

Piano Sanitario B/R *Integrativo Enpaf Dental*



Per tutte le prestazioni previste dal Piano Sanitario
La invitiamo a recapitare le richieste di rimborso
all'indirizzo di posta elettronica documenti@mutuatreesse.it

oppure per posta prioritaria:

*c/o Mutua Tre Esse
c.a. Ufficio Liquidazioni
Foro Buonaparte, 12
20121 Milano (MI)*

Inoltre abbiamo il piacere di informare che, è possibile
l'accesso on-line all'area riservata sul nostro sito
www.mutuatreesse.it/accedi/ per usufruire di una serie
di servizi come, comunicazioni di variazione dati anagrafici,
caricamento e verifica dello stato di avanzamento
delle richieste di rimborso.

Riservato agli iscritti all'ENPAF e loro familiari.
Le prestazioni previste nel presente Piano Sanitario sono integrative a quelle erogate dalla copertura automatica A per iscritti ENPAF tramite EMAPI.

*Pertanto sono escluse le prestazioni relative a:
i Grandi Interventi Chirurgici e ai Gravi Eventi Morbosi*

SOMMARIO

A. VISITE SPECIALISTICHE

B. ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

C. CURE AMBULATORIALI ED ESAMI DI LABORATORIO

D. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI

E. APPARECCHI PROTESICI ED AUSILIARI SANITARI

F. RICOVERI

- F.1. Ricoveri con intervento chirurgico
- F.2. Ricoveri senza intervento chirurgico
- F.3. Stato di gravidanza e parto
- F.4. Interventi con applicazione e/o rimozione di protesi
- F.5. Ricoveri in DH ed Interventi ambulatoriali
- F.6. Trattamenti oncologici
- F.7. Rimborso spese per accompagnatore
- F.8. Trasporto sanitario
- F.9. Indennità sostitutiva

G. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

H. ESCLUSIONI

I. GLOSSARIO

Le prestazioni sono valide in tutto il mondo solo per viaggi e permanenze temporanee (escluso soggiorni per lavoro) ma con il limite massimo di € 50.000 per la permanenza nei Paesi USA e Canada.

Il limite massimo disponibile per anno e per singolo assistito, è di **€ 200.000,00** salvo i sotto-limiti delle prestazioni, ove previsti.

Per tutte le informazioni non esiti a contattarci
al numero 02.89011031

dalle 9.00 alle 13.00 dal lunedì al venerdì

Per tutte le **prestazioni in assistenza diretta**
contatta preventivamente Blue Assistance

Numero Verde 800.010.008

e dall'estero: **+ 39-.117417417**

dalle 8.00 alle 18.00 dal lunedì al venerdì
dalle 8.00 alle 12.00 il sabato

A – VISITE SPECIALISTICHE in assistenza indiretta

Sono riconosciute tutte le visite specialistiche, (purché effettuate da un medico iscritto all'Albo professionale) fatta eccezione per le visite:

- psichiatriche
- psicologiche
- odontoiatriche, gnatologiche e ortodontiche
- dietologiche e nutrizioniste
- di medicina cosiddetta "alternativa" con l'eccezione delle omeopatiche
- medico sportive e medico-legali nonché tutte quelle effettuate per il rilascio di certificazioni.
- prestazioni di controllo di routine che non siano prescritte da medico specialista con indicazione della motivazione o della diagnosi ancorché presunta;

Il rimborso massimo per ciascuna visita è stabilito in **€ 100,00**.

Relativamente alle prestazioni ammesse, sono inoltre rimborsabili, entro il limite massimo sotto indicato, le spese sostenute a titolo di ticket per l'assistenza prestata dal Servizio Sanitario Nazionale.

Nessun rimborso è previsto per le prestazioni di medicina generica (che comprendono, tra l'altro, le visite, le iniezioni, le fleboclisi, le vaccinazioni, ecc.)

► **Il limite massimo di spesa è di € 600,00 per anno e per persona**

B – ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI in assistenza indiretta

Sono rimborsabili, secondo le modalità e i limiti previsti dal Nomenclatore/Tariffario della Mutua Tre Esse in vigore, gli accertamenti diagnostici in esso previsti.

