FONDO TRE ESSE
SOLUZIONI E SERVIZI PER LA SANITÀ

PIANO SANITARIO “Plus 1 *LTC*”

Tutti i Ricoveri, altre prestazioni sanitarie e garanzia di Long Term Care

SOMMARIO:

SETTORE A - TUTTI I RICOVERI CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO
- A.1 - Ricoveri con intervento chirurgico
- A.2 - Ricoveri senza intervento chirurgico
- A.3 - Stato di gravidanza e Parto
- A.4 - Trattamenti oncologici
- A.5 - Interventi con applicazione di protesi ortopediche e neurologiche
- A.6 - Interventi chirurgici volti alla correzione di vizi di rifrazione
- A.7 - Ricoveri in Day Hospital- Day Surgery – Interventi ambulatoriali
- A.8 - Indennità giornaliera da malattia a seguito di ricovero

SETTORE B - PRESTAZIONI EXTRA RICOVERI
- B.1 - Visite specialistiche
- B.2 - Accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio
- B.3 - Assistenza infermieristica domiciliare
- B.4 - Cure odontoiatriche
- B.5 - Apparecchi protesici, ausili sanitari e lenti
- B.6 - Trattamenti fisioterapici

SETTORE C - PRESTAZIONI ACCESSORIE
- C.1 - Rimborso spese per accompagnatore
- C.2 - Trasporto sanitario

SETTORE D - CURE MEDICHE CONSEGUENTI AD INFORTUNIO
- D.1 - Indennità di gessatura
- D.2 - Trattamenti fisioterapici riabilitativi
- D.3 - Cure dentarie

SETTORE E - TICKET
SETTORE F - LONG TERM CARE
SETTORE G - ESCLUSIONI DALLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA
SETTORE H - GLOSSARIO
SETTORE I - DISPOSIZIONI OPERATIVE

Le prestazioni previste dal presente Piano Sanitario sono valide in tutto il mondo nella modalità di fruizione in Assistenza indiretta ma con il limite massimo di € 50.000 per la permanenza nei Paesi USA e Canada.

IL LIMITE MASSIMO DEL PRESENTE PIANO SANITARIO DISPONIBILE PER SINGOLO ASSISTITO E PER ANNO, È DI € 250.000,00 SALVO I SOTTOLIMITI DELLE PRESTAZIONI, OVE PREVISTI.

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

✱ **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** (a scelta dell'assistito)*

Assistenza indiretta (fuori Rete) valida in tutto il mondo nella modalità di fruizione in Assistenza indiretta ma con il limite massimo di € 50.000 per la permanenza nei Paesi USA e Canada.

Le spese sanitarie sostenute dall'Assistito vengono rimborsate previa applicazione di **uno scoperto del 10%** e comunque nell'ambito del massimale annuo e delle modalità previste dal presente Piano Sanitario.

✱ **N.B.** In caso di interventi chirurgici concomitanti e contemporanei effettuati in assistenza indiretta, 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.

Assistenza diretta (valida solo sul territorio nazionale)
Qualora l'Assistito, 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/o dell'opera di medici convenzionati, dovrà rivolgersi preventivamente al numero verde di seguito riportato.

Contact Center di Blue Assistance 800.010.008

si potrà verificare la seguente fattispecie:

- ***struttura convenzionata ed equipe medica convenzionata***
  *Fondo Tre Esse provvederà a pagare direttamente alle strutture e ai medici convenzionati i costi effettivamente sostenuti per le prestazioni sanitarie erogate, entro il massimale previa applicazione di uno **scoperto del 5%**.*

✱ **N.B.** Le spese sostenute per le prestazioni **pre e post ricovero**, come previste al punto 5 del settore A.1 ed al punto 3 del settore A.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 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.

A.1 - RICOVERI CON INTERVENTO CHIRURGICO

In assistenza diretta e indiretta

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 ed infermieristica, terapie in genere, le visite, gli accertamenti diagnostici, i **trattamenti fisioterapici rieducativi** (questi ultimi forfettariamente **al 50%** delle spese sostenute **se in assistenza indiretta**), effettuati intra ricovero

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.

✱ **N.B. Le prestazioni di cui ai punti 5) e7), sono rimborsate solo in assistenza indiretta, nella misura forfettaria del 80%.**

Sono peraltro esclusi gli interventi:

- **Stato di gravidanza e parto** in quanto disciplinati al successivo settore **A.3**
- **Applicazioni di protesi ortopediche e neurologiche** in quanto disciplinati al successivo settore **A.5**
- **Correzione vizi di rifrazione** in quanto disciplinati al successivo settore **A.6**
- **Day Hospital-Day Surgery-Interventi ambulatoriali** in quanto disciplinati al successivo settore **A.7**

A.2 - RICOVERI SENZA INTERVENTO CHIRURGICO

In assistenza diretta e indiretta

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 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,** 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 60 giorni successivi** alla dimissione dall'istituto di cura, *sono rimborsate solo **in assistenza indiretta** nella misura **del 80%.***

Sono peraltro esclusi i trattamenti oncologici in quanto disciplinati al successivo settore **A.4**

✱ **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

A.3 - STATO DI GRAVIDANZA E PARTO

parto naturale, parto cesareo, aborto e patologie della gravidanza

In assistenza diretta e indiretta

Sono rimborsate le spese sostenute per il parto naturale anche complicato, il parto cesareo e ogni patologia della gravidanza, fino alla concorrenza del massimale sottoindicato. 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 l'assistito si avvalesse 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 al Fondo Tre Esse.

