



Fondo Sanilav Plus

Allegato al Regolamento applicativo dello Statuto

Edizione 2024

SEDE NAZIONALE

Via S. Gregorio, 48
20124 Milano
Tel. 02.97371001
infocenter@mutuacesarepozzo.it



ABRUZZO

Via di Sotto, 137
65124 PESCARA
Tel. 085.4212152
abruzzo@mutuacesarepozzo.it

BASILICATA

Viale Unicef
c/o Centro Comm. Galassia
85100 POTENZA
Tel. 0971.58791
basilicata@mutuacesarepozzo.it

CALABRIA

Via Nino Bixio, 15
89127 REGGIO CALABRIA
Tel. 0965.331960
calabria@mutuacesarepozzo.it

CAMPANIA

Via Enrico Cosenz, 13
80142 NAPOLI
Tel. 081.261568
campania@mutuacesarepozzo.it

EMILIA-ROMAGNA

Via Boldrini, 18/2
40121 BOLOGNA
Tel. 051.6390850
emilia@mutuacesarepozzo.it

FRIULI-VENEZIA GIULIA

Via Giustiniano, 8
34133 TRIESTE
Tel. 040.367811
friuli@mutuacesarepozzo.it

LAZIO

Via Cavour, 47
00184 ROMA
Tel. 06.47886742
06.4815887
lazio@mutuacesarepozzo.it

LIGURIA

Via E. De Amicis, 6/2
16122 GENOVA
Tel. 010.5702787
liguria@mutuacesarepozzo.it

LOMBARDIA

Via S. Gregorio, 48
20124 MILANO
Tel. 02.66726410
lombardia@mutuacesarepozzo.it

MARCHE

Via G. Marconi, 227
60125 ANCONA
Tel. 071.43437
marche@mutuacesarepozzo.it

MOLISE

Via Garibaldi, 67/69
86100 CAMPOBASSO
Tel. 0874.482004
molise@mutuacesarepozzo.it

PIEMONTE/VALLE D'AOSTA

Via Sacchi, 2 bis
10128 TORINO
Tel. 011.545651
piemonte@mutuacesarepozzo.it

PUGLIA

Via Beata Elia di S. Clemente, 223
70122 BARI
Tel. 080.5243662
080.5730206
puglia@mutuacesarepozzo.it

SARDEGNA

Via Goffredo Mameli, 47
09124 CAGLIARI
Tel. 070.658418
sardegna@mutuacesarepozzo.it

SICILIA

Via Torino, 27/D
90133 PALERMO
Tel. 091.6167012
sicilia@mutuacesarepozzo.it

TOSCANA

Via degli Orti Oricellari, 34
50123 FIRENZE
Tel. 055.211806
toscana@mutuacesarepozzo.it

TRENTINO-ALTO ADIGE

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

UMBRIA

Via Nazario Sauro, 4/B
06034 FOLIGNO (PG)
Tel. 0742.342086
umbria@mutuacesarepozzo.it

VENETO

Via Ulloa, 5
30175 MARGHERA (VE)
Tel. 041.926751
veneto@mutuacesarepozzo.it



Fondo Sanilav Plus

Allegato al Regolamento applicativo dello Statuto

Edizione 2024

FONDO SANILAV PLUS

L'iscrizione alla forma di assistenza **Fondo Sanilav Plus** può essere richiesta da tutti gli iscritti/beneficiari al Fondo di assistenza sanitaria integrativa **Sanilav** in forza dell'atto di convenzione in essere con la Società Nazionale di mutuo soccorso Cesare Pozzo - ETS.

ALLEGATO AL REGOLAMENTO

1. INTERVENTI CHIRURGICI SUSSIDIABILI

1.1. Assistenza di ricovero ospedaliero

Al socio, nel caso in cui sia sottoposto a intervento chirurgico sussidiabile, compreso tassativamente nell'Elenco e Tariffario (Allegato A), spetta un sussidio fino alla concorrenza della somma indicata nel punto 1.2 "Percentuale di rimborso" del presente regolamento, 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, effettuate nei 120 giorni precedenti il ricovero per l'intervento e resi necessari dall'intervento 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 dall'intervento 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 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).
- j) 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, per ogni intervento chirurgico sussidiabile compreso tassativamente nell'Allegato A, e comunque fino alla concorrenza della somma di seguito specificata:

- euro 10.000,00 (diecimila/00) per tutti gli interventi e per ogni evento;
- euro 50.000,00 (cinquantamila/00) per i trapianti e per evento;
- euro 90.000,00 (novantamila/00) per tutti gli interventi effettuati in forma diretta in strutture convenzionate con la Società

Il sussidio di cui al precedente articolo 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 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 dieci giorni, come di seguito specificato:

- a) euro 40,00 (quaranta/00) giornaliero per ricovero in Italia;
- b) euro 60,00 (sessanta/00) giornaliero per ricovero all'estero.

