

**Piano Sanitario
Integrativo**
Fasi/Fasdac
edizione 2018



Int

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. RICOVERI DA MALATTIA CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO

- A.1. Ricoveri in DH, Day Surgery ed interventi ambulatoriali
- A.2. Stato di gravidanza e parto
- A.3. Interventi con applicazione e/o rimozione di protesi
- A.4. Trattamenti oncologici

B. PRESTAZIONI EXTRA RICOVERI

- B.1. Assistenza infermieristica domiciliare
- B.2. Visite specialistiche
- B.3. Accertamenti diagnostici
- B.4. Trattamenti fisioterapici riabilitativi
- B.5. Presidi e protesi
- B.6. Cure odontoiatriche

C. PRESTAZIONI ACCESSORIE

- C.1. Rimborsi spese per accompagnatore
- C.2. Trasporto sanitario

D. DISPOSIZIONI OPERATIVE

E. ESCLUSIONI

F. GLOSSARIO

Riservato agli iscritti al FONDO DI ASSISTENZA SANITARIA Fasi/Fasdac

Le prestazioni previste nel presente Piano Sanitario sono integrative a quelle erogate dal Fondo di assistenza sanitaria Fasi/Fasdac.

Pertanto sono rimborsabili esclusivamente le prestazioni previste dal presente Piano Sanitario in eccedenza alle medesime prestazioni previste dal programma di assistenza del FASI/FASDAC fino ai limiti di spesa previsti dal presente Piano sanitario integrativo.

Il limite massimo disponibile per anno e per singolo assistito, è di **€ 150.000,00** salvo i sotto-limiti delle prestazioni, ove previsti.

A. RICOVERI DA MALATTIA CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO

Sono rimborsate, in eccedenza a quanto corrisposto dal FASI/FASDAC le spese sostenute fino alla concorrenza del massimale, con le modalità di seguito indicate, per:

1. Gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; i diritti di sala operatoria; i materiali di intervento *(ivi compresi apparecchi protesici, terapeutici e le endoprotesi applicate durante l'intervento)*
2. L'assistenza medica ed infermieristica, le visite, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici rieducativi, i materiali e i medicinali impiegati intra ricovero.
3. Le rette di degenza.
4. Gli accertamenti diagnostici e gli esami di laboratorio, compresi gli onorari medici, effettuati nei 60 giorni precedenti il ricovero e nei 90 giorni successivi alle dimissioni dall'istituto di cura e resi necessari dall'intervento chirurgico.
5. Il trapianto, prelievo, impianto ed espianto di organi o parte di essi; il ricovero per accertamenti diagnostici, l'assistenza medica ed infermieristica, l'intervento chirurgico di espianto, le cure, i medicinali e le rette di degenza relative al donatore.

**Modalità di fruizione della prestazione ricoveri
(a scelta dell'Assistito)**

Assistenza indiretta (fuori Rete) valida in tutto il mondo

Le spese sanitarie sostenute dall'Assistito vengono rimborsate, in eccedenza a quanto corrisposto dal Fasi/Fasdac, fino al limite massimo indicato dal Nomenclatore/Tariffario FASI/FASDAC, 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 l'Assistito, in caso di necessità di Ricovero con degenza notturna, di Day Hospital e di Day Surgery (con esclusione degli Interventi ambulatoriali, trattamenti oncologici e trattamenti fisioterapici riabilitativi non a seguito di intervento chirurgico per i quali l'assistenza viene prestata sempre in forma indiretta) decida di avvalersi dell'assistenza diretta presso le strutture convenzionate e/o dell'opera di medici convenzionati, 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 in eccedenza alle garanzie del FASI/FASDAC, per le prestazioni sanitarie da questi erogate, entro il massimale annuo e con i limiti 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 in eccedenza alle garanzie del FASI/FASDAC per le prestazioni sanitarie erogate, entro il massimale annuo e con i limiti previsti dal Piano Sanitario, mentre le spese sostenute dall'assistito per l'equipe medica non convenzionata, verranno rimborsate in base a quanto previsto dal Nomenclatore/Tariffario FASI/FASDAC maggiorato fino al 100%.