Relativamente alle prestazioni ammesse, sono rimborsabili inoltre, nei limiti del massimo sotto indicato, le spese sostenute e documentate dall'assistito a titolo di ticket per prestazioni effettuate dal Servizio Sanitario Nazionale.

Non sono previste le prestazioni di controllo di routine che non siano prescritte da medico specialista con indicazione della motivazione o della diagnosi ancorché presunta.

► **Il limite massimo di spesa è di € 2.500,00 per anno e per persona**

C – CURE AMBULATORIALI E ESAMI DI LABORATORIO in assistenza indiretta

Sono rimborsabili al 50% le spese sostenute per le seguenti prestazioni sanitarie:

Esami di laboratorio

1. Terapie antalgiche previste nel Nomenclatore/tariffario compresa agopuntura e infiltrazioni articolari (farmaco incluso)

Relativamente alle prestazioni ammesse, sono rimborsabili inoltre, nei limiti del massimo sotto indicato, le spese sostenute e documentate dall'assistito a titolo di ticket per prestazioni effettuate dal Servizio Sanitario Nazionale.

Non sono previste le prestazioni di controllo di routine che non siano prescritte da medico specialista con indicazione della motivazione o della diagnosi ancorché presunta.

► **Il limite massimo di spesa è di € 1.000,00 per anno e per persona**

D - TRATTAMENTI FISIOTERAPICI in assistenza indiretta

Sono rimborsabili i trattamenti fisioterapici previsti dal Nomenclatore/Tariffario, necessari per la riabilitazione:

- a seguito di interventi chirurgici
- a seguito di ricovero senza intervento chirurgico
- in conseguenza di infortunio purché l'evento sia documentato da referto medico rilasciato da un Pronto Soccorso

Tali trattamenti devono essere giustificati da prescrizione medica con l'indicazione della terapia da seguire e con la specifica indicazione del numero di sedute necessarie. Tale prestazione è valida per i trattamenti che siano effettuati entro 1 anno dal giorno del verificarsi dell'infortunio, da quello in cui è stato eseguito l'intervento chirurgico o dal giorno di dimissioni dal ricovero senza intervento chirurgico.

Il rimborso viene effettuato nella misura forfettaria del 50% delle spese sostenute e documentate.

Relativamente alle prestazioni ammesse e nel limite del massimo sotto indicato, sono rimborsabili le spese sostenute a titolo di ticket per l'assistenza prestata dal Servizio Sanitario Nazionale.

► Il limite massimo di spesa è di € 3.000,00 per anno e per persona

E – APPARECCHI PROTESICI ED AUSILI SANITARI in assistenza indiretta

Sono rimborsabili i presidi e le protesi indicati nel Nomenclatore/Tariffario, edizione in corso, nei limiti in esso indicati.

Le protesi acustiche, mono e bilaterali, sono rimborsate con il limite massimo di una volta ogni 2 anni

Non sono rimborsabili:

- le lenti per la correzione di difetti visivi
- le cure, protesi ed i presidi odontoiatrici e ortodontici, fatta eccezione di quelle a scopo ricostruttivo a seguito di infortunio solo se documentato da verbale di Pronto Soccorso ed entro il limite massimo di 1 anno dall'evento e/o dal giorno in cui è stato eseguito il primo intervento chirurgico.
- le ortesi plantari

Nei limiti delle prestazioni ammesse e del massimale sotto indicato, sono rimborsabili le spese sostenute a titolo di ticket per l'assistenza prestata dal Servizio Sanitario Nazionale.

► Il limite massimo di spesa è di € 1.550,00 per anno e per persona

F – RICOVERI in degenza notturna CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO, Day Hospital, Day Surgery e Interventi Ambulatoriali in assistenza diretta e indiretta

Modalità: (da applicare a tutto il settore F)

Assistenza indiretta (fuori Rete) valida in tutto il mondo solo per viaggi e permanenze temporanee (escluso soggiorni per lavoro) ma con il limite massimo di € 50.000 per la permanenza nei Paesi USA e Canada.

Le spese sanitarie sostenute dal Socio vengono rimborsate nei limiti massimi indicati dal Nomenclatore/ Tariffario e comunque nell'ambito del massimale annuo e delle modalità previste dal presente Piano Sanitario.

