

FORMA DI ASSISTENZA BASE

PIANO CONFINTESA ARANCIONE

Il Piano sanitario è valido per il socio e gli aventi diritto. Età di adesione dai 18 ai 67 anni di età. Non è consentita la permanenza dopo i 67 anni.

Legenda:

socio: S, aventi diritto: AD

AREA RICOVERO	
Ricovero ospedaliero per intervento chirurgico, infortunio, parto, infarto miocardico acuto, vasculopatie ischemico-emorragiche cerebrali Max 180 giorni nell'anno solare	S: 30 € al giorno AD: 15 € al giorno
Degenze in ricovero diurno con intervento chirurgico	S: 100 € per ricovero AD: 50 € per ricovero
Cure oncologiche	S: 25 € per ogni giorno di trattamento AD: 25 € per ogni giorno di trattamento
Retta giornaliera per camere a pagament	S: 60 € al giorno AD: 30 € al giorno
Interventi chirurgici sussidiabili (compresi nell'Allegato A)	S + AD: 10.000 € per tutti gli interventi per ogni evento 15.000 € per gli interventi presso le strutture convenzionate in forma diretta 50.000 € per i trapianti e per ogni evento
Sussidio spese sanitarie secondo tariffario relative a: a) onorari dei professionisti; b) diritti di sala operatoria; c) materiali di intervento ed eventuali apparecchi protesici; d) retta di degenza; e) assistenza medica, infermieristica, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati durante il periodo di ricovero relativo all'intervento subito; f) assistenza medica e infermieristica, accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche eseguiti nei 120 gg. prima dell'intervento per un massimo di 1.000 euro; g) esami diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche, fisioterapie, acquisto e noleggio protesi, nei 120 gg. successivi per un massimo di 1.000 euro; h) prelievo di organi o parte di essi, ricoveri relativi al donatore vivente, accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico di espanto da donatore vivente, cure, medicinali e rette di degenza per il donatore vivente; i) spese di trasporto con mezzo sanitario (in Italia e all'estero) o spese di rimpatrio della salma per decesso dovuto a grande intervento chirurgico all'estero, per un massimo di 3.000 euro.	100% rimborso per interventi in strutture convenzionate con rimborso diretto 80% rimborso per interventi in cui si utilizzano i punti a), b), c), d), e) 100% rimborso per interventi in cui si utilizzano solo i punti f), g), h), i)
Sussidio di assistenza di ricovero ospedaliero (nel caso in cui si utilizzano solo i punti f, g, h, i)	In Italia € 40 al giorno max 10 giorni All'estero € 60 al giorno max 10 giorni
AREA ASSISTENZA DOMICILIARE SANITARIA	
Assistenza domiciliare sanitaria per malati neoplastici terminali	Max 2.000 € negli ultimi 6 mesi di vita
Assistenza domiciliare sanitaria	50 % massimo 1.000 € nell'anno solare
AREA TERAPIE	
Cicli di terapie a seguito di infortunio o ricovero con intervento chirurgico	- 100% del ticket - 50% max 40 € per spesa privata
Massimo una volta per ogni ricovero o infortunio	

