

**MUTUA.**  
CESARE POZZO  
La tua salute dal 1877

*Tilberti Po*



*TP*

## **CRAL ITALGAS SALUTE FIGLI**

Allegato al Regolamento applicativo dello Statuto

Edizione 2025

### SEDE NAZIONALE



[mutuacesarepozzo.org](http://mutuacesarepozzo.org)



02.97371001



[infocenter@mutuacesarepozzo.it](mailto:infocenter@mutuacesarepozzo.it)



via S. Gregorio, 48 - 20124 Milano



### SEDI REGIONALI

#### ABRUZZO

Via di Sotto, 137  
65125 Pescara

085.4212152

[abruzzo@mutuacesarepozzo.it](mailto:abruzzo@mutuacesarepozzo.it)

#### BASILICATA

Via Vincenzo Verrastro, 19/D  
85100 Potenza

0971.58791

[basilicata@mutuacesarepozzo.it](mailto:basilicata@mutuacesarepozzo.it)

#### CALABRIA

Via Nino Bixio, 15  
89127 Reggio Calabria

0965.331960

[calabria@mutuacesarepozzo.it](mailto:calabria@mutuacesarepozzo.it)

#### CAMPANIA

Via Enrico Cosenz, 13  
80142 Napoli

081.261568

[campania@mutuacesarepozzo.it](mailto:campania@mutuacesarepozzo.it)

#### EMILIA-ROMAGNA

Via Boldrini, 18/B  
40121 Bologna

051.6390850

[emilia@mutuacesarepozzo.it](mailto:emilia@mutuacesarepozzo.it)

#### FRIULI VENEZIA GIULIA

Via Giustiniano, 8  
34133 Trieste

040.367811

[friuli@mutuacesarepozzo.it](mailto:friuli@mutuacesarepozzo.it)

#### LAZIO

Via Cavour, 47  
00184 Roma

06.47886742 - 06.4815887

[lazio@mutuacesarepozzo.it](mailto:lazio@mutuacesarepozzo.it)

#### LIGURIA

Via E. De Amicis, 6/2  
16122 Genova

010.5702787

[liguria@mutuacesarepozzo.it](mailto:liguria@mutuacesarepozzo.it)

#### LOMBARDIA

Via S. Gregorio, 48  
20124 Milano

02.66726410

[lombardia@mutuacesarepozzo.it](mailto:lombardia@mutuacesarepozzo.it)

#### MARCHE

Via G. Marconi, 227  
60125 Ancona

071.43437

[marche@mutuacesarepozzo.it](mailto:marche@mutuacesarepozzo.it)

#### MOLISE

Via Garibaldi, 67/69  
86100 Campobasso

0874.482004

[molise@mutuacesarepozzo.it](mailto:molise@mutuacesarepozzo.it)

#### PIEMONTE-VALLE D'AOSTA

Via Sacchi, 2/bis  
10128 Torino

011.545651

[piemonte@mutuacesarepozzo.it](mailto:piemonte@mutuacesarepozzo.it)

#### PUGLIA

Via Beata Elia di S. Clemente, 223  
70122 Bari

080.5243662 - 080.5730206

[puglia@mutuacesarepozzo.it](mailto:puglia@mutuacesarepozzo.it)

#### SARDEGNA

Via Goffredo Mameli, 47  
09124 Cagliari

070.658418

[sardegna@mutuacesarepozzo.it](mailto:sardegna@mutuacesarepozzo.it)

#### SICILIA

Via Torino, 27/D  
90133 Palermo

091.6167012

[sicilia@mutuacesarepozzo.it](mailto:sicilia@mutuacesarepozzo.it)

#### TOSCANA

Via degli Orti Oricellari, 34  
50123 Firenze

055.211806

[toscana@mutuacesarepozzo.it](mailto:toscana@mutuacesarepozzo.it)

#### TRENTINO-ALTO ADIGE

Piazza Verdi, 15 int.4  
39100 Bolzano

0471.300189

[trentino@mutuacesarepozzo.it](mailto:trentino@mutuacesarepozzo.it)

#### UMBRIA

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

0742.342086

[umbria@mutuacesarepozzo.it](mailto:umbria@mutuacesarepozzo.it)

#### VENETO

Via Ulloa, 5  
30175 Marghera (VE)

