi di assistenza non sanitaria a domicilio, spetta un sussidio fino a un massimo di euro 2.000,00 (duemila/00) nell'anno solare, come di seguito specificato:

- a) 50% del documento fiscale per interventi domiciliari;
- b) 70% del documento fiscale per interventi non sanitari domiciliari effettuati da strutture della Cooperazione convenzionate con la Società.
- c) 100% del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket) per interventi domiciliari.

Ai fini del sussidio si considerano interventi di assistenza non sanitaria domiciliare esclusivamente quelli atti a dare sollievo e cura della persona nel suo ambiente domestico anche legati a un mantenimento dello stato di igiene.

Rientrano esclusivamente le seguenti attività:

- assistenza/vestizione, sollevamento da letto o poltrona e ricollocazione;
- cura del corpo con intervento igienico personale;
- fare la spesa ed eseguire inderogabili commissioni semplici (posta, banca e simili);
- preparare e somministrare pasti.

A tale fine la Società si riserva di effettuare eventuali controlli medici per accertare le condizioni di accesso e di richiedere tutta la documentazione integrativa medica e fiscale necessaria per accertare la sussistenza della richiesta. La mancata adesione dell'iscritto a tali richieste e/o il mancato invio della documentazione integrativa nei termini assegnati determina la decadenza dal diritto al sussidio.

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 interventi di assistenza non sanitaria domiciliare effettuati entro 90 giorni dalla data di dimissione del ricovero.

13.2. Esclusioni

Non sono erogabili prestazioni assistenziali domiciliari connesse a ricoveri ospedalieri intervenuti prima dell'iscrizione.

Sono escluse le prestazioni di carattere prettamente sanitario.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- 1) Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale") riportante il

dettaglio delle voci e dei giorni in cui sono state rese

- 2) Lettera di dimissione dal ricovero rilasciata dalla struttura sanitaria presso la quale è avvenuto il ricovero
- 3) Documentazione attestante la tipologia di malattia e il tipo di trattamento effettuato
- 4) Certificazione rilasciata dal medico curante che attesti le condizioni per cui si rende necessario il ricorso a prestazioni sanitarie domiciliari e dell'impossibilità a effettuarle ambulatorialmente presso un presidio sanitario
- 5) Copia della presa in carico del soggetto da parte della rete delle Cooperative sociali
- 6) Autocertificazione che attesti lo stato familiare ovvero dalla quale risulti che il richiedente abiti da solo o conviva con coniuge o con altro parente e che questi svolgano attività lavorativa
- 7) Ricevuta del ticket del Servizio Sanitario Nazionale. *(vedi articolo norme generali)

14 TRASPORTO INFERMI

14.1 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 con mezzo sanitario.

Il sussidio sarà concesso per un massimo di 2 volte nell'anno solare e previa presentazione di documentazione in regola con la normativa fiscale vigente.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- 1) Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ ricevuta fiscale") contenente:
 - a. indicazioni dell'assistito (socio)
 - 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 singole prestazioni praticate
 - e. data in cui le prestazioni sono state fornite o periodi di tempo per quelle a carattere continuativo
 - f. Indicazioni di quietanzamento

15 LENTI PER OCCHIALI

15.1. Diritto al sussidio e suo importo

Al socio nel caso in cui sostenga delle spese per l'acquisto di due lenti per occhiali da vista o due lenti a contatto spetta un sussidio pari al 100% delle spese sostenute fino a un massimo complessivo di euro 50,00 (cinquanta/00) per due lenti per occhiali da vista o due lenti a contatto. Il rimborso viene concesso solo a seguito di prescrizione da parte del medico specialista o dell'ottico optometrista che indichi la patologia e il difetto visivo per i quali si rende necessario l'uso degli occhiali o lenti a contatto.

La prescrizione viene considerata valida purché la sua data sia precedente di massimo 6 mesi rispetto alla data della fattura/ricevuta fiscale. Prescrizioni più vecchie non verranno considerate valide. La prescrizione medica verrà valutata, con giudizio insindacabile, dalla Commissione medica della Società.