Massimo 3 cicli per anno solare	
AREA SPECIALISTICA	
Alta diagnostica strumentale e alta specializzazione	<p>Per ogni esame, sussidio del:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 100% del ticket - 50% della spesa in regime privato o intramurale fino a un massimo di 100 € per Alta diagnostica - 50% della spesa in regime privato o intramurale fino a un massimo di 40 € per Alta specializzazione <p>Nelle strutture convenzionate in forma diretta, rimborso della prestazione con franchigia a carico del socio di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 40 € per Alta diagnostica - 25 € per Alta specializzazione
<p>Il sussidio relativo all'alta diagnostica strumentale e alta specializzazione è rimborsabile fino ad un massimo di euro 3.000 nell'arco dell'anno solare per nucleo familiare.</p> <p>Ai fini del sussidio si considerano <u>accertamenti di alta diagnostica strumentale</u> i seguenti esami: angiografia; risonanza magnetica nucleare (Rmn); scintigrafia; tomografia ad emissione di positroni (Pet); tomografia assiale computerizzata (Tac).</p> <p>Inoltre, si considerano <u>accertamenti di alta specializzazione</u> i seguenti esami: ecocardio-colordoppler; ecocardiogramma; doppler - ecodoppler; elettromiografia; mammografia; mineralometria ossea computerizzata</p>	
Visite specialistiche	<ul style="list-style-type: none"> - 100% del ticket - 60% della spesa in regime privato o intramurale fino a un massimo di 40 € per visita.
Esami diagnostici strumentali	<ul style="list-style-type: none"> - 100% del ticket - 50% della spesa in regime privato o intramurale fino a un massimo di 40 € per esame.
Esami di laboratorio	<ul style="list-style-type: none"> - 100% del ticket - 60% della spesa in regime privato o intramurale fino a un massimo di 40 € per fattura
<p>I sussidi relativi alle visite specialistiche, agli esami diagnostici strumentali e agli esami di laboratorio sono rimborsabili fino ad un massimo di € 500 nell'arco dell'anno solare per nucleo familiare.</p>	
<p>I sussidi relativi all'area specialistica non sono concessi 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.</p> <p>Sono inoltre escluse e quindi non riconosciute le visite specialistiche effettuate da soggetti non in possesso di laurea in Medicina e Chirurgia</p>	
Chirurgia oculistica	100% max 900 €
Lenti per occhiali	50% massimo 150 € per occhiali da vista o due lenti a contatto
Protesi o presidi sanitari	50% massimo 400 €
AREA ODONTOIATRICA	
Prevenzione	<p>Il sussidio è previsto una volta nell'arco dell'anno solare per nucleo familiare per prestazioni odontoiatriche di prevenzione presso studi dentistici convenzionati previa prenotazione, Cesare Pozzo provvede al pagamento diretto delle relative spese sostenute se il socio ha preventivamente attivato la presa in carico contattando infocenter</p> <p style="text-align: right;">Le prestazioni previste sono:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - ablazione del tartaro - visita specialistica odontoiatrica <p>Le prestazioni devono essere effettuate in unica soluzione</p>
<p>Prestazioni odontoiatriche a seguito infortunio</p>	<p>Massimo 1.000 € nell'anno solare e per infortunio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 100% del ticket - 50% della spesa in regime privato

PIANO CONFINTESA ARANCIONE

EDIZIONE 2024

FORMA DI ASSISTENZA BASE

L'iscrizione alla forma di assistenza può essere richiesta da tutti coloro 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, purché all'atto della domanda di ammissione alla Società, abbiano compiuto il diciottesimo anno di età e non abbiano superato sessantasettesimo anno di età.

La permanenza in questa forma di assistenza è consentita fino al compimento del sessantasettesimo anno di età. I soci che compiono il sessantasettesimo anno di età sono collocati nella forma di assistenza base PIANO CONFINTESA ROSSO con decorrenza dal 1° gennaio dell'anno successivo all'evento.

Sono considerati aventi diritto del socio i seguenti componenti del nucleo familiare:

- il coniuge (o convivente legato da vincolo affettivo o unito civilmente);
- i figli fino a 25 anni se non percettori di reddito.

I massimali per anno solare sono da intendersi per nucleo familiare.

ALLEGATO AL REGOLAMENTO

AREA RICOVERO

1. RICOVERO OSPEDALIERO, RICOVERO DIURNO, CURE ONCOLOGICHE

1.1. Ricovero ospedaliero

Al socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto 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 come di seguito specificato:

- a) euro 30,00 (trenta/00), se il ricovero del socio sia avvenuto per intervento chirurgico, infortunio, parto, infarto miocardico acuto, vasculopatie ischemico-emorragiche cerebrali;
- b) euro 15,00 (quindici/00) se il ricovero dell'avente diritto sia avvenuto per intervento chirurgico, infortunio, parto, infarto miocardico acuto, vasculopatie ischemico-emorragiche cerebrali.