041.926751

[veneto@mutuacesarepozzo.it](mailto:veneto@mutuacesarepozzo.it)



# **CRAL ITALGAS SALUTE FIGLI**

Allegato al Regolamento applicativo dello Statuto

Edizione 2025

# CRAL ITALGAS SALUTE FIGLI

**FORMA DI ASSISTENZA BASE** - edizione 2025

Contributo associativo annuo - **Euro 159,00** (*centocinquantanove/00*)

L'iscrizione alla forma di assistenza aggiuntiva **CRAL ITALGAS SALUTE FIGLI** può essere richiesta da tutti i soci che all'atto della domanda di adesione risultino iscritti alla forma di assistenza base CRAL ITALGAS SALUTE e che siano in possesso dei requisiti previsti dallo Statuto sociale, dal Regolamento applicativo, nonché dall'Atto di Convenzione sottoscritto tra l'Ente e la CesarePozzo.

**ALLEGATO AL REGOLAMENTO**

## 1. RICOVERO OSPEDALIERO, RICOVERO DIURNO, CURE ONCOLOGICHE

### 1.1 Ricovero ospedaliero

Al socio, nel caso in cui il proprio figlio/a sia ricoverato in una struttura ospedaliera, dopo le prime due notti consecutive di ricovero, spetta un sussidio giornaliero dal primo giorno fino al termine del ricovero, di euro 25,00 (venticinque/00).

Il sussidio spetta per un periodo massimo di cento giorni nell'arco dell'anno solare.

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

#### **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
- 2) Per i soci con meno di 3 anni di iscrizione è obbligatoria la cartella clinica (completa di anamnesi)
- 3) Per ricoveri superiori a 15 giorni è obbligatorio allegare la cartella clinica (completa di anamnesi, diagnosi e diario clinico)

### 1.2 Degenze in ricovero diurno con intervento chirurgico

Al socio, nel caso in cui il proprio figlio/a sia ricoverato in struttura ospedaliera in regime di ricovero diurno con intervento chirurgico, anche se preceduto o seguito da un singolo pernottamento ospedaliero, spetta un sussidio forfettario di euro 100,00 (cento/00).

#### **DOCUMENTI DA ALLEGARE**

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

### 1.3 Ricovero per cure riabilitative

Al socio, nel caso in cui il proprio figlio/a sia ricoverato in una struttura sanitaria per cure riabilitative, dopo le prime due notti consecutive di ricovero, spetta un sussidio giornaliero dal primo giorno fino al termine del ricovero di euro 13,00 (tredici/00).

Il sussidio spetta per un periodo massimo di 15 giorni nell'arco dell'anno solare.

#### **DOCUMENTI DA ALLEGARE**

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

### 1.4 Cure oncologiche e della Talassemia

Al socio, nel caso in cui il proprio figlio/a sia sottoposto ambulatorialmente o in day hospital, al trattamento di cure radianti e/o chemioterapiche per cure oncologiche o sia sottoposto a emotrasfusioni e/o a trattamenti ferrochelanti per la cura della talassemia, spetta un sussidio giornaliero, per ogni giorno di trattamento, di euro 25,00 (venticinque/00).

#### **DOCUMENTI DA ALLEGARE**

- 1) Certificato dell'Ospedale in cui sono indicate la data di inizio e quella di termine di ogni singolo periodo con indicate tutte le date del trattamento ed il tipo di terapia praticata.

## 1.5 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 ad infortunio.

## 2 INTERVENTI CHIRURGICI SUSSIDIABILI

### 2.1 Norme e importi del sussidio

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

### 2.2 Percentuale di rimborso

Il sussidio spetta per spese effettivamente sostenute e comunque fino alla concorrenza della somma indicata nell'Elenco e Tariffario (Allegato A) euro 10.000 (diecimila/00) per tutti gli interventi e per ogni evento, euro 50.000 (cinquantamila/00) per i trapianti e per evento.

Il sussidio di cui al precedente punto 2.1 viene erogato alle seguenti condizioni:

- a) in caso di ricovero in strutture sanitarie convenzionate, con presa in carico in forma diretta da parte della Società, il rimborso sarà pari al 100% della spesa sostenuta.
- b) nel caso in cui il socio usufruisca solo dei punti f) g) h) i), il rimborso sarà pari al 100% della spesa sostenuta.
- c) In tutti gli altri casi, il rimborso sarà pari al 80% della spesa sostenuta.

