



**BCC LA RISCOSSA
DI REGALBUTO**

CREDITO COOPERATIVO ITALIANO

*Da oltre 100 anni
guardando al futuro*

COPERTURA SANITARIA

ANNO 2023

PIANO SANITARIO - F CL

RICOVERI, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI,
VISITE SPECIALISTICHE E PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE
DI PREVENZIONE ED EMERGENZA PER I CLIENTI DELLA BANCA

Ufficio Finanza
mariagrazia.meli@bccregalbuto.it

www.bccregalbuto.it



PIANO SANITARIO F base +2 RICOVERI E ALTRE PRESTAZIONI SANITARIE

SOMMARIO

- A. VISITE SPECIALISTICHE
- B. ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI
- C. RICOVERI
 - C.1 RICOVERI CON INTERVENTO CHIRURGICO
 - C.2 RICOVERI SENZA INTERVENTO CHIRURGICO
 - C.3 RICOVERI IN DAY HOSPITAL, DAY SURGERY, AMBULATORIALI
 - C.4 STATO DI GRAVIDANZA E PARTO
 - C.5 INTERVENTI CON APPLICAZIONI DI PROTESI ORTOPEDICHE E NEUROLOGICHE
 - C.6 RIMBORSO SPESE ACCOMPAGNATORE
 - C.7 TRASPORTO SANITARIO
- D. INDENNITA' SOSTITUTIVA
- E. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE
- F. ESCLUSIONI
- G. GLOSSARIO E DISPOSIZIONI OPERATIVE

Le prestazioni previste dal presente Piano Sanitario sono valide in tutto il mondo salvo che per la modalità di fruizione dei ricoveri in Assistenza Diretta

A – VISITE SPECIALISTICHE in assistenza indiretta

Sono riconosciute tutte le visite specialistiche, (purché effettuate da medici con specializzazione attinente alla patologia denunciata e/o alla diagnosi) fatta eccezione per le visite:

- psichiatriche
- psicologiche
- odontoiatriche, gnatologiche e ortodontiche
- oculistiche, limitatamente a quelle per il controllo della vista
- 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.

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 € 400,00 per anno e per persona.

B – ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI in assistenza indiretta

Sono rimborsabili i seguenti accertamenti diagnostici previa applicazione di uno **scoperto del 30%**

- Tomografia assiale computerizzata (TAC)**
- **Risonanza magnetica nucleare**
- **Angiografia**
- **Medicina nucleare**

- **Arteriografia**
- **Flebografia**
- **Fluorangiografia**
- **Diagnostica endoscopica (compresa quella a fibre ottiche)**
- **Scintigrafia**
- **Mielografia**
- **Doppler/ecodoppler/ecocolor Doppler**
- **Esami biotici ed aghi aspirati**
- **P.E.T.**
- **Ecografie**
- **Mammografie**
- **Esami radiografici**

Sono rimborsabili inoltre, nei limiti del massimale previsto, le spese sostenute e documentate dall'assistito a titolo di ticket per tutti gli accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio erogati dal Servizio Sanitario Nazionale.

Gli esami di laboratorio sono rimborsabili solo come ticket in quanto erogati da strutture convenzionate con il SSN.

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

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

Il limite massimo di spesa per anno e per persona dell'INTERO SETTORE RICOVERI è di € 100.000,00, fermi i sotto limiti per le prestazioni C.1 – C.2 – C.3 – C.4 – C.5 – C.6

N.B. L'eventuale ricovero in altra struttura per il proseguire delle cure conseguenti al ricovero principale, senza soluzione di continuità temporale, sono considerate un unico ricovero.

Modalità di fruizione della prestazione RICOVERI con e senza intervento chirurgico, Day Hospital e Day Surgery, Interventi Ambulatoriali - (da applicare a tutto il settore C)

Assistenza indiretta (fuori Rete) valida in tutto il mondo

Le spese sanitarie sostenute dal Socio vengono rimborsate in base e nei limiti massimi indicati dal Nomenclatore /Tariffario, fermo il limite massimo per evento

IL LIMITE MASSIMO PER EVENTO E' DI € 16.000,00

Assistenza diretta (valida solo sul territorio nazionale)

La fruizione dell'assistenza diretta è possibile solo nel caso che sia convenzionata sia la struttura sia il medico. Per accedere al servizio i ricoveri devono essere preventivamente autorizzati dal contact center sanitario di Blue Assistance (800.010.008)

Qualora l'assistito, **in caso di necessità di Ricovero con degenza notturna**, (con esclusione degli Interventi ambulatoriali, di Day Hospital, di Day Surgery per i quali l'assistenza viene prestata sempre in forma indiretta) decida di avvalersi dell'assistenza diretta presso le strutture convenzionate e dell'opera di medici convenzionati di cui alla Rete di Blue Assistance, Mutua Tre Esse provvederà a pagare direttamente alle strutture e ai medici convenzionati i costi sostenuti per le prestazioni sanitarie erogate, entro il massimale annuo e con i limiti previsti dal Piano Sanitario e con l'applicazione di uno **scoperto del 20% che resta a carico dell'assistito**.