Sono esclusi i casi di ricovero in regime di day hospital, di lungodegenza o per emodialisi.

Al socio, nel caso di ricovero di un suo avente diritto, il sussidio spetta per un periodo massimo di 180 giorni nell'anno solare.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- 1) *Certificato di dimissione in originale dell'Unità operativa (reparto) dell'Ospedale dal quale risulti la data di ingresso, quella di dimissione e la diagnosi*
- 2) *Per i soci con meno di tre anni di iscrizione è obbligatoria la cartella clinica (completa di anamnesi)*

1.2. Degenze in ricovero diurno con intervento chirurgico

Al socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto sia ricoverato in una struttura ospedaliera in regime di ricovero diurno con intervento chirurgico, anche se preceduto da un singolo pernottamento ospedaliero, spetta un sussidio forfettario come di seguito specificato:

- a) euro 100,00 (cento/00) per il ricovero del socio;
- b) euro 50,00 (cinquanta/00) per il ricovero dell'avente diritto

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. Cure oncologiche

Al socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto sia sottoposto al trattamento di cure radianti e/o chemioterapiche in forma ambulatoriale o di degenza in day hospital, spetta il sussidio, per ogni giorno di trattamento, nelle seguenti misure:

- a) euro 25,00 (venticinque/00) per il socio;
- b) euro 25,00 (venticinque/00) per l'avente diritto. Al socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto sia ricoverato in una struttura ospedaliera in regime di ricovero

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.*

1.4. Retta giornaliera per camere a pagamento

Al socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto sia ricoverato in una struttura ospedaliera e che abbia sostenuto delle spese per la retta di degenza in camera a pagamento, dopo i primi due giorni consecutivi di ricovero spetta un rimborso massimo giornaliero, nelle seguenti misure:

- a) euro 60,00 (sessanta/00) per il socio;

2

Società Nazionale di Mutuo Soccorso Cesare Pozzo ETS

Via San Gregorio 48 - 20124 Milano | Tel. 02/66726.1 | Fax 02/66726313 | C. Fiscale: 80074030158

Albo società cooperative n° C100040 | infocenter@mutuacesarepozzo.it - www.mutuacesarepozzo.org

b) euro 30,00 (trenta/00) per l'avente diritto.

Il rimborso viene erogato purché il ricovero del socio o del suo avente diritto sia avvenuto per intervento chirurgico, infortunio, parto, infarto miocardico acuto, vasculopatie ischemico-emorragiche cerebrali e comunque per un massimo di trenta giorni nell'anno solare per nucleo familiare.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- 1) Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ ricevuta fiscale") contenente:
 - a. Indicazioni dell'assistito (socio o familiare avente diritto).
 - 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.

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 a infortunio.

2. INTERVENTI CHIRURGICI SUSSIDIABILI

2.1. Assistenza di ricovero ospedaliero

Al socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto sia sottoposto a intervento chirurgico sussidiabile, compreso tassativamente nell'Elenco e Tariffario (Allegato A), spetta un sussidio fino alla concorrenza della somma indicata nell'Elenco e Tariffario (Allegato A), per il rimborso delle spese sanitarie effettivamente sostenute e documentate relative a:

- a) onorari dei chirurghi, degli anestesisti e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
- b) diritti di sala operatoria;
- c) materiale di intervento, compresi i trattamenti terapeutici e gli apparecchi protesici usati durante l'intervento;
- d) retta di degenza;
- e) assistenza medica e infermieristica, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati durante il periodo di ricovero relativo all'intervento subito;
- f) accertamenti diagnostici, esami di laboratorio e visite specialistiche, 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).

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 – Interventi chirurgici sussidiabili), 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.