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

A.1. Ricoveri in DH, Day Surgery ed interventi ambulatoriali

Sono rimborsate, in eccedenza a quanto corrisposto dal FASI/FASDAC, le spese sostenute, comunque previste dal Nomenclatore Tariffario FASI/FASDAC e nei limiti in esso indicati **maggiorati fino al 100%**, per:

1. Terapie medico/farmaceutiche, (escluso le terapie oncologiche perché disciplinate a parte) e le eventuali rette di degenza.
2. Interventi chirurgici eseguiti in Day Surgery, ovvero senza ricovero notturno, e/o in Ambulatorio

A.2. Stato di gravidanza e parto

Parto naturale, parto cesareo, aborto e patologie della gravidanza

Sono rimborsate le spese sostenute, in eccedenza a quanto corrisposto dal FASI/FASDAC fino ad € 6.000,00, per l'aborto spontaneo e/o terapeutico, il parto naturale anche complicato e fino ad € 10.000,00 per il parto cesareo.

► Il limite massimo di spesa è di € 6.000,00/€ 10.000,00 per evento, per anno e per persona.

A.3. Interventi con applicazione e/o rimozione di protesi

Sono rimborsate, in eccedenza a quanto corrisposto da FASI/FASDAC, le spese sostenute per ricoveri necessari all'applicazione e/o rimozione di protesi, ortopediche e neurologiche, fino alla concorrenza di € 12.000,00 per anno e per persona.

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

A.4. Trattamenti oncologici

effettuati in regime di ricovero diurno e/o notturno

Sono rimborsabili, in eccedenza a quanto corrisposto dal FASI/FASDAC, le spese sostenute per terapie relative a malattie oncologiche come la chemioterapia, la cobaltoterapia, la radioterapia ecc. effettuati anche in Day Hospital.

► Il limite massimo di spesa è di € 10.000,00 per anno e per persona.

B. PRESTAZIONI EXTRA RICOVERI

B.1. Assistenza infermieristica domiciliare

Sono rimborsate in eccedenza a quanto corrisposto dal FASI/FASDAC, le spese sostenute e documentate per l'assistenza infermieristica domiciliare fino alla concorrenza di un importo di € 100,00 giornaliera con un massimo di 30 giorni per persona e per anno.

B.2. Visite specialistiche

Sono riconosciute, in eccedenza a quanto corrisposto dal FSI/FASDAC, le visite medico-specialistiche riconosciute dallo stesso fino ad un massimo per ciascuna visita di € 100,00 con il limite massimo per anno e per persona di € 700,00.

B.3. Accertamenti diagnostici

Sono rimborsate, in eccedenza a quanto corrisposto dal FASI/FASDAC, le spese sostenute per gli accertamenti diagnostici previsti dallo stesso fino a € 2.500,00 per anno e per persona

B.4. Trattamenti fisioterapici riabilitativi

Sono rimborsate, in eccedenza a quanto corrisposto dal FASI/FASDAC, le spese sostenute per trattamenti di fisiokinesiterapia, fino ad un massimo di € 2.000,00 per anno e per persona.

B.5. Presidi e protesi

Sono rimborsate, in eccedenza a quanto corrisposto dal FASI/FASDAC, le spese sostenute per l'acquisto di presidi, protesi ed ausili sanitari, fino ad un massimo di € 1.500,00 per anno e per persona.

B.6. Cure odontoiatriche

Sono rimborsate, in eccedenza a quanto corrisposto dal FASI/FASDAC, le spese sostenute per le cure odontoiatriche fino a € 2.000,00 per anno e per persona

► Il limite massimo di spesa per anno e per persona dell'intero SETTORE- B PRESTAZIONI EXTRARICOVERO è di € 4.000,00

C. PRESTAZIONI ACCESSORIE

C.1. Rimborsi spese per accompagnatore

Sono rimborsate, in eccedenza a quanto corrisposto dal FASI/FASDAC, le spese sostenute e documentate per vitto e pernottamento di un accompagnatore dell'Assistito, con il limite di € 80,00 al giorno per un massimo di 30 gg.

C.2. Trasporto sanitario

Sono rimborsate, in eccedenza a quanto corrisposto dal FASI/FASDAC, le spese di trasporto in ambulanza o con qualsiasi altro mezzo di soccorso fino al massimo di € 2.000,00 per anno e per persona ma esclusivamente per comprovati casi di urgenza medica e con documentazione di spesa.

D. DISPOSIZIONI OPERATIVE

La documentazione per la richiesta di rimborso deve essere inoltrata a Mutua Tre Esso entro 3 mesi dall'avvenuta liquidazione da parte del FASI/FASDAC.

Essa deve comprendere:

- Copia delle fatture inviate al FASI/FASDAC
- Copia documento di rimborso emesso da tale Ente ove risulti l'avvenuto pagamento e le sue modalità.

Mutua Tre Esso si riserva di richiedere eventuale altra documentazione ritenuta necessaria ai fini del rimborso in eccedenza.

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

E. 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, parodontarie 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.

F. 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.

N/T oppure 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 (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.