

MUTUA.
CESARE POZZO
La tua salute dal 1877

VALORE MUTUA PLUS FIGLIO/A

Allegato al Regolamento applicativo dello Statuto

Edizione 2025

SEDE NAZIONALE



mutuacesarepozzo.org



02.97371001



infocenter@mutuacesarepozzo.it



via S. Gregorio, 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

VALORE MUTUA PLUS FIGLIO/A

Allegato al Regolamento applicativo dello Statuto

Edizione 2025

VALORE MUTUA PLUS FIGLIO/A

Edizione 2025

FORMA DI ASSISTENZA AGGIUNTIVA

Contributo associativo annuo per ogni figlio/a del socio (socio con età compresa tra 18 e 65 anni) - Euro 360,00 (trecentosessanta/00)

Contributo associativo annuo per ogni figlio/a del socio OVER 65 (socio con età superiore a 65 anni) - Euro 660,00 (seicentosessanta/00)

L'iscrizione alla forma di assistenza aggiuntiva VALORE MUTUA PLUS FIGLI può essere richiesta da tutti coloro che, in possesso dei requisiti previsti dallo Statuto sociale e dal Regolamento applicativo, risultino iscritti alla forma di assistenza base VALORE MUTUA PLUS.

È possibile aderire alla forma di assistenza aggiuntiva VALORE MUTUA PLUS FIGLI fino al termine dell'anno solare in cui il socio compie sessantacinque anni di età.

Al compimento del sessantacinquesimo anno di età del socio il contributo annuo passa a euro 660,00 con decorrenza dal 1° gennaio dell'anno successivo all'evento.

L'adesione e la permanenza alla forma di assistenza aggiuntiva VALORE MUTUA BASE FIGLI è consentita per ciascun figlio/a nelle seguenti casistiche:

- fino al compimento del diciottesimo anno di età, se percettore di reddito;
- fino al compimento del venticinquesimo anno di età, se non percettore di reddito;
- senza limiti di età, se permanentemente inabile al lavoro. In quest'ultimo caso, il figlio/a resta sempre a carico del socio.

Nel caso in cui il/la figlio/a perda infrannualmente i requisiti, l'adesione alla forma di assistenza aggiuntiva VALORE MUTUA PLUS FIGLI comunque perdura fino al termine dell'anno solare.

ALLEGATO AL REGOLAMENTO APPLICATIVO DELLO STATUTO

SEZIONE 1 – PRESTAZIONI DI RICOVERO

(RICOVERO, DAY HOSPITAL, DAY SURGERY, INTERVENTO AMBULATORIALE, PARTO CESAREO E PARTO NATURALE)

1. RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA

Al socio, nel caso in cui il/la proprio/a figlio/a sia ricoverato in Istituto di cura, spetta – fino ad un massimo per persona e per anno come da tabella riepilogativa di cui al punto 6. “MASSIMALI” - un sussidio per il rimborso delle spese sanitarie effettivamente sostenute e documentate relative a:

1.1.1 Pre Ricovero

Accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche effettuati nei 30 giorni precedenti il Ricovero, purché pertinenti alla malattia o all'infortunio che ha reso necessario il ricovero o l'Intervento chirurgico.

1.1.2 Durante il Ricovero

- a. onorari dei chirurghi, degli anestesisti e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, diritti di sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi protesici, endoprotesici, terapeutici applicati durante l'intervento, necessari dall'intervento stesso a recuperare l'autonomia del figlio/a;
- b. spese per materiale protesico e presidi terapeutici;
- c. rette di degenza, escluse quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente (ad esempio i costi per uso di telefono e televisione);
- d. assistenza medica e infermieristica, cure, medicinali, esami, nonché trattamenti fisioterapici e riabilitativi purché erogati nello stesso reparto e nell'ambito del medesimo ricovero.

1.1.3 Post Ricovero

Accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche, acquisto dei medicinali prescritti in fase di dimissione ospedaliera, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, prestazioni per recuperare la salute quali trattamenti fisioterapici e riabilitativi, cure termali (escluse le spese alberghiere), effettuati entro 30 giorni dopo l'Intervento chirurgico, purché pertinenti alla Malattia o Infortunio che ha reso necessario il ricovero o l'Intervento chirurgico.

1.1.4 Trapianti

In caso di trapianto, sono riconosciute solo le spese del proprio/a figlio/a per ricevere l'organo trapiantato. Sono escluse tutte le spese connesse alla donazione di organi, sia da parte del socio che da parte di terzi.