In strutture sanitarie convenzionate, con presa in carico in forma diretta da parte della Società il rimborso massimo di euro 10.000,00 (diecimila/00) è elevato a euro 15.000,00 (quindicimila/00) per tutti gli interventi e per ogni evento.

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

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

2.3. Assistenza ricovero ospedaliero

Al socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto 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 2.1, il socio potrà richiedere l'assistenza ricovero ospedaliero.

2.4. Età minima degli aventi diritto

Nel caso in cui l'intervento chirurgico sussidiabile si sia reso necessario per gli aventi diritto del socio di cui alla lettera b) del punto 2.1 del Regolamento applicativo - in deroga alla predetta norma - non si tiene conto del limite di età fissato a 30 giorni dalla nascita.

2.5. 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).

2.6. 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 è dovuto a infortunio.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

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

AREA ASSISTENZA DOMICILIARE SANITARIA

3. ASSISTENZA DOMICILIARE SANITARIA PER MALATI NEOPLASTICI TERMINALI

3.1. Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, ovvero ai suoi beneficiari o agli eredi legittimi, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto, sia affetto da neoplasie maligne, viene riconosciuto un sussidio fino a un massimo di euro 2.000,00 (duemila/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.

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 sostenute negli ultimi sei mesi di vita del mandato
- 2) Certificato medico attestante la malattia neoplastica terminale

4. ASSISTENZA SANITARIA DOMICILIARE

4.1. Diritto al sussidio e suo importo

Al socio nel caso in cui egli stesso o un suo familiare avente diritto 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 a un massimo di euro 1.000,00 (mille/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/o da infermieri e/o da fisioterapisti specializzati:

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

Il sussidio verrà liquidato solo se tutte le spese sostenute saranno dettagliatamente documentate, in regola con la normativa fiscale vigente e riconducibili alla patologia in atto. Il rimborso spetta per terapie effettuate entro 365 giorni dall'evento.

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 (socio o familiare avente diritto).
 - 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) Documentazione attestante la tipologia di malattia e il tipo di trattamento effettuato, con la descrizione completa delle prestazioni da eseguire e della necessità che le stesse siano effettuate a domicilio

AREA TERAPIE

5. CICLI DI TERAPIE

5.1. Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto necessiti di cicli di cure riabilitative a seguito di ricovero con intervento chirurgico o infortunio, è riconosciuto un sussidio pari al:

- a) rimborso del 100% del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket);
- b) 50% del documento fiscale con un massimo di euro 40,00 (quaranta/00), se i cicli di cure terapeutiche sono effettuati in libera professione intramurale o privatamente.

Il sussidio viene corrisposto una sola volta per ogni ricovero con intervento chirurgico o infortunio, con un massimo di tre cicli nell'anno solare.

5.2. Periodo di carenza

Società Nazionale di Mutuo Soccorso Cesare Pozzo ETS

Via San Gregorio 48 - 20124 Milano | Tel. 02/66726.1 | Fax 02/66726313 | C. Fiscale: 80074030158

Albo società cooperative n° C100040 | infocenter@mutuacesarepozzo.it - www.mutuacesarepozzo.org

Per acquisire il diritto al sussidio, il periodo di carenza è di 120 giorni a decorrere dalla data di iscrizione. Tale periodo è ridotto a 30 giorni in caso di infortunio

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- 1) Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, fattura/ ricevuta fiscale) contenente:
 - a. Indicazioni dell'assistito (Socio o familiare avente diritto).
 - 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) 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 di dimissione in originale dell'Unità operativa (reparto) dell'Ospedale dal quale risulti la data di ingresso, quella di dimissione e l'intervento chirurgico
- 4) Certificato del Pronto Soccorso attestante l'infortunio.