Assistenza diretta (valida solo sul territorio nazionale)

Qualora il Socio, **in caso di necessità di Ricovero con degenza notturna, di Day Hospital, di Day Surgery e interventi ambulatoriali** decida di avvalersi dell'assistenza diretta presso le strutture convenzionate e dell'opera di medici convenzionati con la Mutua, dovrà rivolgersi preventivamente al numero verde del **Contact Center di Blue Assistance - 800.010.008** – si potranno realizzare le seguenti fattispecie:

Struttura convenzionata ed equipe medica convenzionata

Mutua Tre Esse provvederà a pagare direttamente alle strutture e ai medici convenzionati i costi effettivamente sostenuti per le prestazioni sanitarie erogate, entro il massimale annuo e con i limiti giornalieri previsti dal Piano Sanitario previa applicazione di uno **scoperto del 10%** che resta a carico dell'assistito.

Soci di età superiore ai 75 anni

Mutua Tre Esse provvederà a pagare direttamente alle strutture e ai medici convenzionati i costi sostenuti per le prestazioni sanitarie erogate, previa applicazione di uno **scoperto del 25%** (invece che il 10%) che resta a carico dell'assistito.

Ricoveri con modalità DRG

Qualora nella documentazione di spesa relativa al ricovero venga indicato un importo con modalità DRG, tale importo verrà rimborsato come segue:

- ricovero con intervento chirurgico

la voce riportata dal Nomenclatore/Tariffario relativamente all'intervento chirurgico di cui trattasi, verrà maggiorata nella misura del 30% e, comunque, non oltre l'importo della fattura stessa.

- ricovero senza intervento chirurgico

la voce di spesa indicata nella fattura come DRG verrà rimborsata nella misura forfettaria del 60% dell'importo esposto.

Per tutte le informazioni non esiti a contattarci

al numero 02.89011031

dalle 9.00 alle 13.00 dal lunedì al venerdì

Per tutte le **prestazioni in assistenza diretta**

contatta preventivamente Blue Assistance

Numero Verde 800.010.008

e dall'estero: **+ 39-.117417417**

dalle 8.00 alle 18.00 dal lunedì al venerdì

dalle 8.00 alle 12.00 il sabato

F1 – RICOVERI CON INTERVENTO CHIRURGICO

Sono rimborsabili le spese sostenute fino alla concorrenza del massimale per un massimo di giorni 20 di ricovero, elevabile a 30 giorni in caso di secondo intervento concomitante o di una complicanza sopravvenuta e certificata dai sanitari della struttura, per:

SPESE INTRA RICOVERO

1. Gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti di sala operatoria; medicinali, materiali di intervento, le endoprotesi
2. L'assistenza medica, terapie in genere, le visite, gli accertamenti diagnostici in base al Nomenclatore Tariffario (se in assistenza indiretta) L'assistenza infermieristica, gli esami di laboratorio ed i trattamenti fisioterapici rieducativi forfettariamente al 50% delle spese sostenute (se in assistenza indiretta).
3. Le rette di degenza
4. Il trapianto, prelievo, impianto ed espianto di organi o parte di essi, il loro trasporto, il ricovero per accertamenti diagnostici, l'assistenza medica ed infermieristica, l'intervento chirurgico, le cure, i medicinali e le rette di degenza anche relative al donatore.

SPESE PRE E POST RICOVERO

5. Le visite specialistiche, gli accertamenti diagnostici e gli esami di laboratorio, compresi gli onorari medici, effettuati nei 30 giorni precedenti il ricovero e nei 60 giorni successivi alle dimissioni dall'istituto di cura.
6. I trattamenti riabilitativi (effettuati in regime di ricovero presso altre strutture purché immediatamente successivi all'intervento) sono rimborsabili entro un massimo di 15 giorni, in assistenza diretta e/o indiretta
7. Nel limite dei 90 giorni successivi sono rimborsabili anche i presidi ortopedici, le spese per medicazioni, rimozione di gessi purché prescritti e resi necessari dall'intervento chirurgico.

