

Piano Sanitario

D *Dental*

*Tutti i ricoveri,
e le altre prestazioni Plus
edizione 2018*

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.

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. Ricoveri in DH ed Interventi ambulatoriali
- F.5. Trattamenti oncologici
- F.6. Rimborso spese per accompagnatore
- F.7. Trasporto sanitario
- F.8. Indennità sostitutiva

G. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

H. ESCLUSIONI

I. GLOSSARIO

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.

Il limite massimo disponibile per anno e per singolo assistito, è di **€ 250.000,00** salvo i sotto-limiti delle prestazioni, ove previsti.

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.

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, i vaccini, 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 N/T 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.

► Il limite massimo di spesa è di € 3.500,00 per anno e per persona

C. CURE AMBULATORIALI ED ESAMI DI LABORATORIO in assistenza indiretta

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

- Esami di laboratorio
- Terapie antalgiche previste nel Nomenclatore Tariffario compreso agopuntura e infiltrazioni articolari

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 SSN.

► 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 evento, per anno e per persona

E. APPARECCHI PROTESICI ED AUSILIARI SANITARI

in assistenza indiretta

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

Non sono rimborsabili:

- le ortesi plantari
- 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 protesi acustiche, mono e bilaterali, sono rimborsate con il limite massimo di una volta ogni 2 anni.

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

🗨️ **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
(da applicare a tutto il settore F)

Assistenza indiretta (fuori Rete) valida in tutto il mondo

Le spese sanitarie sostenute dal Socio vengono rimborsate nei limiti massimi indicati dal Nomenclatore Tariffario **maggiorato del 100%** dello stesso e comunque nell'ambito del massimale annuo e delle modalità previste dal presente Piano Sanitario.

Assistenza diretta (in Rete) valida solo sul territorio nazionale

Qualora il Socio, in caso di necessità di Ricovero con degenza notturna, di Day Hospital, Day Surgery e interventi ambulatoriali decida di avvalersi dell'assistenza diretta presso le strutture convenzionate e/o dell'opera di medici convenzionati con la Mutua Tre Esse, dovrà rivolgersi preventivamente al numero verde di seguito riportato.

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.

- **Struttura convenzionata ed equipe medica non convenzionata**

Mutua Tre Esse provvederà a pagare direttamente alle strutture convenzionate i costi effettivamente sostenuti per le prestazioni sanitarie erogate, entro il massimale annuo e con i limiti giornalieri previsti dal Piano Sanitario, mentre le spese sostenute dal Socio per l'equipe medica non convenzionata verranno rimborsate con previa applicazione di uno scoperto **del 15% con il massimo di € 5.000,00.**

🗨️ **N.B.** Le spese sostenute per le prestazioni pre/post ricovero, come previste al punto 5. del settore F.1. ed al punto 3. del settore F.2. sono rimborsate solo in assistenza indiretta nella misura forfettaria del 80%.

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 50% 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 80% dell'importo esposto.

F.1. Ricoveri con intervento chirurgico

Sono rimborsabili le spese sostenute, 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'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 N/T maggiorato del 100% [se in assistenza indiretta]. L'assistenza infermieristica, gli esami di laboratorio ed i trattamenti fisioterapici rieducativi al 80% 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, gli accertamenti 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 (anche se 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.

N.B. Le prestazioni di cui ai punti 5. e 7. sono rimborsate solo in assistenza indiretta, nella misura forfettaria del 80%.

Sono peraltro esclusi i ricoveri per stato di gravidanza e parto perché disciplinati al settore F.3.

Per tutte le informazioni non esiti a contattarci

al numero 02.89011031

dalle 9.00 alle 13.00 e dalle 14.00 alle 17.30
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

F.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, terapie in genere, le visite, gli accertamenti diagnostici, materiali e medicinali in base al Nomenclatore Tariffario (*in indiretta*).
2. L'assistenza infermieristica e gli esami di laboratorio forfettariamente al 80% delle spese sostenute (*in indiretta*).
3. Le rette di degenza 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 21^a 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, omnicomprendente 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 60 giorni successivi alle dimissioni dall'istituto di cura, sono rimborsate solo **in assistenza indiretta** nella misura forfettaria del 80%.

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

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

F.3. Stato di gravidanza e parto *Parto naturale/cesareo, aborto e patologie della gravidanza*

Sono rimborsate le spese sostenute per il parto naturale anche complicato, il parto cesareo e ogni patologia della gravidanza, fino alla concorrenza del massimale sotto indicato. 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**.

Sono rimborsate le spese sostenute per l'aborto spontaneo, terapeutico e/o volontario (purché effettuato a termini di legge).

Qualora il Socio si avvallesse del SSN 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 Tre Esse.

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

F.4. Ricoveri in DH, Day Surgery ed interventi ambulatoriali

Sono rimborsate le spese sostenute **in forma diretta e indiretta**, per:

1. Le terapie medico/farmaceutiche, (escluso le terapie oncologiche disciplinate a parte al settore F.5.), gli esami di laboratorio e gli accertamenti diagnostici solo se finalizzati alle terapie, effettuati in Day Hospital. [in indiretta: nella misura forfettaria del 80%].
2. Gli interventi chirurgici eseguiti in DS, ovvero senza ricovero notturno, e/o in Ambulatorio [in forma indiretta: entro i limiti previsti dal N/T maggiorato del 100%].
3. Le rette di degenza [in forma indiretta: massimo € 200,00 per gg].
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, **[Solo in forma indiretta: nella misura del 80%]**.