AREA SPECIALISTICA

6. ALTA DIAGNOSTICA STRUMENTALE E ALTA SPECIALIZZAZIONE

6.1. Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto effettui un esame di Alta diagnostica strumentale o di Alta specializzazione, spetta - per ogni esame effettuato - un sussidio come di seguito indicato. Il sussidio è rimborsabile fino a un massimo di euro 3.000,00 (tremila/00) nell'arco dell'anno solare per nucleo familiare

6.1.1. Alta diagnostica strumentale

- a) Rimborso del 100% del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket);
- b) rimborso del 50% della spesa sostenuta nei casi di esami effettuati in regime privato o intramurale, fino a un rimborso massimo di euro 100,00 (cento/00);
- c) per esami effettuati in strutture convenzionate in forma diretta il costo a carico del socio è di euro 40,00 (quaranta/00) per esame, la parte rimanente è a carico della Società.

Ai fini del sussidio si considerano accertamenti di Alta diagnostica strumentale i seguenti esami:

- angiografia;
- risonanza magnetica nucleare (Rmn)
- scintigrafia;
- tomografia ad Emissione di Positroni (Pet)
- tomografia assiale computerizzata (Tac).

6.1.2. Alta specializzazione

- a) Rimborso del 100% del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket);
- b) rimborso del 50% della spesa sostenuta nei casi di esami effettuati in regime privato o intramurale, fino a un rimborso massimo di euro 40,00 (quaranta/00);
- c) per esami effettuati in strutture convenzionate in forma diretta il costo a carico del socio è di euro 25,00 (venticinque/00) per esame, la parte rimanente è a carico della Società.

Ai fini del sussidio si considerano accertamenti di alta specializzazione i seguenti esami:

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

6.2. 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.

6.3. Prescrizione medica

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

1.1. Prescrizione medica

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

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- 1) Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ ricevuta fiscale") contenente:
 - a. Indicazioni dell'assistito (Socio o familiare avente diritto).
 - b. Indicazioni dell'emittente (nome, cognome, residenza o domicilio, numero di partita Iva) con qualificazione professionale e specialistica.
 - c. Data di emissione.
 - d. Numero e indicazione delle singole prestazioni praticate.
 - e. Data in cui le prestazioni sono state fornite o periodi di tempo per le prestazioni di carattere continuativo.
 - f. Indicazioni di quietanzamento.
- 2) Ricevuta del ticket del Servizio Sanitario Nazionale. Qualora sulla ricevuta del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket) non sia specificata la prestazione effettuata, è obbligatorio allegare la prescrizione medica
- 3) Prescrizione del proprio medico curante contenente la descrizione della patologia.

7. VISITE SPECIALISTICHE

7.1. Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto effettui visite specialistiche, presso il Servizio Sanitario Nazionale e presso le strutture sanitarie private spetta un rimborso con le seguenti modalità:

- a) 100% del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket);
- b) nei casi di visite specialistiche effettuate in regime privato e/o libera professione intramurale, viene corrisposto il 60% della spesa fino a un massimo 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 nelle specializzazioni di Oncologia, Ostetricia e Ginecologia

8. ESAMI DIAGNOSTICI STRUMENTALI

8.1. Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto effettui un esame diagnostico strumentale, spetta un rimborso, per ogni esame effettuato, con le seguenti modalità:

- a) 100% del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket);
- b) 50% in regime privato e/o libera professione intramurale fino a un massimo di euro 40,00 (quaranta/00) per esame.

9. ESAMI DI LABORATORIO

9.1. Diritto al sussidio e suo importo

Sono rimborsabili le spese sostenute dal socio o da un suo avente diritto, per esami di laboratorio effettuati presso il Servizio Sanitario Nazionale e presso le strutture sanitarie private con le seguenti modalità:

- a) 100% del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket);

b) nei casi di esami di laboratorio in regime privato e/o libera professione intramurale, viene corrisposto il 60% della spesa con un massimo di euro 40,00 (quaranta/00) per fattura

10. NORME COMUNI PER VISITE SPECIALISTICHE, ESAMI DIAGNOSTICI ED ESAMI DI LABORATORIO

10.1. Massimale

I sussidi previsti ai precedenti punti 7), 8) e 9) si intendono concessi per spese documentate sostenute dal socio fino a un massimo di euro 500,00 (cinquecento/00) nell'arco dell'anno solare per nucleo familiare.