IL LIMITE MASSIMO PER EVENTO E' DI € 16.000,00

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% 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.

IL LIMITE MASSIMO PER EVENTO E' DI € 16.000,00

C.1 - RICOVERI CON 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. Gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti di sala operatoria; medicinali, materiali (ivi compresi le endoprotesi applicate durante l'intervento)
2. L'assistenza medica ed infermieristica, terapie in genere, le visite, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici rieducativi (questi ultimi forfettariamente **al 50%** delle spese sostenute), effettuati intra ricovero
3. Le rette di degenza che vengono rimborsate nei limiti previsti dal **Nomenclatore/Tariffario**
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 30 giorni** successivi alla dimissione dall'istituto di cura. Nel limite dei 90 giorni successivi sono rimborsabili anche i presidi ortopedici, i trattamenti fisioterapici, spese per medicazioni, rimozione di gessi purché prescritti e resi necessari dall'intervento chirurgico.
- Le prestazioni di cui al presente punto 5), sono rimborsate solo **in assistenza indiretta**, nella misura forfettaria del 50%.

IL LIMITE MASSIMO PER EVENTO E' DI € 16.000,00

Sono peraltro esclusi gli interventi:

- Stato di gravidanza e parto in quanto disciplinati al successivo settore C.4
- Applicazioni di protesi ortopediche e neurologiche in quanto disciplinati al successivo settore C.5

C.2 – 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 ed infermieristica, terapie in genere, le visite, gli accertamenti diagnostici, medicinali e materiali.
2. Le rette di degenza che vengono rimborsate nei limiti previsti dal **Nomenclatore/Tariffario** con le seguenti modalità:
ricovero: **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 € **30,00 per ogni notte**, con un limite massimo **di tre mesi**, omnicomprensivo di qualsiasi spesa sostenuta.

SPESE PRE E POST RICOVERO

3. Le visite specialistiche, gli accertamenti diagnostici e gli esami di laboratorio, compresi gli onorari Medici effettuati nei **30 giorni** precedenti il ricovero e **nei 30 giorni** successivi alla dimissione dall'istituto di cura sono rimborsate solo **in assistenza indiretta**, nella misura forfettaria del 50%.

N.B. Sono esclusi i Ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisioterapiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in Ambulatorio

IL LIMITE MASSIMO PER EVENTO E' DI € 16.000,00

C.3 - Ricoveri in Day Hospital – Ricoveri in Day Surgery - Interventi Ambulatoriali

Sono rimborsate le spese sostenute per:

- Le terapie medico/ farmaceutico), gli esami di laboratorio e gli accertamenti diagnostici) effettuati in Day Hospital, nella misura forfettaria **del 50%** dell'importo fatturato.
Nella stessa misura vengono rimborsate le eventuali rette di degenza.
Sono sempre esclusi i check-up di medicina preventiva.
Gli interventi chirurgici eseguiti in Day Surgery, ovvero senza ricovero notturno, e/o in Ambulatorio, nei limiti indicati dal **Nomenclatore/Tariffario**

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 **€ 5.000,00 in assistenza indiretta**

C.4 – Stato di gravidanza e Parto *Aborto spontaneo e terapeutico, parto naturale, parto cesareo.*

Sono rimborsate le spese sostenute per l'aborto spontaneo e terapeutico, il parto naturale anche complicato fino alla concorrenza di **€ 2.500,00** e di **6.000,00 per il parto cesareo**. Entro tale massimale sono anche compresi gli accertamenti diagnostici, gli esami, le analisi e quant'altro inerente e reso necessario dallo stato di gravidanza, dal concepimento al parto.

La presente prestazione ha effetto solo se l'evento gravidanza è insorto almeno dopo 12 mesi dopo la data di iscrizione alla Mutua Tre Esse.