Le prestazioni al punto 1., 2. e 3. sono regolamentate dal capitolo sulle modalità di fruizione dell'assistenza diretta.

► Il limite massimo di spesa è di € 7.500,00 per anno e per persona.

🗨️ **N.B. Tutte le prestazioni 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.**

F.5. 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 avvalsesse del SSN, Mutua Tre Esse corrisponderà, a titolo di rimborso spese forfetario 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 SSN.

▶ **Il limite massimo di spesa è di € 14.000,00 per anno e per persona, in assistenza diretta e indiretta.**

F.6. 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 **€ 80,00 al giorno per un massimo di 15 gg**; in caso di ricovero all'Estero detti limiti sono elevati a €130,00 al giorno per un massimo di 20 gg.

F.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.

F.8. Indennità giornaliera sostitutiva

Ove le spese del ricovero fossero interamente sostenute dal SSN 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 e di € 50,00 per giornata in casi di Day Hospital o Day Surgery con il massimo di 30 giornate per anno e per persona.

Da tale prestazione sono esclusi i ricoveri relativi allo stato di gravidanza e parto e trattamenti oncologici - in quanto disciplinati ai relativi settori.

G. 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.

N.B. Per aver diritto alle prestazioni è indispensabile che l'Assicurato si rivolga alla Centrale Operativa ed ottenga la necessaria autorizzazione, pena decadimento dal diritto al pagamento o al rimborso della prestazione.

Per informazioni sulle prestazioni odontoiatriche
contatta preventivamente la Centrale Operativa

Numero Verde 00 800 3636 3737

e dall'estero: **00 41 916975400**

dalle 9.00 alle 18.00 dal lunedì al venerdì

Le prestazioni e gli interventi di emergenza odontoiatrica coperti sono esclusivamente i seguenti:

- Anestesia
- Otturazione carie semplice denti posteriori in amalgama
- Otturazione carie complessa denti posteriori in amalgama
- Resina nei denti anteriori
- Esodonzia o estrazione semplice di denti permanenti
- Esodonzia o estrazione semplice di denti temporanei
- Esodonzia o estrazione semplice di frammenti di radici
- Esodonzia o estrazione semplice di denti fratturati
- Trattamenti dei canali monoradicolati, biradicolati e pluriradicolati
- Radiografie periapicali individuali e bite wing necessarie per effettuare i trattamenti inclusi nella copertura, eseguite nello studio odontoiatrico
- Rimozione carie
- Intrusione e Estrusione
- Reimpianto dentale
- Frattura dentaria
- Ascessi
- Medicazione in caso di dolore muscolare e ascessi
- Cementificazione provvisoria di corone e ponti fissi
- Riparazione di fratture nella parte acrilica di dentiere parziali o totali realizzate nello studio odontoiatrico, medicazione in caso di stomatite protesica

Le prestazioni di prevenzione odontoiatrica coperte sono esclusivamente le seguenti:

- Esame clinico di emergenza (diagnosi, prognosi e piano di trattamento)
- Detartarizzazione semplice (pulizia semplice)
- Insegnamento della tecnica dello spazzolino, uso del filo interdentale e igiene orale
- Profilassi dentale (lucidatura)
- Applicazione del fluoro

► **I limiti di intervento: In Network senza limiti al numero di interventi;
Fuori Network fino a un massimo di € 1.000,00 per anno.**

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 originale, 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 Tre Esse 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 pre-esistente si intende ogni malattia, infermità o altra condizioni 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.

🗨 N.B. Periodo di carenza: fermo quanto stabilito dall'Articolo 10 (patologie preesistenti), si precisa che per gli interventi di prevenzione viene in stabilito un periodo di carenza assoluta iniziale di 90 giorni, a partire dalla data di iscrizione.

H. ESCLUSIONI

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".
12. Infortuni sofferti 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 simili.
14. Infortuni conseguenti alla pratica degli sport definiti pericolosi, come: pugilato; atletica pesante e lotta nelle sue varie forme; scalata di roccia o ghiacciaio speleologia; salto dal trampolino con sci, 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. Gli infortuni derivanti dagli sport praticati a livello professionistico.
16. Eventi causati da atti di guerra, da incidenti nucleari o da radiazioni (sono peraltro comprese quelle riferite alla radioterapia).
17. 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, nei limiti previsti dal Nomenclatore Tariffario della Mutua in vigore.
18. Cure ed interventi per l'eliminazione e/o correzione dei vizi di rifrazione.
19. Ricoveri determinati da finalità dietetiche ed estetiche o dalla cura del corpo (centri del benessere/istituti termali).
20. Ricoveri per lunga degenza, intendendosi per tali quelli determinati da condizioni fisiche dell'assistito che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
21. Le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni congenite preesistenti alla iscrizione a Mutua, nonché le patologie ad esse correlate.
22. Check-up di medicina preventiva.

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 oppure N/T:

(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 (DH) o prestazioni chirurgiche (DS) eseguite da medici chirurghi con redazione di cartella clinica.

Malformazione - stati patologici congeniti:

Alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico.

Malformazione:

Si intende la deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

C.C. oppure 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 [SDO].

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, in caso di ricovero, 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/post ricovero per le quali si prevede comunque il rimborso a termini di piano sanitario.

Difetto Fisico:

Si intende la deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

DRG (Diagnosis Related Groups):

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