1.1.5 Spese dell'accompagnatore

Per un accompagnatore del figlio/a che sia ricoverato presso un Istituto di Cura per sostenere un intervento chirurgico sussidiabile sono rimborsabili le spese di vitto e pernottamento in Istituto di cura, o struttura alberghiera se non c'è disponibilità nell'Istituto, documentate con il massimo di euro 100,00 (cento/00) al giorno ed il limite pari ai giorni di effettivo ricovero del figlio/a.

1.1.6. Trasporto sanitario

Trasporto del figlio/a ad un Istituto di Cura presso il quale debba recarsi per essere ricoverato ai sensi della presente forma di assistenza, e da un Istituto di Cura a un altro, con mezzi sanitariamente attrezzati, sia in Italia che all'estero.

1.2. Indennità sostitutiva

Nel caso in cui il ricovero avvenga in struttura sanitaria pubblica o accreditata e risulti a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale il figlio/a ha diritto ad una diaria di euro 100,00 (cento/00) per ciascun giorno di ricovero fino a un massimo di 30 giorni continuativi e per evento.

Il figlio/a mantiene comunque il diritto a chiedere il rimborso delle spese sostenute per le prestazioni descritte nei paragrafi 1.1.1 "Pre Ricovero", 1.1.3 "Post Ricovero" 1.1.6 "trasporto sanitario" e 1.1.5 "Spese dell'accompagnatore".

1.3. Periodo di carenza

Per acquisire il diritto al sussidio, il periodo di carenza è di 180 giorni a decorrere dalla data di iscrizione. Il periodo di carenza è ridotto a 30 giorni se l'intervento chirurgico sussidiabile è dovuto a infortunio. Per l'intervento chirurgico oculistico con qualsiasi tipo di laser la carenza è di 730 giorni.

2. PARTO CESAREO/ABORTO TERAPEUTICO

Al socio, nel caso di parto cesareo o aborto terapeutico del proprio/a figlio/a, spetta un sussidio - fino ad un massimo per anno come da tabella riepilogativa di cui al punto 6. "MASSIMALI" - per il rimborso delle spese sanitarie effettivamente sostenute e documentate relative al parto o all'aborto

Le spese per eventuali interventi concomitanti (appendicectomia, cisti ovarica, laparocoele, ernia ombelicale, annessiectomia, salpingectomia, isterectomia) sono rimborsabili nei limiti del sub-Massimale specifico per il Parto cesareo.

2.1.1. Durante il ricovero

Spese con gli stessi limiti e alle stesse condizioni previste al punto 1.1.2 "durante il Ricovero".

2.1.2. Pre e post ricovero

Accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche sostenuti nei 30 giorni precedenti e nei 30 giorni successivi l'evento, purché attinenti alla gravidanza o al parto stesso.

2.2. Periodo di carenza

Per acquisire il diritto al sussidio, il periodo di carenza è di 270 giorni a decorrere dalla data di iscrizione.

3. PARTO NATURALE

Al socio, nel caso di parto naturale del proprio/a figlio/a, spetta un sussidio - fino ad un massimo per anno come da tabella riepilogativa di cui al punto 6. "MASSIMALI" - per il rimborso delle spese sanitarie effettivamente sostenute e documentate relative a:

3.1.1. Durante il ricovero

Spese con gli stessi limiti e alle stesse condizioni previste al punto 1.1.2 “durante il Ricovero”.

3.1.2. Prima e dopo la degenza

Accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche sostenuti nei 30 giorni precedenti e nei 30 giorni successivi l’evento, purché attinenti alla gravidanza o al parto stesso.

3.2. Periodo di carenza

Per acquisire il diritto al sussidio, il periodo di carenza è di 270 giorni a decorrere dalla data di iscrizione.

4. DAY SURGERY – DAY HOSPITAL – DAY SERVICE CON INTERVENTO CHIRURGIA AMBULATORIALE

Al socio, nel caso di ricovero in regime di Day Hospital o Day surgery del proprio/a figlio/a, spetta un sussidio - fino ad un massimo per persona e per anno come da tabella riepilogativa di cui al punto 6. “MASSIMALI” - per il rimborso delle spese sanitarie effettivamente sostenute e documentate relative a:

4.1.1. Durante il ricovero

Riconoscimento delle spese alle stesse condizioni previste al punto 1.1.2 “durante il Ricovero”. Sono esclusi i Trattamenti fisioterapici e riabilitativi.