10.2. Esclusioni

Il sussidio per i precedenti punti 7), 8) e 9) 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.

10.3. 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 (socio o familiare avente diritto).

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) 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

11. CHIRURGIA OCULISTICA

11.1. Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto effettui terapie di seguito specificate, viene corrisposto il 100% 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.

11.2. 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) Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, fattura/ ricevuta fiscale) contenente:
 - a. Indicazioni dell'assistito (socio o familiare avente diritto).
 - 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) 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. ACQUISTO LENTI PER OCCHIALI

12.1. Diritto al sussidio e suo importo

Sono rimborsabili al 50% le spese sostenute dal socio o da un suo avente diritto, per l'acquisto di due lenti per occhiali da vista o due lenti a contatto con un contributo massimo di euro 150,00 (centocinquanta/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 spetta non più di una volta ogni quattro anni solari fatto salvo quando previsto dal successivo capoverso.

Il sussidio spetta comunque non più di una volta nell'anno solare per gli aventi diritto con età inferiore a dodici anni e non più di una volta ogni due anni solari in tutti gli altri casi; successivamente alla prima volta il contributo spetta a condizione, accertata dal medico specialista o dall'ottico optometrista, che sia intervenuta una variazione dello stato dell'apparato visivo.

Il sussidio non è concesso per lenti a contatto usa e getta.

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

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- 1) Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, fattura/ ricevuta fiscale) contenente:
 - a. Indicazioni dell'assistito (socio o familiare avente diritto).
 - 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).

13. PROTESI O PRESIDII SANITARI

13.1. Diritto al sussidio e suo importo

Viene corrisposto il 50% del documento fiscale con un massimo di euro 400,00 (quattrocento/00) nell'anno solare, per le spese sostenute dal socio o da un suo avente diritto per il ripristino della funzionalità fisica, per correzione di menomazioni fisiche per i presidi sanitari e le protesi di seguito elencati:

- a) apparecchi ortopedici per arto inferiore: docce, stecche, staffe, divaricatori, tutori per caviglia, tutori per gamba, tutori per ginocchia, tutori per anca;
- b) apparecchi ortopedici per arto superiore: docce, tutori;
- c) apparecchi ortopedici per il tronco: corsetti, busti, reggispolle, collari, minerve;

Società Nazionale di Mutuo Soccorso Cesare Pozzo ETS

Via San Gregorio 48 - 20124 Milano | Tel. 02/66726.1 | Fax 02/66726313 | C. Fiscale: 80074030158

Albo società cooperative n° C100040 | infocenter@mutuacesarepozzo.it - www.mutuacesarepozzo.org

- d) protesi di arto inferiore tradizionale o modulare, funzionali ad energia corporea;
- e) protesi di arto superiore: estetiche di tipo tradizionale o modulare, funzionali ad energia corporea;
- f) presidi per la deambulazione: stampelle, tripode, quadripode, stabilizzatore per statica in postura eretta, stabilizzatore per statica in postura supina;
- g) presidi per la mobilità: carrozzina pieghevole con manubrio di spinta per prevalente uso interno, carrozzina pieghevole con telaio stabilizzato, carrozzina di transito;
- h) protesi acustiche;
- i) protesi per laringectomizzati: cannula tracheale in plastica o metallo, due nell'anno solare;
- l) protesi fisiognomiche: protesi mammaria esterna, provvisoria o definitiva;
- m) protesi oculare;
- n) plantari

13.2. Esclusioni

Sono escluse dal rimborso le spese per le eventuali parti aggiuntive, le riparazioni, le pile per il funzionamento e i materiali d'uso.

Sono parimenti escluse le protesi per odontoiatria, ortodonzia e comunque ogni forma di protesi di tipo odontoiatrico e di tipo estetico.