Il limite massimo di spesa sopra come specificato deve intendersi per evento, per anno e per persona in assistenza diretta e indiretta

C.5 - INTERVENTI con applicazioni di PROTESI ORTOPEDICHE O NEUROLOGICHE

Sono rimborsate le spese sostenute per ricoveri con intervento necessario all'applicazione di protesi ortopediche e neurologiche, fino alla concorrenza del massimo sotto riportato.

Entro tale massimo sono compresi anche i costi degli apparecchi protesici, dei trattamenti fisioterapici rieducativi, anche se effettuati con ricoveri successivi ed in altre strutture, degli accertamenti diagnostici, degli esami, delle analisi e di quant'altro inerente e reso necessario dall'intervento chirurgico, effettuati nei 30 giorni antecedenti e nei 30 giorni successivi all'intervento stesso.

Il limite massimo di spesa è di € 8.000,00 per anno e per persona, in assistenza diretta e indiretta

C.6 – Rimborsi spese per Accompagnatore

La Mutua rimborserà le spese sostenute e documentate per vitto e pernottamento di un accompagnatore del Socio, con il limite di Euro 80,00 al giorno per un massimo di gg.15; in caso di intervento chirurgico all'Estero detti limiti sono elevati a €130,00 al giorno per un massimo di gg.20.

C.7 – 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 e relativamente alle sole patologie previste dal presente Piano sanitario.

**Il limite massimo di spesa per tutto il settore B - RICOVERI
è di € 100.000,00 per anno e per persona salvo i sotto limiti per le prestazioni C.1-C.2 -C.3-C.4- C.5-C.6**

D – INDENNITA' SOSTITUTIVA solo in caso di ricovero con intervento chirurgico

Ove le spese del ricovero per intervento chirurgico, 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 previa applicazione di **quattro notti di franchigia** e **con il massimo di 10 notti per anno e per persona.**

E – PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

Oggetto della prestazione

Il presente Piano di assistenza Odontoiatrica Emergenza e Prevenzione garantisce:

- 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 nella Tabella delle Prestazioni Odontoiatriche e dei Rimborsi **nell'ambito e con i limiti di seguito indicati**

Per usufruire delle prestazioni

N.B. Per attivare la prestazione in forma diretta o comunque per usufruire della Rete di strutture convenzionate e relativa tariffa, si deve scegliere lo Studio odontoiatrico cui si vuole accedere (da individuare sul sito: www.mutuatreesse.it) e prenotarsi in quanto assistito di Dental Assistance.

Per eventuali informazioni relativamente al settore odontoiatrico
Rivolgersi a:

telefono: 02 500 30 566
dalle 9.30 alle 12.30 dal lunedì al venerdì

e-mail: info@dental-assistance.it
Foro Buonaparte, 12 – 20121 Milano

N.B. Per attivare la prestazione in forma indiretta:

- accedere all'area riservata sul sito: www.mutuatreesse.it/accedi/
- oppure inviare una mail a: info@dental-assistance.it

Le prestazioni e gli interventi di emergenza odontoiatrica in garanzia sono esclusivamente quelli Previsti dal Tariffario Odontoiatrico visibile sul sito www.mutuatreesse.it

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**

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
- venga effettuato in una struttura autorizzata all'erogazione delle prestazioni sanitarie-odontoiatriche secondo le disposizioni di legge vigenti nel Paese

Il rimborso delle visite odontoiatriche per il fuori network viene effettuato a condizione che:

- l'intervento cui si riferiscono sia indennizzabile a sensi del Piano sanitario;
- l'Assistito presenti, **in copia**, le fatture, distinte o ricevute debitamente quietanzate.

Patologie preesistenti

Restano escluse dalle garanzie di cui alla presente polizza gli eventi riconducibili a condizioni patologiche pregresse, cioè antecedenti la data di Iscrizione alla Mutua purché note all'assistito.

Premesso che il giudizio di preesistenza si basa su principi medico-scientifici, si specifica comunque che per "condizioni patologiche preesistenti" si intende una condizione in relazione alla quale l'Assistito, prima della Data di Iscrizione:

- sia stato visitato e/o curato da un dentista;
- abbia usufruito di servizi o attrezzature cliniche o simili;
- abbia ottenuto una prescrizione medica o farmacologica.

Per condizione preesistente si intende ogni malattia, infermità o altra condizione di salute dell'Assistito che, in qualunque momento antecedente la Data di iscrizione: a) 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; oppure b) abbia richiesto l'assunzione dietro prescrizione medica di droghe o medicinali; oppure c) sia stato curato da un medico o per la quale un medico abbia raccomandato una cura.

Periodo di carenza

Fermo quanto stabilito al capitolo patologie preesistenti che precede, si precisa che per gli interventi di prevenzione viene stabilito un periodo di carenza assoluta iniziale di 90 giorni, a partire dalla data di iscrizione.