4.1.2. Pre e post ricovero

Solo in caso di Day surgery (con intervento chirurgico)

Accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche sostenuti entro 30 giorni prima e 30 giorni dopo il ricovero, purché pertinenti alla malattia/Infortunio che ha reso necessario l’intervento stesso

4.2. Periodo di carenza

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

5. DAY SURGERY – DAY HOSPITAL – DAY SERVICE CON INTERVENTO CHIRURGIA AMBULATORIALE CON SSN

5.1. Diritto al sussidio e suo importo

Al socio nel caso in cui il proprio/a figlio/a effettui, a seguito di malattia, infortunio o gravidanza, una delle seguenti prestazioni a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale:

- Ricovero in regime di Day Surgery;
- Ricovero in regime di Day Hospital;
- Intervento chirurgico in Day Service;

- Intervento ambulatoriale; spetta un sussidio forfettario di euro 200,00 (duecento/00) per evento. Il sussidio spetta per un periodo massimo di 10 eventi nell'arco dell'anno solare. Il sussidio non è concesso per finalità dimagranti e sono esclusi i sussidi effettuati a domicilio.

5.2. Periodo di carenza

Per acquisire il diritto al sussidio, il periodo di carenza è di 120 giorni a decorrere dalla data di iscrizione. Il periodo di carenza è ridotto a 30 giorni se l'intervento chirurgico sussidiabile è dovuto a infortunio.unio.

6. MASSIMALI SEZIONE 1 – PRESTAZIONI DI “RICOVERO”

Prestazione	Massimale complessivo
SEZIONE 1 – PRESTAZIONI DI RICOVERO	Euro 100.000 per anno solare e per persona
Ricovero in Istituto di cura con o senza intervento chirurgico	Euro 20.000 per ricovero
Ricovero in Istituto di cura per Grande Intervento Chirurgico	Euro 100.000 per anno solare e per persona
Day Surgery – Day Hospital – Day Service Con Intervento	Euro 5.000 per ricovero
Intervento chirurgico ambulatoriale	Euro 2.000 per intervento
Parto cesareo/Aborto terapeutico	Euro 6.000 per anno e per persona
Parto naturale	Euro 3.000 per anno e per persona
Spese “pre” o “post” ricovero	Euro 2.500 per anno e per persona
Spese dell'accompagnatore	Euro 3.000 per anno
Trasporto sanitario	Euro 1.000 per ricovero
Indennità sostitutiva (art. 1.2 e art. 5)	Euro 6.000 per anno e per persona

6.1. Condizioni di erogazione del sussidio:

Le seguenti condizioni di erogazione si applicano nel rispetto delle disposizioni del presente Regolamento e in conformità ai massimali sopra indicati.

- Strutture e medici convenzionati (regime diretto): Qualora le prestazioni vengano effettuate all'interno della rete convenzionata CesarePozzo, con presa in carico diretta da parte della Società, il sussidio è garantito con l'applicazione di uno scoperto del 10%, secondo quanto previsto dal presente regolamento e nel rispetto dei massimali sopra indicati.
- Strutture e/o medici non convenzionati (regime indiretto): In caso di utilizzo di strutture e/o medici

non convenzionati, il sussidio viene rimborsato al socio, con l'applicazione di uno scoperto del 20%, secondo quanto previsto dal presente regolamento e nei limiti previsti dal Nomenclatore e Tariffario (Allegato C), e comunque nel rispetto dei massimali sopra indicati.

L'Allegato C è parte integrante del piano e per quanto inerente la **“SEZIONE 1 – PRESTAZIONI DI RICOVERO”** comprende:

- il “Nomenclatore Tariffario” delle prestazioni sanitarie, valido esclusivamente per le prestazioni effettuate in regime indiretto;
- l'elenco dei Grandi Interventi Chirurgici, valido sia per il regime diretto che per quello indiretto, appositamente evidenziato all'interno del documento.

I massimali riportati nel Nomenclatore si applicano unicamente in caso di accesso a strutture e/o medici non convenzionati (regime indiretto), fermo restando il tetto massimo previsto per anno solare e per persona.