13.3. Periodo di carenza

Per acquisire il diritto ai sussidi, il periodo di carenza è di 120 giorni a decorrere dal primo giorno del mese successivo al versamento del primo contributo associativo.

Per le protesi acustiche il periodo di carenza è elevato a 730 giorni decorrente sempre a norma del precedente capoverso.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

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

- a. Indicazioni dell'assistito (socio o familiare avente diritto).
- 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) 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 di prescrizione del medico specialista che indichi la patologia

AREA ODONTOIATRICA

14. PREVENZIONE

14.1. Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto, richiama prestazioni odontoiatriche di prevenzione presso Studi dentistici convenzionati previa prenotazione, CesarePozzo provvede al pagamento diretto delle relative spese sostenute se il socio ha preventivamente attivato la presa in carico contattando Infocenter.

Ai fini del sussidio sono previste le seguenti prestazioni odontoiatriche:

- ablazione del tartaro
- visita specialistica odontoiatrica

Le prestazioni devono essere effettuate in unica soluzione.

Il sussidio è previsto una volta per anno solare per nucleo familiare.

14.2. Periodo di carenza

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

15. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE A SEGUITO DI INFORTUNIO

15.1. 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 di 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.

1.1. 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 (socio o familiare avente diritto).
- 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) 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 di Pronto soccorso che attesti l'infortunio.

16. CUMULABILITÀ DEI SUSSIDI

16.1. Cumulabilità

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

17. MASSIMALI PER ISCRIZIONI DURANTE L'ANNO SOLARE

17.1. Massimali

Tutti i massimali si intendono per iscrizioni complete per anno solare. Per le iscrizioni avvenute durante il corso dell'anno solare, in cui non viene versato il contributo associativo per l'intera annualità, tutti i massimali della forma di assistenza sono rapportati alle frazioni di mesi per i quali è stato versato il contributo.

NORME GENERALI

IMPOSTA DI BOLLO SU RICEVUTE MEDICHE

Ogni esemplare di fattura, nota, ricevuta, quietanza o simile documento, non soggetto a IVA, rilasciato per un importo pari o superiore a euro 77,47 deve essere assoggettato a imposta di bollo nella misura in vigore mediante applicazione di marche da bollo a punzone.

Pertanto, ai fini dell'accettazione della documentazione per il rimborso da parte della Mutua, il socio ha l'obbligo di presentazione di fatture o documenti equivalenti ricevuti, regolarmente assoggettati a imposta di bollo, comunque non rimborsata dalla Società.

TRADUZIONE DEI DOCUMENTI IN LINGUA STRANIERA

Nei casi in cui è obbligatorio allegare la traduzione - secondo le modalità di cui all'art.5.7 del Regolamento applicativo - di documenti scritti in lingua straniera, allegando la ricevuta fiscale, ne verrà rimborsato il costo fino a un massimo di 30 euro per ogni sussidio richiesto.

DOCUMENTAZIONE

La Società può richiedere al socio o direttamente agli enti competenti tutta la documentazione che riterrà opportuna, a conferma della validità del sussidio richiesto.

CARTELLA CLINICA

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

Allegato A

Interventi chirurgici sussidiabili

Elenco e tariffario

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

Ai fini del sussidio si considerano i seguenti interventi:

CHIRURGIA GENERALE

Collo

- A02 Tiroidectomia totale
- A04 Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale bilaterale
- A05 Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale monolaterale
- A99 Gozzo retrosternale con mediastinotomia

Mammella

- A06 Mastectomia radicale, qualsiasi tecnica, con linfadenectomie associate
- A57 Mastectomia semplice totale con eventuali linfadenectomie
- A49 Ricostruzione mammaria postmastectomia radicale o semplice per cancro, comprensivo di protesi
- A48 Quadrantectomia con linfadenectomie associate (anche in ricoveri diversi), con eventuale rimodellamento mammario
- A89 Quadrantectomia per neoplasie, con eventuale rimodellamento mammario