Le prestazioni di cui ai punti 5) e 7), sono rimborsate solo in assistenza indiretta, nella misura forfettaria del 50%.

Sono peraltro esclusi i Ricoveri per stato di gravidanza e parto perché disciplinati al settore **F3**

F2 – RICOVERI SENZA INTERVENTO CHIRURGICO

Sono rimborsabili le spese sostenute fino alla concorrenza del massimale, per un massimo di giorni 20 di ricovero per:

SPESE INTRA RICOVERO

1. L'assistenza medica, terapie, le visite, gli accertamenti diagnostici, materiali e medicinali, in base al Nomenclatore tariffario (se in assistenza indiretta).
2. L'assistenza infermieristica e gli esami di laboratorio forfettariamente al 50% delle spese sostenute (se in assistenza indiretta).
3. Le rette di degenza che vengono rimborsate con le seguenti modalità:
fino a 20 notti; superati i limiti di notti di degenza sopra esposti si considerano convenzionalmente cronicizzate le patologie che hanno determinato il ricovero. In tal caso, dalla 21a notte in poi per i ricoveri senza intervento chirurgico, si riconosce un sussidio forfettario di € 50,00 per ogni notte, con un limite massimo di tre mesi, onnicomprensivo di qualsiasi spesa sostenuta.

SPESE PRE E POST RICOVERO

4. Le visite specialistiche, gli accertamenti diagnostici e gli esami di laboratorio, compresi gli onorari medici, effettuati nei 30 giorni precedenti il ricovero e nei 60 giorni successivi alle dimissioni dall'istituto di cura, sono rimborsate solo in assistenza indiretta nella misura del 50%.

Ferme le prestazioni qui elencate, la garanzia viene erogata come disposto al capitolo "modalità di fruizione", a seconda se trattasi di assistenza diretta o indiretta.

Sono esclusi i trattamenti oncologici in quanto disciplinati al successivo settore F.5

F3 - STATO DI GRAVIDANZA E PARTO

Aborto spontaneo, terapeutico e volontario, parto naturale, parto cesareo e patologie della gravidanza

Sono rimborsate le spese sostenute per l'aborto spontaneo, l'aborto terapeutico e/o volontario (purché effettuato a termini di legge), il parto naturale anche complicato, il parto cesareo e ogni patologia della gravidanza, fino alla concorrenza del massimo sotto riportato. Entro tale massimo, sono compresi gli accertamenti diagnostici, le visite specialistiche e quant'altro inerente e reso necessario dallo stato di gravidanza, dal concepimento al parto. Qualora il Socio si avvallesse del S.S.N. e non venisse richiesto alcun rimborso per spese effettuate durante il ricovero verrà corrisposto una indennità sostitutiva di € 150,00 per ogni notte di degenza con il massimo di 30 notti per evento.

La presente prestazione ha effetto solo se lo stato di gravidanza è insorto almeno 12 mesi dopo la data di iscrizione alla Mutua.

► Il limite massimo di spesa è di € 10.000,00 per anno e per persona, in assistenza diretta e indiretta

F4 - RICOVERI in Day Hospital – RICOVERI in Day Surgery – INTERVENTI ambulatoriali

Sono rimborsate le spese sostenute, per:

1. Le terapie medico/farmaceutiche, (escluso le terapie oncologiche disciplinate a parte al settore F.7), esami di laboratorio e accertamenti diagnostici (solo se finalizzati alle terapie) effettuati in Day Hospital, nella misura forfettaria del 50% dell'importo fatturato, se in assistenza indiretta.
2. Gli interventi chirurgici eseguiti in Day Surgery, ovvero senza ricovero notturno, e/o in Ambulatorio, entro i limiti previsti dal Nomenclatore/Tariffario se in assistenza indiretta
3. Le rette di degenza con il massimo di € 100,00 per giorno in assistenza indiretta
4. Le visite specialistiche, gli accertamenti diagnostici e gli esami di laboratorio, compresi gli onorari medici, effettuati nei 30 giorni precedenti il ricovero e nei 60 giorni successivi alle dimissioni dall'istituto di cura, sono rimborsate solo in assistenza indiretta, nella misura del 50%

N.B. Le prestazioni di cui ai punti 1, 2 e 3, se erogate in assistenza diretta, sono regolamentate dal capitolo sulle modalità di fruizione dell'assistenza diretta.