Non sono riconosciute le prescrizioni che non siano strettamente riconducibili a motivazioni patologiche o funzionali dell'apparato visivo. Il sussidio non è concesso per lenti a contatto usa e getta.

Il sussidio spetta non più di una volta ogni due anni solari.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- 1) Documentazione analitica 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 pro-

fessionale 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) *Certificato di prescrizione del medico specialista o dell'ottico optometrista che indichi la patologia (per la richiesta di lenti è necessario che sia indicato anche il difetto visivo).*

16 CHIRURGIA OCULISTICA

16.1. Intervento correttivo mediante laser a eccimeri

Al socio, nel caso in cui effettuati 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 a un solo occhio sia a entrambi gli occhi, anche in tempi diversi.

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

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

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)

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 singole prestazioni praticate

e. data in cui le prestazioni sono state fornite o periodi di tempo per quelle a carattere continuativo

f. indicazioni di quietanzamento

3) *Ricevuta del ticket del Servizio Sanitario Nazionale. *(vedi articolo norme generali)*

NORME GENERALI

17 NORME GENERALI

17.1. Cumulabilità dei sussidi

I sussidi e i servizi erogati non sono fra loro cumulabili.

Eventuali eccezioni sono specificate ai singoli articoli del presente regolamento.

17.2. Ticket SSN

La ricevuta del ticket del Servizio sanitario Nazionale deve contenere la dicitura che identifichi che si tratta di ticket (ad es. ticket, ssn...), i dati dell'assistito e la descrizione della prestazione eseguita.

In caso contrario, è possibile allegare un documento che consenta un'identificazione chiara della prestazione effettuata (come ad esempio referto, la prescrizione medica, il foglio di

prenotazione o un documento certificato dalla struttura che si tratta di ticket).

17.3. PAGOPA, CBILL, BOLLETTINO POSTALE, LIS PAY

In caso di pagamento con PAGOPA, CBILL, BOLLETTINO POSTALE, LIS PAY, per i quali non si dispone della fattura/ricevuta fiscale, è necessario allegare i seguenti:

- Documento/quietanza di pagamento,
- Avviso di pagamento,
- A scelta dell'assistito il documento di accettazione o il foglio di prenotazione o il referto.

17.4. Fatture con più prestazioni

I documenti di spesa (fattura/ricevuta fiscale) devono riportare la suddivisione del costo delle singole prestazioni.

17.5. Prescrizione medica

Ove richiesta, la prescrizione medica deve riportare una data antecedente alla prestazione e deve contenere il quesito diagnostico o la patologia presunta o accertata.

Le prescrizioni mediche devono essere rilasciate dal medico di medicina generale o dallo specialista, in quest'ultimo caso potranno riguardare solo il suo ambito di specialità.

Le prestazioni effettuate, per le quali si richiede il sussidio, devono essere conformi con quanto effettivamente prescritto.

17.6. Traduzioni

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.

17.7. Cartella clinica

Nei casi in cui è obbligatorio presentare la cartella clinica, allegando la ricevuta fiscale, ne verrà rimborsato il costo fino a un massimo di 30 euro per anno solare.

17.8. 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.

17.9. Rimborsi

Il socio deve informare la Società se le spese per cui richiede il rimborso sono coperte, anche solo parzialmente, da un'assicurazione privata o da un altro Ente.

17.10. Esclusioni

Non sono rimborsate le marche da bollo, gli oneri accessori, i diritti amministrativi e le spese di digitalizzazione



Elenco interventi chirurgici sussidiabili Allegato “A”

ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI SUSSIDIABILI

ALLEGATO A

Per tutti gli interventi sussidiabili in elenco, che è tassativo e non meramente esemplificativo, spetta un rimborso per spese sanitarie effettivamente sostenute e documentate, secondo le norme previste dal regolamento della presente forma di assistenza base.