Esofago, stomaco, colon e peritoneo

- A09 Esofagectomia totale con esofagoplastica, in un tempo, con eventuale linfadenectomia
- A10 Esofago cervicale, resezione con esofagostomia
- A12 Esofagogastropastica, esofagodigiunoplastica, esofagocolonoplastica, sostitutiva o palliativa
- A59 Esofago, resezione parziale o totale con esofagostomia
- A15 Megaesofago
- A60 Megaesofago, reintervento
- A17 Gastrectomia totale con eventuale linfadenectomia
- A22 Emicolectomia dx
- A23 Emicolectomia sx ed eventuale colostomia (Hartmann e altre)
- A67 Colectomia segmentaria con eventuale stomia
- A62 Gastrectomia parziale, con eventuale linfadenectomia
- A63 By-pass intestinali per il trattamento dell'obesità patologica
- A18 Fistola gastrodigiunocolica
- A20 Colectomie totali con eventuale stomia
- A28 Amputazione addominoperineale sec. Miles, trattamento completo
- A24 Megacolon
- A29 Exeresi di tumore retroperitoneale
- A52 Reinterventi addominali, di qualunque tipo, per ripetizioni di neoplasie comprese nel presente elenco
- A31 Deconnessione azygosportale per via addominale

Pancreas e milza

- A35 Derivazione pancreatico-Wirsung digestive
- A36 Cefaloduodenopancreasectomia compresa eventuale linfadenectomia
- A37 Neoplasie del pancreas endocrino
- A38 Pancreatectomia sinistra compresa splenectomia ed eventuale linfadenectomia
- A39 Pancreatectomia totale con eventuale linfadenectomia
- A94 Pancreasectomia sinistra senza splenectomia
- A40 Pancreatite acuta, intervento demolitivo

Società Nazionale di Mutuo Soccorso Cesare Pozzo ETS

Via San Gregorio 48 - 20124 Milano | Tel. 02/66726.1 | Fax 02/66726313 | C. Fiscale: 80074030158
Albo società cooperative n° C100040 | infocenter@mutuacesarepozzo.it - www.mutuacesarepozzo.org

A41 Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche conseguenti ad altri interventi
A50 Resezione gastroduodenale

Fegato e vie biliari

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

CHIRURGIA TORACOPOLMONARE

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

GINECOLOGIA

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

NEUROCHIRURGIA

E05 Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali per via endocranica
E14 Neoplasie della base cranica, intervento per via transorale
E04 Interventi di cranioplastica
E16 Ipofisi, intervento per neoplasie per via transfenoidale
E03 Neoplasie orbitali
E18 Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
E21 Mielomeningocele
E25 Craniotomia per ematoma extradurale
E06 Craniotomia per neoplasie cerebellari, anche basali
E26 Craniotomia a scopo decompressivo o esplorativo

OCULISTICA

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

OTORINOLARINGOIATRIA

A80 Lingua e pavimento orale, intervento di asportazione di neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale
A81 Lingua, pavimento orale, ghiandole sottomascellari, intervento di asportazione di neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale
A83 Mascellare superiore, resezione per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
G04 Neurinoma dell'ottavo paio di nervi cranici
G05 Neoplasie maligne dell'orecchio
G09 Interventi su bocca, faringe, laringe per patologie oncologiche maligne

G10 Laringectomia totale o parziale con svuotamento laterocervicale bilaterale
G12 Otosclerosi, intervento completo
G14 Neoplasia glomico timpano-giugulari (incidenza 0,3% sulla popolazione)

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

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

UROLOGIA

Rene e surrene

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

Vescica

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

Prostata

H24 Prostatectomia radicale con o senza linfadenectomie

Apparato genitale maschile

H14 Orchiectomia monobilaterale

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

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

CHIRURGIA MAXILLOFACCIALE

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

TRAPIANTI DI ORGANO

M01 Tutti