Le prestazioni non previste dal piano o gli importi eccedenti i massimali restano a carico del socio, per il figlio/a.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- 1) Cartella clinica completa di anamnesi e del tipo di intervento praticato, con l'annotazione del regime (Day Surgery / Day Hospital / Day Service / Ambulatoriale...).
- 2) 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 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. *(vedi articolo norme generali)

SEZIONE 2 – PRESTAZIONI EXTRA-RICOVERO

7. CRITICAL ILLNESS ONCOLOGICA

7.1. Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui al proprio/a figlio/a venga diagnosticata ed accertata una malattia oncologica, in data successiva all'adesione alla presente forma di assistenza, spetta un sussidio forfettario di euro 10.000,00 (diecimila/00).

Il sussidio è previsto una sola volta per persona durante tutta la vita associativa.

Per “malattia oncologica” si intende qualsiasi neoplasia maligna invasiva. inoltre, sono inclusi i tumori benigni o di malignità non specificata solo relativamente all’encefalo e agli altri organi del sistema nervoso centrale. La patologia dovrà essere comprovata da un referto isto-patologico.

7.2. Esclusioni

Sono esclusi dal presente sussidio le seguenti:

- Malattia insorta prima della decorrenza della presente copertura;
- Casi di recidiva.

7.3. Periodo di carenza

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

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- 1) Cartella Clinica e Relazione medica della patologia esistente contenente la diagnosi della malattia oncologica con la data della sua sopravvenienza
- 2) Prova istologica di malignità confermata da parte di uno specialista oncologo o anatomo-patologo

8. ALTA DIAGNOSTICA STRUMENTALE E ALTA SPECIALIZZAZIONE

8.1. Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui il proprio/a figlio/a effettui un esame di Alta diagnostica strumentale o di Alta specializzazione, spetta, per ogni esame effettuato, un sussidio come di seguito indicato:

- 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, entro il limite massimo previsto per ciascuna prestazione dal “Nomenclatore Tariffario” (allegato C) e, in ogni caso, non oltre l’importo di euro 100,00 (cento/00) per singolo esame;
- c. Per esami effettuati in strutture convenzionate in forma diretta il sussidio è garantito nei limiti del “Nomenclatore Tariffario” (allegato C) con un costo a carico del socio, per il figlio/a, di minimo euro 30,00 (trenta/00) per esame, tale importo deve essere versato dal socio, per il figlio/a, 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 i seguenti esami:

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

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

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

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. Il periodo di carenza è ridotto a 30 giorni se l'esame diagnostico è dovuto a infortunio.

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 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. *(vedi articolo norme generali)
- 3) Prescrizione del proprio medico curante contenente la descrizione della patologia. *(vedi articolo norme generali)

9. ESAMI DIAGNOSTICI STRUMENTALI

9.1. Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui il proprio/a figlio/a effettui un esame di diagnostica strumentale, non compreso nell'articolo 9. del presente regolamento, spetta, per ogni esame effettuato, un sussidio pari a:

- 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, entro il limite massimo previsto per ciascuna prestazione dal "Nomenclatore Tariffario" (allegato C).

Il sussidio è rimborsabile fino a un massimo di euro 300,00 (trecento/00) nell'arco dell'anno solare.

9.2. Periodo di carenza

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

periodo di carenza è ridotto a 30 giorni se l'esame è dovuto a infortunio.

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 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. *(vedi articolo norme generali)
- 3) Prescrizione del proprio medico curante contenente la descrizione della patologia. *(vedi articolo norme generali)

10. ESAMI DI LABORATORIO

10.1. Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui il proprio/a figlio/a effettui degli esami di laboratorio, spetta, per ogni esame effettuato, un sussidio pari a:

- 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.

Il sussidio è rimborsabile fino a un massimo di euro 300,00 (trecento/00) nell'arco dell'anno solare.

10.2. Periodo di carenza

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

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 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. *(vedi articolo norme generali)
- 3) Prescrizione del proprio medico curante contenente la descrizione della patologia. *(vedi articolo norme generali)

11. VISITE SPECIALISTICHE

11.1. Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui il proprio/a figlio/a effettui una visita specialistica, spetta per ogni visita, un sussidio pari a:

- a. Rimborso del 100% del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket);
- b. Rimborso del 80% della spesa sostenuta nei casi di visite specialistiche effettuate in regime privato o intramurale, entro il limite massimo previsto per ciascuna prestazione dal “Nomenclatore Tariffario” (allegato C) e, in ogni caso, non oltre l'importo di euro 100,00 (cento/00) per ciascuna visita e comunque nel limite di due visite specialistiche per anno solare per ogni singola specializzazione;
- c. Per visite specialistiche effettuate in strutture convenzionate in forma diretta il sussidio è garantito nei limiti del “Nomenclatore Tariffario” (allegato C) con un costo a carico del socio, per il figlio/a, di minimo euro 30,00 (trenta/00) per visita, tale importo deve essere versato dal socio, per il figlio/a, direttamente alla struttura convenzionata. La parte rimanente è a carico della Società. Sono rimborsabili massimo tre visite per anno solare.