Qualora siano richiesti solo i rimborsi lettera f) g) h) i) di cui al precedente punto 1.1, il socio potrà richiedere l'assistenza ricovero ospedaliero.

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 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, è obbligatorio allegare la prescrizione medica*

2. CHIRURGIA OCULISTICA

2.1. Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui 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), comunque 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 ad entrambi gli occhi, anche in tempi diversi.

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

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

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 (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 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. LENTI

3.1. Diritto al sussidio e suo importo

Sono rimborsabili al 50% le spese sostenute dal socio, per l'acquisto di due lenti per occhiali da vista o due lenti a contatto con un contributo massimo di euro 100,00 (duecento/00).

Il rimborso viene concesso solo a seguito di prescrizione da parte del medico specialista che indichi la patologia e il difetto visivo per i quali si rende necessario l'uso degli occhiali o lenti a contatto.

Non sono riconosciute le prescrizioni che non siano strettamente riconducibili a motivazioni patologiche o funzionali dell'apparato visivo.

La prescrizione medica verrà valutata, con giudizio insindacabile, dalla Commissione medica della Società.

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 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 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) *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).*

4. ASSISTENZA DOMICILIARE SANITARIA

4.1. Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui sia colpito da malattie invalidanti temporanee a seguito di ricovero o infortunio, e necessari di interventi sanitari a domicilio, spetta un sussidio pari al 50% delle spese sostenute fino a un massimo 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 infermier-

ristica globale, assistenza riabilitativa, fisioterapica e rieducazione funzionale. Il sussidio sarà liquidato solo se tutte le spese sostenute saranno dettagliatamente documentate e 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") 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 prestazioni.
 - e. Data in cui le prestazioni sono state fornite o periodi di tempo per le prestazioni di carattere continuativo.
- 2) 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.
- 3) Certificato medico attestante la malattia invalidante del socio e la tipologia di prestazione domiciliare richiesta.

5. VISITE SPECIALISTICHE, ESAMI DIAGNOSTICI, ESAMI DI LABORATORIO E ACCESSO PRONTO SOCCORSO EFFETTUATI TRAMITE SSN

5.1. Diritto al sussidio e suo importo

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

5.2. Prevenzione e controllo

Al socio, nel caso in cui effettui visite specialistiche, esami diagnostici e esami di laboratorio anche a solo 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. 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 effettui un esame di alta diagnostica strumentale e alta specializzazione, spetta, per ogni esame effettuato, un sussidio pari a:

- a) rimborso del 50% della spesa sostenuta nei casi di esami effettuati in regime privato o intramurale, con un massimo rimborsabile di euro 40,00 (quaranta/00) per esame;
- b) per esami effettuati in strutture convenzionate in forma diretta il costo a carico del socio è di euro 30,00 (trenta/00) per esame, tale importo verrà versato dal socio direttamente alla struttura convenzionata; la parte rimanente è a carico della Società.

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

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 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) Prescrizione del proprio medico curante.

7. VISITE SPECIALISTICHE

7.1. Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui effettui visite specialistiche, spetta, per ogni visita effettuata, un sussidio pari al:

- a) rimborso del 50% della spesa sostenuta nei casi di visite specialistiche effettuate in regime privato o intramurale, con un massimo rimborsabile di euro 40,00 (quaranta/00) per ciascuna visita e comunque nel limite, per anno solare e per ogni singola specializzazione, di due visite per persona. Tale limite di visite annue è elevato a quattro nella specializzazione di Ostetricia e Ginecologia;
- b) per visite specialistiche effettuate in strutture convenzionate in forma diretta il costo a carico del socio è di euro 30,00 (trenta/00) per visita, tale importo verrà versato dal socio direttamente alla struttura convenzionata; 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 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) Prescrizione del proprio medico curante.

8. ESAMI DIAGNOSTICI STRUMENTALI E DI LABORATORIO

8.1. Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui effettui esami diagnostici strumentali e di laboratorio in regime privato e/o libera professione intramurale, spetta un rimborso, per ogni esame effettuato, pari al 50% della spesa sostenuta fino a un massimo di euro 200,00 (duecento/00) per anno solare.