Le prestazioni descritte devono essere eseguite in Strutture Sanitarie autorizzate dalle autorità competenti e devono essere comprovate da copia della cartella clinica o, nel caso di interventi ambulatoriali, dalla copia dell'atto operatorio redatto dal sanitario che li ha effettuati.

► Il limite massimo di spesa è di € 6.500,00 per anno e per persona, in assistenza diretta e indiretta

F5 – TRATTAMENTI ONCOLOGICI effettuati in regime di ricovero diurno e/o notturno

Sono rimborsabili le spese sostenute per terapie relative a malattie oncologiche come la chemioterapia, la cobaltoterapia, la radioterapia ecc...

Qualora il Socio, per tali trattamenti, si avvallesse del Servizio Sanitario Nazionale, Mutua Tre Esse corrisponderà, a titolo di rimborso spese forfettario di locomozione, un importo di € 50,00 per ogni seduta e/o per ciascuna giornata di trattamento in caso di Day Hospital, e di € 150,00 per notte in caso di ricovero con degenza notturna, con il massimo, per ambedue le fattispecie, di 60 giorni/notti per anno.

Relativamente alle prestazioni ammesse e nel limite massimo sotto indicato, sono rimborsabili le spese sostenute a titolo di **ticket** per l'assistenza prestata dal Servizio Sanitario Nazionale.

► Il limite massimo di spesa è di € 12.000,00 per anno e per persona, in assistenza diretta e indiretta

F6 – RIMBORSO SPESE PER ACCOMPAGNATORE

Sono rimborsate le spese sostenute e documentate per vitto e pernottamento di un accompagnatore solo nel caso di ricovero con degenza notturna, con il limite di Euro 80,00 al giorno per un massimo di 15 gg; in caso di ricovero all'Estero detti limiti sono elevati a Euro 130,00 al giorno per un massimo di 20 gg.

F7 – TRASPORTO SANITARIO

Sono rimborsate le spese di trasporto in ambulanza o con qualsiasi altro mezzo di soccorso pubblico con il massimo di € 1.550,00 per anno e per persona ma esclusivamente per comprovati casi di urgenza medica.

F8 – INDENNITA' SOSTITUTIVA

Ove le spese del ricovero fossero interamente sostenute dal S.S.N. e non venga richiesto alcun rimborso per spese effettuate durante il ricovero, Mutua Tre Esse corrisponderà una indennità sostitutiva con degenza notturna in strutture sanitarie pubbliche o private, limitatamente alle prestazioni previste dal presente Piano Sanitario, di € 150,00 per notte con il massimo di 30 notti per anno e per persona.

Da tale prestazione sono esclusi: i ricoveri relativi allo stato di gravidanza e parto e ai trattamenti oncologici in quanto disciplinati ai relativi settori (F3 – F5).

► Il limite massimo di spesa per anno e per persona dell'INTERO SETTORE RICOVERI è di € 200.000,00, fermi i sotto limiti per le prestazioni F3 – F4 – F5 – F6 – F7 – F8

G. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

G.1. Modalità di fruizione delle prestazioni

L'assistito ha piena libertà di scegliere se eseguire le prestazioni di cui all'allegato A) presso una delle strutture convenzionate (network) oppure presso una struttura non facente parte del network convenzionato.

Di conseguenza si possono verificare due situazioni:

- L'assistenza diretta in caso di intervento in network
- L'assistenza indiretta per il rimborso dei costi della prestazione eseguita fuori Network, fino all'importo massimo indicato nel tariffario odontoiatrico visibile sul sito www.mutuatreesse.it, **nell'ambito e con i limiti di seguito indicati.**

G.2. Definizione di Emergenza Odontoiatrica

Qualsiasi episodio di sanguinamento, gonfiore o dolore acuto riguardante il cavo orale comunque certificato da un medico dentista.