La visita psichiatrica (al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia) e la visita dietologica (solo se effettuata da medico/dietologo, chirurgo/scienze dell'alimentazione, ad esclusione del dietista), sono previste una sola volta per l'intera vita associativa del figlio/a.

Il sussidio è rimborsabile fino a un massimo di euro 400,00 (quattrocento/00) nell'arco dell'anno solare.

11.2. Periodo di carenza

Per acquisire il diritto al sussidio, il periodo di carenza è di 120 giorni a decorrere dalla data di iscrizione. Il periodo di carenza è ridotto a 30 giorni se la visita specialistica è dovuta a infortunio.

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 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. *(vedi articolo norme generali)
- 3) Prescrizione del proprio medico curante contenente la descrizione della patologia. *(vedi articolo norme generali)

12. PREVENZIONE ODONTOIATRICA

12.1. Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui richieda per il proprio/a figlio/a prestazioni odontoiatriche di prevenzione presso Studi dentistici convenzionati previa prenotazione, CesarePozzo provvede al pagamento diretto delle relative spese, a condizione che sia stata precedentemente attivata 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 sola volta nell'arco dell'anno solare.

12.2. Periodo di carenza

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

13. CURE ODONTOIATRICHE

13.1. Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui il proprio/a figlio/a effettui prestazioni odontoiatriche esclusivamente presso studi dentistici convenzionati con la Cesare Pozzo, viene riconosciuto un sussidio pari al 100% della spesa effettivamente sostenuta, fino alla concorrenza della somma indicata nell'Elenco e Tariffario (Allegato B).

Alla richiesta di sussidio deve essere allegata la "Scheda lavori odontoiatrici CP" compilata con indicazione delle singole prestazioni, dei codici del Nomenclatore, degli elementi dentari e dei costi per le singole prestazioni.

Le fatture di acconto verranno considerate valide solo se presentate insieme alla fattura di Saldo.

Le eventuali fatture di acconto non accompagnate dalla fattura di saldo, vengono rimborsate solo per le prestazioni previste nell'aera "Ortodonzia", massimo una volta per anno solare.

Il sussidio è rimborsabile fino a un massimo di euro 800,00 (ottocento/00) nell'arco dell'anno solare.

13.2. Periodo di carenza

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

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- 1) 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 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) Scheda lavori odontoiatrici CP" compilata, con indicazione delle singole prestazioni, dei codici del Nomenclatore, degli elementi dentari e dei costi per le singole prestazioni

14. CURE RIABILITATIVE A SEGUITO DI INFORTUNIO O RICOVERO OSPEDALIERO

14.1. Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui il proprio/a figlio/a necessiti di cicli di cure riabilitative a seguito di infortunio o di ricovero ospedaliero, è riconosciuto un sussidio pari al 100% della spesa sostenuta per ogni ciclo di terapia. I cicli di terapie devono essere effettuati entro 365 giorni dall'infortunio o dal ricovero ospedaliero.

Il sussidio è erogato esclusivamente a fini riabilitativi, sempreché i cicli di cure riabilitative siano prescritti da un medico di base o da uno specialista la cui competenza sia inerente alla patologia e che 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 attestante l'infortunio o della lettera di dimissione dell'ospedale attestante il ricovero.

Il sussidio viene corrisposto fino a un massimo di euro 500,00 (cinquecento/00) nell'anno solare e per infortunio o per ricovero ospedaliero.

14.2. Periodo di carenza

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

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 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. *(vedi articolo norme generali)
- 3) Certificato del Pronto Soccorso attestante l'infortunio.
- 4) Lettera di dimissione dell'Ospedale attestante il ricovero
- 5) prescrizione del proprio medico curante. *(vedi articolo norme generali)

15. LENTI PER OCCHIALI

15.1. Diritto al sussidio e suo importo

Al socio nel caso in cui il proprio/a figlio/a sostenga delle spese per l'acquisto di due lenti per occhiali da vista o due lenti a contatto spetta un sussidio pari al 50% delle spese sostenute fino a un massimo complessivo di euro 100,00 (cento/00).