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 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.

9. NORME COMUNI PER ARTICOLI 5. – 6. – 7. – 8.

9.1. Massimale

I sussidi previsti ai precedenti articoli 5. – 6. – 7. – 8. del presente regolamento si intendono concessi per spese documentate sostenute dal socio fino a un massimo di euro 7.000,00 (settemila/00) nell'arco dell'anno solare.

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

9.3. Presentazione della richiesta di sussidio

La richiesta di sussidio, ad eccezione della forma relativa alle strutture convenzionate, può essere presentata con le seguenti scadenze:

- a) una sola volta per anno solare;
- b) in qualsiasi momento dell'anno purché, cumulando le spese sostenute, l'importo dei ticket sia superiore a euro 100,00 (cento/00).

Qualora sulla ricevuta del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket) non sia specificata la prestazione effettuata, è obbligatorio allegare la prescrizione medica.

10. GRAVIDANZA E MATERNITÀ

10.1. Gravidanza

Al socio spetta un sussidio per le spese sostenute per le visite specialistiche e per le ecografie e le analisi clinico chimiche effettuate in gravidanza. Il sussidio è erogabile fino ad un massimo rimborsabile di euro 700,00 (settecento/00) per gravidanza.

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 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 attestante lo stato di gravidanza

10.2. Maternità

Al socio, ricoverato per parto, a titolo di rimborso spese spetta un sussidio per ogni giorno di ricovero di euro 70,00 (settanta/00), con un massimo di 7 giorni. Il sussidio verrà erogato anche in caso di aborto terapeutico.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- 1) Certificato di dimissione dell'Ospedale dal quale risulti la data di ingresso, quella di dimissione e l'avvenuto parto.

11. PREVENZIONE ODONTOIATRICA

11.1. Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui richieda prestazioni odontoiatriche di prevenzione presso Studi dentistici convenzionati previa prenotazione, CesarePozzo provvede al pagamento diretto delle relative spese 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.

Analogo sussidio è previsto nel caso in cui il socio sostenga spese per l'ablazione del tartaro tramite il Servizio Sanitario Nazionale (ticket).

Il sussidio è previsto una volta per anno solare.

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

12. CURE ODONTOIATRICHE

12.1. Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui effettui cure odontoiatriche per impianti osteointegrati e le relative corone fisse presso strutture sanitarie convenzionate con la Società in forma diretta, viene riconosciuto un sussidio per il rimborso delle spese sanitarie effettivamente sostenute e documentate, nelle seguenti misure:

- a) euro 600,00 (seicento/00) per l'applicazione del primo elemento;
- b) euro 500,00 (cinquecento/00) per l'applicazione di ogni altro successivo elemento.

La tutela è attiva nel caso di applicazione di un numero di 1, 2, 3 o più impianti, previsti nel medesimo piano di cura.

Sono sussidiabili le spese sostenute per il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio e il perno moncone relativi all'impianto/i. Le spese per le prestazioni erogate vengono liquidate direttamente ed integralmente dalla Società alle strutture convenzionate.

Qualora il costo complessivo delle prestazioni dovesse superare il massimale previsto, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dal socio alla struttura convenzionata.

Analogo sussidio è previsto nel caso in cui il socio sostenga spese tramite il Servizio Sanitario Nazionale (ticket). In questo caso il socio dovrà presentare richiesta di sussidio alla Società allegando la documentazione di spesa (ticket).

Alla richiesta di sussidio deve essere allegata la scheda del piano terapeutico con indicato il codice e il tipo di prestazione effettuata, le radiografie e i referti radiografici precedenti l'installazione dell'impianto/i.

Il sussidio viene corrisposto fino a un massimo di euro 3.000,00 (tremila/00) nell'anno solare.

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) Scheda del piano terapeutico con indicato il codice e il tipo di prestazione effettuata, le radiografie e i referti radiografici precedenti l'installazione dell'impianto/i

13. CURE ODONTOIATRICHE A SEGUITO DI INFORTUNIO

13.1. 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) rimborso del 100% del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket);
- b) rimborso del 50% della spesa sostenuta in regime privato.

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 1.000,00 (mille/00) nell'anno solare e per infortunio. Le cure odontoiatriche devono essere effettuate entro 365 giorni dall'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 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) Certificato del Pronto Soccorso che attesti l'infortunio

14. CICLI DI TERAPIE

14.1. 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) rimborso del 100% del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket);
- b) rimborso del 100% della spesa sostenuta con un minimo non indennizzabile di euro 50,00 (cinquanta/00) per ogni ciclo di terapia.