G.3. Limiti di intervento

L'Assistito ha diritto a ricevere le prestazioni di cui al presente Piano sanitario con i seguenti limiti:

- in network: senza limiti al numero degli interventi
- fuori Network: fino a un massimo di € 1.000,00 per anno assicurativo

G. 4. Condizioni di rimborsabilità

L'indennizzo garantito per l'intervento odontoiatrico viene corrisposto a condizione che l'intervento cui l'Assistito è stato sottoposto:

- sia esplicitamente incluso nell'"Elenco degli interventi coperti";
- sia stato giudicato necessario da un dentista in quanto di natura emergenziale
- venga effettuato in una struttura autorizzata all'erogazione delle prestazioni sanitarie-odontoiatriche secondo le disposizioni di legge vigenti nel Paese
- l'Assistito presenti, in copia, le fatture, distinte o ricevute debitamente quietanzate e il modulo di rimborso compilato dal dentista scaricabile dal sito www.mutuatreesse.it

G.5. Patologie preesistenti

Restano escluse dalle garanzie di cui al presente piano sanitario gli eventi riconducibili a condizioni patologiche pregresse, cioè antecedenti la data di Iscrizione al Fondo purché note all'assistito.

Per condizione pre-esistente si intende ogni malattia, infermità o altra condizione di salute dell'Assistito che, in qualunque momento antecedente la data di iscrizione si sia evidenziata per la prima volta, sia peggiorata, si sia acuitizzata o abbia manifestato sintomi che avrebbero dovuto condurre una persona normalmente prudente/diligente a richiedere una diagnosi, un trattamento o una cura.

G.6. Periodo di carenza

Fermo quanto stabilito al capitolo G.5 (patologie preesistenti) che precede, si precisa che per le prestazioni generali di PREVENZIONE viene stabilito un periodo di carenza assoluta iniziale di 60 giorni, a partire dalla data di iscrizione

Per eventuali informazioni relativamente
al settore odontoiatrico rivolgersi a:

al numero 02.50030566

dalle 9.30 alle 12.30 dal lunedì al venerdì

ufficioliquidazioni.odontoiatria@mutuatreesse.it

Foro Buonaparte, 12 – 20121 Milano

H - ESCLUSIONE DALLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA (valide per tutte le prestazioni del presente Piano Sanitario)

Articolo 12 - Dalle prestazioni di assistenza sono in ogni caso escluse le spese relative alle conseguenze di:

1. epilessia;
2. abuso di alcolici;
3. anoressia e bulimia;
4. uso non terapeutico di allucinogeni, psicofarmaci o stupefacenti;
5. malattie mentali e disturbi psichiatrici in genere;
6. psicoanalisi e sedute terapeutiche;
7. A.I.D.S. e patologie correlate;
8. conseguenze collegabili a disturbi cromosomici;
9. visite, indagini diagnostiche ed interventi conseguenti a infertilità, sterilità e impotenza - sia maschile che femminile - ivi compreso qualsiasi trattamento effettuato in aiuto alla procreazione;
10. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche, fatta eccezione per gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio o da interventi per neoplasia maligna;
11. prestazioni di cosiddetta "medicina alternativa e/o non convenzionale" se non diversamente indicato dal Piano sanitario;
12. infortuni sofferti in stato di ubriacatezza alla guida di veicoli in genere o in conseguenza di proprie azioni delittuose;
13. infortuni conseguenti ad attività, professionali e non, connesse all'impiego di aeromobili (fatto salvo l'uso in qualità di passeggero di linee aeree regolari), nonché ad attività di paracadutismo (anche ascensionale), pratica di deltaplano, parapendio e sport aerei in genere;
14. infortuni conseguenti alla pratica degli sport definiti pericolosi, come: pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiacciaio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, sport non legali e/o effettuati con l'utilizzo di mezzi ed attrezzature non autorizzate;
15. infortuni derivanti dagli sport praticati a livello professionistico ritenendosi comunque tali anche la partecipazione a gare e competizioni;
16. eventi causati da atti di guerra, incidenti nucleari o da radiazioni (sono peraltro comprese quelle riferite alla radioterapia) nonché in conseguenza di movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
17. ricoveri determinati da finalità dietetiche ed estetiche o dalla cura del corpo (centri del benessere/istituti termali);
18. ricoveri in strutture sanitarie per lunga degenza nelle residenze sanitarie assistenziali e comunque i ricoveri che in qualsiasi modo possano essere giudicati ricoveri per semplice assistenza infermieristica;
19. cure e interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni congenite preesistenti alla iscrizione alla Mutua, nonché le patologie ad esse correlate;
20. cure ed interventi per l'eliminazione e/o correzione dei vizi di rifrazione fatta eccezione per quelle previste dai Piani sanitari che le includono;
21. interventi di chirurgia bariatrica finalizzati alla cura dell'obesità;
22. prestazioni di controllo di routine che non siano prescritte da medico specialista con indicazione della motivazione o della diagnosi ancorché presunta;
23. cure dentarie, paradentarie e protesi dentarie fatta eccezione: di quelle a scopo ricostruttivo a seguito di infortunio e solo se documentate da referto del Pronto Soccorso Pubblico, nonché di quelle previste dai Piani che prevedono le spese odontoiatriche
24. conseguenze della partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (spedizioni esplorative, artiche, himalayane o andine, regate oceaniche o simili);
25. Check-up di medicina preventiva fatta eccezione per quelli previsti dai Piani sanitari che li includono.