Ai fini del sussidio si considerano i seguenti interventi:

CHIRURGIA GENERALE

Collo

A02 Tiroidectomia totale

A04 Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale bilaterale

A05 Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale monolaterale

A99 Gozzo retrosternale con mediastinotomia

Mammella

A06 Mastectomia radicale, qualsiasi tecnica, con linfadenectomie associate

A57 Mastectomia semplice totale con eventuali linfadenectomie

A49 Ricostruzione mammaria postmastectomia radicale o semplice per cancro, comprensivo di protesi

A48 Quadrantectomia con linfadenectomie associate (anche in ricoveri diversi), con eventuale rimodellamento mammario

A89 Quadrantectomia per neoplasie, con eventuale rimodellamento mammario

Esofago, stomaco, colon e peritoneo

A09 Esofagectomia totale con esofagoplastica, in un tempo, con eventuale linfadenectomia

A10 Esofago cervicale, resezione con esofagostomia

A12 Esofagogastropastica, esofogodigiunoplastica, esofagocolonoplastica, sostitutiva o palliativa

A59 Esofago, resezione parziale o totale con esofagostomia

A15 Megaesofago

A60 Megaesofago, reintervento

A17 Gastrectomia totale con eventuale linfadenectomia

A22 Emicolectomia dx

A23 Emicolectomia sx ed eventuale colostomia (Hartmann e altre)

A67 Colectomia segmentaria con eventuale stomia

A62 Gastrectomia parziale, con eventuale linfadenectomia

A63 By-pass intestinali per il trattamento dell'obesità patologica

A18 Fistola gastrodigiunocolica

A20 Colectomie totali con eventuale stomia

A28 Amputazione addominoperineale sec. Miles, trattamento completo

A24 Megacolon

A29 Exeresi di tumore retroperitoneale

A52 Reinterventi addominali, di qualunque tipo, per ripetizioni di neoplasie comprese nel presente elenco

A31 Deconnessione azygosportale per via addominale

Pancreas e milza

- A35 Derivazione pancreatico-Wirsung digestive
- A36 Cefaloduodenopancreasectomia compresa eventuale linfoadenectomia
- A37 Neoplasie del pancreas endocrino
- A38 Pancreatectomia sinistra compresa splenectomia ed eventuale linfoadenectomia
- A39 Pancreatectomia totale con eventuale linfoadenectomia
- A94 Pancreasectomia sinistra senza splenectomia
- A40 Pancreatite acuta, intervento demolitivo
- A41 Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche conseguenti ad altri interventi
- A50 Resezione gastroduodenale

Fegato e vie biliari

- A30 Anastomosi portocava o splenorenale mesentericacava
- A31 Deconnessione azygosportale per via addominale
- A32 Resezioni epatiche maggiori o minori
- A33 Trattamenti per neoplasie epatiche con: laser/radiofrequenze/radioembolica
- A53 Interventi per: ascessi epatici, cisti epatiche di qualsiasi natura, angiomi cavernosi
- A74 Colectistostomia per neoplasie non resecabili
- A75 Coledocoepticodigiunoduodenostomia con o senza colecistectomia
- A76 Coledocoepticodigiunostomia con o senza colecistectomia
- A77 Coledocoepticoduodenostomia con o senza colecistectomia

CHIRURGIA TORACOPOLMONARE

- B01 Resezione segmentaria polmonare tipica
- B02 Resezione segmentaria polmonare atipica
- B03 Lobectomia
- B05 Pneumonectomia
- B06 Pleuropneumonectomia
- B07 Fistole esofagobronchiali
- B08 Pleurectomia per neoplasia maligna della pleura
- B11 Trachea, resezione e plastica per neoplasie maligne
- B15 Cisti polmonari
- B14 Mediastino, interventi per neoplasie o cisti
- B16 Bilobectomia

GINECOLOGIA

- D10 Isterectomia radicale con linfoadenectomia
- D07 Vulvectomia allargata con linfoadenectomia inguinale o pelvica
- D12 Neoplasie maligne vaginali, intervento radicale per, con o senza linfoadenectomia