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

Dalle prestazioni di assistenza sono in ogni caso escluse le spese sostenute in conseguenza 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, parodontarie 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.

G – GLOSSARIO E DISPOSIZIONI OPERATIVE

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 dalle 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.

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**.

Visite specialistiche

Le visite specialistiche sono rimborsabili qualora dalla documentazione risulti inequivocabilmente il titolo accademico di specializzazione, attinente al tipo di patologia, del medico che ha effettuato la visita.

I documenti necessari sono: prescrizione del medico o, in mancanza, referto del medico specialista con diagnosi circostanziata, timbro, firma, data e ricevuta fiscale del medico specialista **in fotocopia**.

Accertamenti diagnostici – esami di laboratorio

Per poter essere rimborsati è necessario trasmettere, unitamente alle relative fatture in **fotocopia**, copia della prescrizione del medico curante con la diagnosi della patologia che ha reso indispensabile gli accertamenti stessi. o, in mancanza, il referto dell'esame effettuato.

Trattamenti fisioterapici

Tale prestazione deve essere effettuata da professionisti di fisiokinesiterapia in centri abilitati ma non da kinesiologi, massaggiatori estetici e/o sportivi, laureati ISEF, operatori shiatzu, chiropratici, riflessologi, posturologi, naturopati.

Prestazioni odontoiatriche

Occorre : scheda anamnestica/diagnostica compilata dall'odontoiatra in tutte le sue parti (codice prestazione, elemento/arcata/emiarcata trattati) oltre al timbro della struttura sanitaria o del medico Odontoiatra e copia della fattura/ricevuta fiscale con timbro, firma e data.

Ricoveri ed interventi chirurgici

L'importo previsto per le singole voci del Nomenclatore/ Tariffario, è omnicomprensivo delle prestazioni dell'operatore, degli aiuti, degli assistenti, dell'anestesista e dell'assistenza prestata dall'equipe chirurgica durante il ricovero e fino alle dimissioni.

In caso di interventi chirurgici concomitanti e contemporanei, anche se la via di accesso è diversa, ma eseguiti nella stessa seduta, viene applicata, nei limiti ovviamente della spesa sostenuta, la tariffa massima riferita all'intervento principale o comunque economicamente più oneroso, mentre per l'altro o per gli altri interventi la relativa tariffa massima prevista dal nomenclatore/ tariffario verrà ridotta del 50%.

Sono tassativamente esclusi dal rimborso tutti gli interventi chirurgici e le cure odontoiatriche eseguiti a scopo estetico non conseguenti ad un infortunio, certificato da un pronto soccorso pubblico.

Cure mediche con ricovero

L'importo previsto nel Nomenclatore/ tariffario si intende, come per gli interventi chirurgici, omnicomprensivo per l'intera equipe medica.

Medicinali – materiali sanitari

Sono rimborsabili nella misura prevista, esclusivamente i medicinali utilizzati durante il ricovero e regolarmente esposti nella fattura rilasciata dalla struttura sanitaria comprese le trasfusioni ed emoderivati.

Così anche per tutti i materiali sanitari utilizzati.

Ricoveri - documentazione richiesta:

- se trattasi di ricovero in DAY HOSPITAL per terapie ed accertamenti diagnostici (con esclusione del check-up di medicina preventiva): richiesta del medico curante 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 **fotocopia** della fattura/ricevuta fiscale.
- se trattasi di interventi chirurgici effettuati in DAY SURGERY (senza ricovero notturno): richiesta del medico curante con diagnosi circostanziata, copia della cartella clinica della struttura sanitaria autorizzata completa in tutte le sue parti e **fotocopia** della fattura/ricevuta fiscale.
- se trattasi di ricoveri con degenza notturna con o senza intervento chirurgico: richiesta del medico curante con diagnosi circostanziata, copia della cartella clinica della struttura sanitaria autorizzata completa in tutte le sue parti e fotocopia della fattura/ricevuta fiscale.
- se trattasi di interventi ambulatoriali: richiesta del medico curante con diagnosi circostanziata, copia dell'atto operatorio redatto dal sanitario che l'ha effettuato e **fotocopia** della fattura/ricevuta fiscal

Ticket

I Ticket sono integralmente rimborsati nei limiti del massimale e delle prestazioni al netto di marche da bollo.

COPERTURA SANITARIA

ANNO 2023

**PIANO
SANITARIO - F CL**

*Da oltre 100 anni
guardando al futuro*