### 2.3 Assistenza per ricovero ospedaliero

Al socio, nel caso in cui il proprio figlio/a sia sottoposto a intervento chirurgico sussidiabile, a titolo di rimborso spese, spetta un sussidio per ogni giorno di ricovero, con un massimo di 10 giorni, come di seguito specificato:

- a) euro 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 2.1, il socio potrà richiedere l'assistenza ricovero ospedaliero.

## **2.4 Sussidio di ricovero ospedaliero**

Qualora siano richiesti solo i rimborsi lettera f) g) h) i) di cui al precedente punto 2.1, il socio potrà richiedere il sussidio ospedaliero di cui al punto 1).

## **2.5. 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.

## **2.6. 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 ad infortunio.

### **DOCUMENTI DA ALLEGARE**

- 1) *Cartella clinica completa di anamnesi e del tipo di intervento praticato*
- 2) *Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale") contenente:*
  - a. *indicazioni dell'assistito*
  - 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)*

## **3 ASSISTENZA DOMICILIARE SANITARIA**

### **3.1 Sussidio assistenza domiciliare**

Al socio, nel caso in cui il proprio figlio/a sia colpito da malattie invalidanti temporanee o permanenti e necessiti di interventi sanitari a domicilio spetta un sussidio pari al 50% delle spese sostenute fino ad un massimo di euro 1.200,00 (milleduecento/00) nell'anno solare.

Sono considerati interventi di assistenza sanitaria domiciliare le seguenti prestazioni fornite da medici in possesso di laurea in Medicina e Chirurgia e da infermieri in possesso di idoneo

titolo professionale:

- 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 e in regola con la normativa fiscale vigente e riconducibili alla patologia in atto.

Alla richiesta dovrà essere allegato il certificato medico attestante la malattia invalidante e la tipologia di prestazione domiciliare richiesta.

### 3.2 Periodo di carenza

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

#### **DOCUMENTI DA ALLEGARE**

1) Documentazione analitica in originale delle spese (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 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) Documentazione attestante la tipologia di malattia e il tipo di trattamento effettuato

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

### 4.1 Diritto al sussidio e suo importo

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

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

### 4.2 Periodo di carenza

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

#### **DOCUMENTI DA ALLEGARE**

1) Documentazione analitica in originale 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 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) Certificato medico attestante la malattia neoplastica terminale

## 5 VISITE SPECIALISTICHE

### 5.1 Diritto al sussidio e suo importo

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

- a) 100% del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket);
- b) 100% presso le strutture convenzionate in forma diretta con un costo di euro 30,00 (trenta/00) per visita a carico del socio;
- c) 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 due visite per anno solare per ogni singola specializzazione.

I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata nella richiesta del medico curante, pena il diniego del sussidio.

### 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

#### **DOCUMENTI DA ALLEGARE**

1) Documentazione analitica in originale 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 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)

## 6 SUSSIDIO PER ESAMI DIAGNOSTICI STRUMENTALI, ESAMI DI LABORATORIO E PRONTO SOCCORSO EFFETTUATI TRAMITE SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (TICKET)

### 6.1 Diritto al sussidio e suo importo

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

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

## 7 SUSSIDIO PER ESAMI EFFETTUATI A SCOPO DI PREVENZIONE O CONTROLLO

### 7.1 Diritto al sussidio e suo importo

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

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

## 8 ALTA DIAGNOSTICA STRUMENTALE E ALTA SPECIALIZZAZIONE

### 8.1 Diritto al sussidio e suo importo

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

### 8.2. Alta diagnostica strumentale

- a) rimborso del 100% del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket);
- b) 100% presso le strutture convenzionate in forma diretta con un costo di euro 30,00 (trenta/00) per esame a carico del socio;
- c) 100% della spesa sostenuta nei casi di esami in regime privato o intramurale, con un minimo non rimborsabile di euro 50,00 (cinquanta/00) per ciascun esame.

### 8.3. Prescrizione medica

Per la richiesta del sussidio è obbligatorio allegare la prescrizione del proprio medico curante contenente la descrizione della patologia.