NEUROCHIRURGIA

- E05 Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali per via endocranica

- E14 Neoplasie della base cranica, intervento per via transorale
- E04 Interventi di cranioplastica
- E16 Ipofisi, intervento per neoplasie per via transfenoidale
- E03 Neoplasie orbitali
- E18 Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
- E21 Mielomeningocele
- E25 Craniotomia per ematoma extradurale
- E06 Craniotomia per neoplasie cerebellari, anche basali
- E26 Craniotomia a scopo decompressivo o esplorativo

OCULISTICA

- I02 Enucleazione globo oculare con impianto di protesi
- I04 Interventi per neoplasie primarie o secondarie del globo oculare

OTORINOLARINGOIATRIA

- A80 Lingua e pavimento orale, intervento di asportazione di neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale
- A81 Lingua, pavimento orale, ghiandole sottomascellari, intervento di asportazione di neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale
- A83 Mascellare superiore, resezione per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
- G04 Neurinoma dell'ottavo paio di nervi cranici
- G05 Neoplasie maligne dell'orecchio
- G09 Interventi su bocca, faringe, laringe per patologie oncologiche maligne
- G10 Laringectomia totale o parziale con svuotamento laterocervicale bilaterale
- G12 Otosclerosi, intervento completo
- G14 Neoplasia glomica timpano-giugulari (incidenza 0,3% sulla popolazione)

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- C16 Correzione chirurgica malformazioni congenite cardiache e dei grossi vasi
- C18 Cardiocirurgia in C.E.C.
- C19 Aneurismi aorta toracica o addominale
- C20 Aneurismi arterie viscerali o tronchi sovraortici
- C21 Aneurismi aorta addominale o tronchi sovraortici, intervento con posizionamento endovascolare di protesi
- C25 Tromboendoarteriectomia di carotide e vasi epiortici (by-pass, patch, embolectomia, trapianto)
- C37 Asportazione neoplasia glomica carotideo
- C38 Decompressione dell'arteria vertebrale nel forame trasverso

UROLOGIA

Rene e surrene

- H01 Neoplasie renali, nefrectomia allargata, con e senza surrenectomia
- H02 Nefroureterectomia radicale con eventuale linfadenectomia più eventuale surrenectomia
- H03 Nefroureterectomia radicale più trattamento trombo-cavale ed eventuale surrenectomia
- H04 Surrenectomia

Vescica

- H07 Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesicuclectomia o ureteroannessiectomia con ileo o colobladder
- H20 Cistectomia parziale con ureterocistoneostomia
- H08 Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesicuclectomia o ureteroannessiectomia con neovescica rettale compresa
- H09 Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesicuclectomia o ureteroannessiectomia con ureterosigmoidostomia o ureterocutaneostomia
- H10 Estrofia vescicale (trattamento completo)

Prostata

- H11 Prostatectomia radicale con linfadenectomie

Apparato genitale maschile

- H14 Orchiectomia monilaterale

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- B10 Coste e sterno interventi per neoplasie maligne
- B26 Interventi per costola cervicale
- F12 Artrodesi vertebrale
- F10 Interventi di resezione di corpi vertebrali per neoplasie ossee o forme pseudotumorali della colonna vertebrale
- F17 Interventi per allungamento arti
- F06 Interventi demolitivi per asportazione di neoplasie ossee o forme pseudotumorali grandi segmenti o articolazioni
- F02 Artroprotesi totale di anca

CHIRURGIA MAXILLOFACCIALE

- A78 Interventi di chirurgia oro maxillofacciale per mutilazioni del viso conseguenti a infortunio che comportino una riduzione delle capacità funzionali >25%

TRAPIANTI DI ORGANO

- M01 Tutti



**Elenco Alta diagnostica strumentale
e Alta specializzazione
Allegato “B”**

Ai fini del sussidio si considerano i seguenti esami di ALTA DIAGNOSTICA:

RADIOLOGIA CONVENZIONALE (Con Contrasto)

- Angiografia

TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (Tc)