Il rimborso viene riconosciuto solo a seguito di nuova 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.

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

15.2. Periodo di carenza

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

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- 1) 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 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 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).

SEZIONE -3- NORME GENERALI (VALIDE PER TUTTE LE GARANZIE)

16. ESCLUSIONI

I sussidi non sono concessi per le prestazioni inerenti l'Odontoiatria/Ortodonzia (ad eccezione degli articoli 12. e 13), 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), la psicologia, le terapie psicoterapiche, i ricoveri di lungo-degenza (quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assistito che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento).

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

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

16.1. Esclusioni ulteriori per la SEZIONE 1 – PRESTAZIONI DI RICOVERO

Sono inoltre esclusi dalla copertura:

1. Infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere o in conseguenza di proprie azioni delittuose o atti autolesivi
2. Infortuni, patologie e intossicazioni conseguenti a sieropositività HIV, alcolismo e tossicodipendenza
3. Infortuni, patologie e intossicazioni conseguenti ad uso di sostanze alcoliche, di psicofarmaci, di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni
4. Infortuni che derivano dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, sport aerei, sport che comportano l'uso di veicoli o natanti a motore (e relative corse, gare, prove); mountain biking e "downhill"
5. Infortuni derivanti dallo svolgimento di Sport professionistico o dalla partecipazione a gare professionistiche, e relative prove e allenamenti
6. conseguenze di guerre, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o atti violenti con movente politico o sociale a cui l'Assicurato abbia preso parte volontariamente, atti di terrorismo

7. conseguenze dirette o indirette di contaminazioni nucleari, trasmutazioni del nucleo dell'atomo radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico
8. conseguenze di terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti
9. interventi di chirurgia plastica a scopo estetico salvo i seguenti casi: i) a scopo ricostruttivo, anche estetico, per bambini che non hanno compiuto un anno e inseriti in copertura dalla nascita; ii) a scopo ricostruttivo a seguito di Infortunio indennizzabile ai sensi del Contratto; iii) a scopo ricostruttivo a seguito di interventi demolitivi, indennizzabili ai sensi del Contratto, per tumori maligni
10. prestazioni, cure e interventi dentari, parodontari, ortodontici, protesi dentarie e trattamenti odontostomatologici (effettuati anche in regime di Ricovero, Day hospital, Intervento ambulatoriale), salvo quanto previsto agli articoli 12. e 13.
11. prestazioni di qualsiasi tipo (es. visite, accertamenti cure e interventi) motivate da Difetti fisici/malformazioni o le loro conseguenze, salvo quanto espressamente previsto dal contratto
12. interventi di Chirurgia bariatrica per curare l'obesità, ad eccezione dei casi di obesità di III grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40 al momento dell'intervento); prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica
13. cure e interventi relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS)
14. Infortuni occorsi prima della decorrenza della copertura, le relative conseguenze e complicanze
15. conseguenze dirette o indirette di Pandemie.

17. UNICA RICHIESTA DI SUSSIDIO per la SEZIONE 1 – PRESTAZIONI DI RICOVERO

Il socio per il proprio/a figlio/a 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.

18. PATOLOGIE PREGRESSE

Come previsto dall'articolo 23 del Regolamento applicativo dello Statuto sociale, non sono ricomprese in copertura le Malattie (anche croniche e recidivanti) che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi, prima della data di decorrenza della copertura nei confronti del figlio/a.

L'esclusione di cui al paragrafo precedente vale per i primi 3 anni dall'adesione alla presente garanzia: decorri 36 mesi dalla data di stipula di questa copertura la stessa includerà i casi di cui al paragrafo precedente.

19. CUMULABILITÀ DEI SUSSIDI

I sussidi e i servizi erogati non sono fra loro cumulabili. Eventuali eccezioni sono specificate ai singoli articoli del presente regolamento.

20. 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).

21. 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.

22. FATTURE CON PIÙ PRESTAZIONI

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

23. 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.

24. 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.

25. 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.

26. 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.

27. RIMBORSI

Il socio deve informare la CesarePozzo se le spese per cui richiede il rimborso sono coperte, anche solo parzialmente, da un'assicurazione privata o da un altro Ente. Inoltre, il Socio è l'unico responsabile nei casi di indebito arricchimento.

SERVIZI SEMPRE ATTIVI PER GLI ASSISTITI

info center

i **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 **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**



VALOREMUTUA.

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



VALOREMUTUA.