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

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

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

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 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) *Certificato del Pronto Soccorso che attesti l'infortunio*

15. NORME GENERALI

15.1. Cumulabilità dei sussidi

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

15.2 Massimali annuali

In caso di iscrizione alla forma di assistenza con data di collocazione durante l'anno, i massimali annui sono da intendersi riparametrati ai mesi effettivi d'iscrizione.

NORME GENERALI

IMPOSTA DI BOLLO SU RICEVUTE MEDICHE

Ogni esemplare di fattura, nota, ricevuta, quietanza o simile documento, non soggetta ad IVA, rilasciata per un importo pari o superiore ad euro 77,47 deve essere assoggettata ad imposta di bollo nella misura attualmente in vigore mediante applicazione di marche o bollo a punzone. Pertanto, ai fini dell'accettazione della documentazione per il rimborso da parte della Mutua, il socio ha l'obbligo di presentazione di fatture o documenti equivalenti ricevuti regolarmente assoggettati ad imposta di bollo comunque 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 ad un massimo di 30 euro per ogni sussidio richiesto.

CARTELLA CLINICA

Nei casi in cui è obbligatorio presentare la cartella clinica, allegando la ricevuta fiscale, ne verrà rimborsato il costo.



Interventi Chirurgici Sussidiabili

Elenco e Tariffario

Allegato A

Per tutti gli interventi sussidiabili in elenco, che è tassativo e non meramente esemplificativo, spetta un rimborso massimo di **8.000 euro** per tutti gli interventi e per ogni evento, **50.000 euro** per trapianti per evento, **90.000 euro** per interventi in strutture convenzionate con la Società.

AI FINI DEL SUSSIDIO SI CONSIDERANO I SEGUENTI INTERVENTI CHIRURGICI SUSSIDIABILI:

NEUROCHIRURGIA

- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
- Interventi di cranioplastica
- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
- Asportazione tumori dell'orbita
- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
- Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore
- Interventi sul plesso brachiale

CHIRURGIA GENERALE

- Intervento per asportazione tumore maligno della mammella con eventuale applicazione di protesi
- Nodulesctomia mammaria

OCULISTICA

- Interventi per neoplasie del globo oculare
- Intervento di enucleazione del globo oculare

OTORINOLARINGOLOGIA

- Asportazione di tumori maligni del cavo orale
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
- Interventi demolitivi della laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sferoidale e mascellare
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per echinococchi polmonare
- Pneumectomia totale o parziale
- Interventi per cisti o tumori del mediastino

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Interventi sul cuore per via toracotomica
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale
- Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Asportazione di tumore glomico carotideo

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagoplastica
- Intervento per mega-esofago
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Drenaggio di ascesso epatico
- Interventi per echinococchi epatica
- Resezioni epatiche
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Interventi per neoplasie pancreatiche
- Interventi chirurgici sull'ano e sul retto per patologie oncologiche maligne per via endoscopica
- Interventi su bocca, faringe, laringe per patologie oncologiche maligne
- Interventi sul pancreas, fegato e reni per patologie oncologiche maligne

UROLOGIA

- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Cistoprostatovescicolectomia
- Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
- Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare

GINECOLOGIA

- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
- Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
- Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi per costola cervicale
- Interventi di stabilizzazione vertebrale
- Interventi di resezione di corpi vertebrali
- Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
- Interventi di protesizzazione di anca

CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE

- Interventi di chirurgia oro maxillo-facciale per mutilazioni del viso conseguenti ad infortunio che comportino una riduzione delle capacità funzionali >25%

TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti



Elenco Alta diagnostica e Alta specializzazione Allegato B

AI FINI DEL SUSSIDIO SI CONSIDERANO I SEGUENTI ESAMI:

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/seconde vie
- Stratigrafia (di organi e apparati)

RADIOLOGIA CONVENZIONALE (CON CONTRASTO)

- Angiografia (compresi gli esami radiologici apparato circolatorio)
- 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
- Gastroscopia
- 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
- Vesciculodeferentografia
- Wirsungrafia

ALTA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI (ECOGRAFIA)

- Ecografia

ECOCOLOR DOPPLERGRAFIA

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

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

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

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

CESARE POZZO



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

CESARE POZZO



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

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

Cosa si può fare tramite l'App?

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

PER POTER UTILIZZARE L'APP UFFICIALE OCCORRE ESSERE REGISTRATI A CESAREPOZZOXTE



SOCIETÀ 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