- Angio tc
- Angio tc distretti eso o endocranici
- Tc spirale multistrato (64 strati)
- Tc con e senza mezzo di contrasto

RISONANZA MAGNETICA (RM)

- Cine RM cuore
- Angio RM con contrasto
- RMN con e senza mezzo di contrasto

PET

- Tomografia ad emissione di positroni (pet) per organo - distretto - apparato
- Scintigrafia (medicina nucleare in vivo)
- Tomoscintigrafia SPET miocardica
- Miocardioscintigrafia
- Scintigrafia qualunque organo/apparato
- Scintigrafia totale corporea con cellule autologhe marcate

Ai fini del sussidio si considerano i seguenti esami di ALTA SPECIALIZZAZIONE:

ECOCOLORDOPPLERGRAFIA

- Ecodoppler cardiaco compreso color
- Ecocolor Doppler aorta addominale
- Ecocolor Doppler arti inferiori e superiori
- Ecocolor Doppler tronchi sovraortici

DIAGNOSTICA STRUMENTALE

- Elettromiografia
- Elettrocardiogramma (ECG) dinamico con dispositivi analogici (holter)
- Elettroencefalogramma (EEG) con privazione del sonno
- Elettroencefalogramma (EEG) dinamico 24 ore
- Elettroretinogramma
- Monitoraggio continuo (24 ore) della pressione arteriosa

- Phmetria esofagea e gastrica
- Potenziali evocati
- Spirometria
- Tomografia mappa strumentale della cornea

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI (Ecografia)

- Ecografia

RADIOLOGIA CONVENZIONALE (Senza Contrasto)

- Rx mammografia e/o bilaterale
- Rx di organo apparato
- Rx esofago
- Rx esofago esame diretto
- Rx tenue seriato
- Rx tubo digerente
- Rx tubo digerente prime vie/secondo vie
- Stratigrafia (di organi e apparati)

RADIOLOGIA CONVENZIONALE (Con Contrasto)

- Artrografia
- Broncografia
- Cisternografia
- Cavernosografia
- Cistografia/doppio contrasto
- Cisturografia menzionale
- Clisma opaco e/a doppio contrasto
- Colangiografia percutanea
- Colangiopancreatografia retrograda
- Colecistografia
- Colonscopia (con asportazione di polipo con un massimo di 8mm di diametro)
- Colpografia
- Coronarografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Discografia
- Esami radiologici apparato circolatorio
- Esame urodinamico
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Gastrosocopia

- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mielografia
- Pneumoencefalografia
- Retinografia
- Rx esofago con contrasto opaco/doppio contrasto
- Rx piccolo intestino/stomaco con doppio contrasto
- Rx stomaco con doppio contrasto
- Rx tenue a doppio contrasto con studio selettivo
- Rx tubo digerente completo compreso esofago con contrasto
- Scialografia con contrasto
- Splenoportografia
- Uretrocistografia
- Ureteroscopia
- Urografia
- Vescicolodeferentografia
- Wirsungrafia

SERVIZI SEMPRE ATTIVI PER GLI ASSISTITI

info center



02.97371001
infocenter@mutuacesarepozzo.it

CHIAMA, SCRIVI, PARTECIPA.

Il nostro servizio Infocenter risponde a ogni richiesta di informazioni inviata a infocenter@mutuacesarepozzo.it o telefonicamente allo 02.97371001.

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 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



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

scaricare da Play Store/Apple Store l'app **CESARE POZZO XTE**
effettuare **IL LOGIN** inserendo il numero di cellulare registrato in **CESARE POZZO XTE** 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 **CESARE POZZO XTE**

MUTUA.

CESARE POZZO

La tua salute dal 1877

SOCIETÀ NAZIONALE DI MUTUO SOCCORSO CESARE POZZO ETS

Via San Gregorio 46/48 • 20124 Milano

C.F. 80074030158 • Tel. 02.97371001

infocenter@mutuacesarepozzo.it

www.mutuacesarepozzo.org