### 8.4. Periodo di carenza

Per acquisire il diritto al sussidio il periodo di carenza è di 120 giorni.

**DOCUMENTI DA ALLEGARE**

1) Documentazione analitica in originale 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 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

## 9 NORME COMUNI AGLI ARTICOLI 5) - 6) - 7) E 8)

### 9.1 Massimale

I sussidi relativi all'Area specialistica si intendono concessi per spese documentate e sostenute dal socio fino ad 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 all'Odontoiatria, l'Ortodonzia, la Medicina legale, la Medicina dello sport, la Medicina del lavoro, la Medicina estetica, la Psichiatria, la Psicologia, la Logopedia, il rilascio di patenti, brevetti e abilitazioni, l'Omeopatia, la Medicina olistica, la Chiropratica, la Iridologia.

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

## 10 CHIRURGIA OCULISTICA

### 10.1 Intervento correttivo mediante laser ad eccimeri

Al socio, nel caso in cui il proprio figlio/a effettui trattamenti laser o 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 o ad entrambi gli occhi, anche in tempi diversi.

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

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

### 10.2. Periodo di carenza

Per acquisire il diritto al sussidio il periodo di carenza è di 730 giorni a decorrere dalla data di iscrizione

#### 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
  - 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)

## 11 MATERNITÀ

### 11.1 Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, per il proprio figlio/a, spetta un sussidio di euro 300,00 (trecento/00) in occasione di un parto, indipendentemente dall'esito del parto stesso e dal numero dei figli nati.

Si ha diritto al sussidio quando il parto avviene dopo la ventiquattresima settimana di gestazione.

Tale sussidio spetta anche in caso di adozione, sia nazionale che internazionale secondo le disposizioni vigenti nella Repubblica italiana, indipendentemente dal numero di figli adottati (per singola pratica di adozione).

### 11.2 Periodo di carenza

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

#### **DOCUMENTI DA ALLEGARE**

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

## 12 TRASPORTO INFERMI

### 12.1 Diritto al sussidio e suo importo

Il socio, per il proprio figlio/a, ha diritto a un sussidio di euro 30,00 (trenta/00) per il trasporto con mezzo sanitario.

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

### 12.2 Periodo di carenza

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

#### **DOCUMENTI DA ALLEGARE**

- 1) Documentazione analitica in originale 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 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.

## 13 CICLI DI TERAPIE A SEGUITO DI INFORTUNIO

### 13.1 Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui il proprio figlio/a 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 80,00 (ottanta/00) per ogni fattura.

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

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

### 13.2 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 in originale 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 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

## 14 CURE ODONTOIATRICHE A SEGUITO DI INFORTUNIO

### 14.1 Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui il proprio figlio/a 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 100% della spesa sostenuta con un minimo non sussidiabile di euro 80,00 (ottanta/00) per ogni fattura.

Il sussidio viene concesso solo in presenza del certificato di Pronto soccorso che attesti

l'infortunio. Il sussidio viene corrisposto fino a un massimo di euro 1.500,00 (millecinquecento/00) nell'anno solare.

#### **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 in originale 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 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 che attesti l'infortunio

## **15 PREVENZIONE ODONTOIATRICA**

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

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

Ai fini del sussidio sono previste le seguenti prestazioni odontoiatriche:

- a) visita specialistica odontoiatrica;
- b) ablazione del tartaro (mediante ultrasuoni o altro tipo di trattamento finalizzato all'igiene orale).

Le prestazioni devono essere effettuate in unica soluzione.

Il sussidio è riconosciuto una sola volta nell'anno solare.

#### **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.

## **16 NORME GENERALI**

#### **16.1 Cumulabilità dei sussidi**

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

Eventuali eccezioni sono specificate ai singoli articoli del presente regolamento.

## **16.2 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).

## **16.3 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.

## **16.4 Fatture con più prestazioni**

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

## **16.5 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.

## **16.6 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.

## **16.7 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.

## **16.8 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.

## **16.9 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.

## **16.10 Esclusioni**

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

# 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](mailto: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****





**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. 02.667261

*infocenter@mutuacesarepozzo.it*

**[www.mutuacesarepozzo.org](http://www.mutuacesarepozzo.org)**