I - DISPOSIZIONI OPERATIVE (Valide per le forme di assistenza se e in quanto previste dal presente Piano sanitario)

N. B. Si richiama l'attenzione sull'art.18 del Regolamento che prevede che la documentazione relativa alla richiesta di rimborso **deve pervenire agli uffici di Mutua 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

se trattasi di visite specialistiche:

Referto del medico specialista con diagnosi circostanziata e fattura dallo stesso emessa da cui deve risultare l'indicazione della specialità del professionista la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata e/o alla diagnosi.

Non sono ammesse fatture cumulative per prestazioni erogate in sedute e giornate differenti.

Nessun rimborso è previsto per le prestazioni di medicina generica che comprendono, tra l'altro, le visite, le visite medico legali, 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 ambulatoriali e esami di laboratorio:

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 omnicomprendiva 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.

E' 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 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

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/ricevuta fiscale 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 verificatisi fuori dal territorio nazionale e curati in forma indiretta, valgono le stesse regole sopra descritte.

I – GLOSSARIO

Franchigia/ scoperto

Parte del danno indennizzabile, espressa rispettivamente in cifra fissa (franchigia) o in percentuale (scoperto) sull'ammontare del danno, che rimane a carico dell'Assistito.

Nomenclatore/Tariffario (edizione in corso)

Indica l'importo massimo rimborsabile per le varie patologie e prestazioni sanitarie.

Infortunio

Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili, certificato da un Pronto Soccorso.

Intervento chirurgico

Qualsiasi atto cruento e non, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici.

Istituto di Cura

L'ospedale pubblico e/o la clinica sia convenzionati con il SSN che privati, regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno.

Day Hospital/Day Surgery

Struttura sanitaria autorizzata avente posti letto per degenza diurna, che eroga terapie mediche (day hospital) o prestazioni chirurgiche (day surgery) eseguite da medici chirurghi con redazione di cartella clinica.

Malformazione – stati patologici congeniti

Alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico.

Cartella clinica

Documento ufficiale ed atto pubblico redatto durante il ricovero, contenente le generalità dell'Assistito, l'anamnesi patologica prossima e remota, il percorso diagnostico/terapeutico effettuato, gli esami e il diario clinico nonché la scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.).

DRG (diagnosis related groups)

Costo forfettario previsto dalla singole Regioni in caso di ricovero intramoenia, con o senza intervento.

Centrale operativa

Componente della struttura organizzativa di Blue Assistance, che organizza ed eroga i servizi e le prestazioni in assistenza diretta.

Malattia

Ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute dell'Assistito non dipendente da infortunio.

Massimale

La somma fino alla concorrenza della quale, per ciascun anno sociale e per persona, Mutua tre Esse presta la garanzia.

Indennità sostitutiva

Importo giornaliero erogato dalla società in caso di ricovero corrisposto in assenza di richiesta di rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero stesso. Costituiscono eccezione le sole spese sostenute per le prestazioni di pre e post ricovero per le quali si prevede comunque il rimborso a termini di piano sanitario.