

DISPOSIZIONI OPERATIVE

(Valide per le forme di assistenza se e in quanto previste dal Piano sanitario)

N. B. Si richiama l'attenzione sull'art.16 del Regolamento che prevede che la documentazione relativa alla richiesta di rimborso **deve pervenire agli uffici del Fondo non oltre tre mesi** dalla data di dimissioni dall'Istituto di cura o di effettuazione delle prestazioni. Il mancato invio della documentazione suddetta nei termini indicati, costituisce **causa di decadenza del diritto al conseguimento dei rimborsi.**

Documentazione richiesta per i rimborsi, gli elementi essenziali sono:

- **se trattasi di visite specialistiche:** referto del medico specialista con diagnosi circostanziata, timbro, firma, data e copia della ricevuta fiscale del medico specialista. Le visite specialistiche sono rimborsabili qualora dalla documentazione risulti inequivocabilmente il titolo accademico di specializzazione del medico. Nessun rimborso è previsto per le prestazioni di medicina generica che comprendono, tra l'altro, le visite, le iniezioni, le fleboclisi, le vaccinazioni etc.
- **se trattasi di accertamenti diagnostici:** richiesta medica con diagnosi circostanziata, o eventuale copia dei referti degli accertamenti diagnostici e copia della fattura/ricevuta fiscale con timbro, firma e data.
- **se trattasi di cure di fisiokinesiterapia:** richiesta medica con diagnosi circostanziata, indicazione del tipo di terapia e del numero di sedute prescritte, cartella clinica con descrizione analitica, relativa all'evento di riferimento, emessa dalla struttura con timbro, firma e data, copia della fattura/ricevuta fiscale, con timbro, firma e data. La prestazione conseguente deve essere praticata da professionisti regolarmente abilitati alla pratica della fisiokinesiterapia o, nel caso di terapie praticate nei centri abilitati, che questi siano autorizzati dalle Autorità competenti

N.B. Le tariffe previste nel Nomenclatore/Tariffario sono comprensive anche del materiale d'uso e dei medicinali.

INTERVENTI CHIRURGICI E RICOVERI IN GENERE

Si intendono per tali qualsiasi atto medico, cruento e non, manuale o strumentale eseguito a fini terapeutici.

La tariffa prevista per le singole voci è omnicomprensiva delle prestazioni dell'operatore, degli aiuti, degli assistenti, dell'anestesista e dell'intera equipe chirurgica, durante tutto il ricovero fino alle dimissioni dall'Istituto di cura. È da conteggiare a parte la sala operatoria, le rette di degenza ed i medicinali e materiali usati per l'intervento tenendo presente che non sono previsti rimborsi per diritti di segreteria e amministrativi, spese di rilascio della cartella clinica, V.H.S., C.D., D.V.D.

N.B. In caso di interventi chirurgici concomitanti e contemporanei, anche se la via di accesso è diversa ma eseguiti nella stessa seduta operatoria, viene applicata, nei limiti della spesa

FONDO TRE ESSE

Sede Legale: Via degli Scipioni 6 · 20129 Milano

Direzione Operativa: Foro Buonaparte 12 · 20121 Milano

Tel:+39 02 8901 1031 - E-mail: fondosanitariotreesse@pec.it – Internet: www.fondotreesse.it

Reg. Imp. C.F. e P.Iva 97630630156 – Isc. Anagrafe dei Fondi Sanitari n° 97630630156

sostenuta, la tariffa prevista per l'intervento principale mentre per l'altro o gli altri, la relativa tariffa si rimborsa al 50% di quanto la stessa preveda.

Documentazione richiesta per i rimborsi, gli elementi essenziali sono:

- **se trattasi di ricovero in DAY HOSPITAL per terapie ed accertamenti diagnostici (escluso sempre il check-up di medicina preventiva):** richiesta medica con diagnosi certa e circostanziata ed indicazione della terapia e degli accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio necessari, copia della cartella clinica della struttura sanitaria autorizzata completa in tutte le sue parti e copia della fattura/ricevuta fiscale con timbro, firma e data.
- **se trattasi di interventi chirurgici effettuati in DAY SURGERY (senza ricovero notturno):** richiesta medica con diagnosi circostanziata, copia della cartella clinica della struttura sanitaria autorizzata completa in tutte le sue parti e copia della fattura/ricevuta fiscale con timbro, firma e data.
- **se trattasi di ricoveri con degenza notturna con o senza intervento chirurgico:** richiesta medica con diagnosi circostanziata, copia della cartella clinica della struttura sanitaria autorizzata completa in tutte le sue parti e copia della fattura/ricevuta fiscale con timbro, firma e data.
- **se trattasi di interventi ambulatoriali:** richiesta medica con diagnosi circostanziata, copia dell'atto operatorio redatto dal sanitario che l'ha effettuato e copia della fattura con timbro, firma e data
- **se trattasi di prestazioni conseguenti ad infortunio:** richiesta documentata da verbale di un Pronto Soccorso pubblico indicante la causa dell'evento stesso.
- **l'eventuale richiesta della "Diaria giornaliera sostitutiva",** dovrà essere accompagnata dalla copia della cartella clinica rilasciata dalla struttura sanitaria di cui al ricovero, completa in tutte le sue parti.
- **I ticket** sono rimborsati nei limiti del massimale e delle prestazioni previste dal Piano sanitario sottoscritto al netto di marche da bollo.

Per gli eventi morbosi verificatisi fuori dal territorio nazionale e curati in forma indiretta, valgono le stesse regole sopra descritte