Il limite massimo di spesa è di € 3.000,00 per il parto naturale e l'aborto o di € 8.000,00 per il parto cesareo per anno e per persona

A.4 - TRATTAMENTI ONCOLOGICI effettuati in regime di ricovero diurno e/o notturno

In assistenza diretta e indiretta

Sono rimborsate le spese sostenute per terapie relative a malattie oncologiche come la chemioterapia, la cobaltoterapia, la radioterapia ecc. Qualora l'Assistito, per tali trattamenti, si avvalesse del Servizio Sanitario Nazionale, verrà corrisposto, 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.

Relativamente alle prestazioni ammesse e nel limite massimo sottoindicato, sono rimborsabili le spese sostenute a titolo di **ticket** per l'assistenza prestata tramite il Servizio Sanitario Nazionale

Il limite massimo di spesa per tale assistenza è di € 8.000,00 per anno e per persona.

A.5 - INTERVENTI CON APPLICAZIONE DI PROTESI ORTOPEDICHE O NEUROLOGICHE

In assistenza diretta e indiretta

Sono rimborsate le spese sostenute per ricoveri necessari all'applicazione di protesi, ortopediche e neurologiche, fino alla concorrenza di **€ 15.000,00** per evento, per anno e per persona. Entro tale massimale sono compresi anche i costi degli apparecchi protesici, dei trattamenti fisioterapici rieducativi, degli accertamenti diagnostici, degli esami, delle analisi e di quant'altro inerente e reso necessario dall'intervento chirurgico, effettuati nei **30 giorni antecedenti o nei 60 successivi** all'intervento stesso.

Il limite massimo di spesa è di € 15.000,00 per evento, per anno e per persona.

A.6 - INTERVENTI CHIRURGICI VOLTI ALLA CORREZIONE DI VIZI DI RIFRAZIONE

In assistenza diretta e indiretta

Relativamente agli interventi chirurgici anche ambulatoriali finalizzati alla correzione dei vizi di rifrazione (miopia, ipermetropia e astigmatismo) con metodica LASER ad eccimeri, PRK e/o LASIK, la garanzia s'intende prestata **fino ad un massimo di € 1.000,00 per anno e per persona.**

A.7 - RICOVERI in Day Hospital, Day Surgery ed Interventi Ambulatoriali

In assistenza diretta e indiretta

Sono rimborsate le spese sostenute, per:

1. Le terapie medico/farmaceutiche, (**escluso le terapie oncologiche disciplinate a parte al settore A.4**), esami di laboratorio e accertamenti diagnostici effettuati in Day Hospital, nella misura forfettaria del **80%** 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* **maggiorato fino al 100%, se in assistenza indiretta.**

3. Le rette di degenza con il massimo di **€ 150,00** per giorno

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 rimborsati **solo *in assistenza indiretta, nella misura del 80%.***

✱ **N.B. Le prestazioni di cui ai punti 1,2,3 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 € 5.000,00 per anno e per persona, in assistenza diretta e indiretta

A.8 - INDENNITÀ DA MALATTIA A SEGUITO DI RICOVERO

In assistenza indiretta

Ove le spese del ricovero fossero **interamente sostenute dal S.S.N**. e non venga richiesto alcun rimborso per spese effettuate durante il ricovero, il Fondo corrisponderà un'indennità da malattia, per qualsiasi tipo di ricovero **con degenza notturna** in strutture sanitarie pubbliche o private e 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 trattamenti oncologi, lo stato di gravidanza e parto -** in quanto disciplinati ai relativi settori.

SETTORE B - PRESTAZIONI EXTRA RICOVERI

B.1 - VISITE SPECIALISTICHE

In assistenza indiretta

Sono riconosciute tutte le visite specialistiche, purché effettuati da medici specialistici la cui specializzazione dovrà essere attinente alla patologia di cui alla visita per la quale si chiede il rimborso, 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**.

Le cosiddette visite di controllo, (intendendosi per tali le visite specialistiche effettuate nell'anno per la stessa patologia, successive alla prima), verranno riconosciute con un rimborso di € 70,00 a visita, fermo il massimale annuo previsto.

Relativamente alle prestazioni ammesse, sono inoltre rimborsabili, entro il limite massimo sottoindicato, 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 € 500,00 per anno e per persona.

B.2 - ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ED ESAMI DI LABORATORIO

In assistenza indiretta

Sono rimborsabili gli accertamenti diagnostici indicati nel *Nomenclatore/Tariffario* del Fondo **nella misura forfettaria del 70%** come, a titolo esemplificativo, quelli di seguito elencati:

- esami cito/istologici/immunoistochimici
- angiografia
- mineralometria - densitometria ossea
- radiologia tradizionale
- risonanza magnetica nucleare
- tomografia assiale computerizzata
- medicina nucleare
- diagnostica endoscopica
- doppler/ecodoppler/ecocolordoppler
- ecografie
- esami bioptici - aghi aspirati
- fluorangiografia
- retinografia
- topografia corneale
- elettromiografia
- elettroencefalogramma
- potenziali evocati
- mielografia

Gli esami di laboratorio sono rimborsati nella misura del 50%

Il limite massimo di spesa per tale assistenza è di € 1.500,00 per anno e per persona.

B.3 - ASSISTENZA INFERMIERISTICA DOMICILIARE

In assistenza indiretta

Sono rimborsate le spese sostenute e documentate per l'assistenza infermieristica domiciliare fino alla concorrenza di un importo di **€ 60,00** giornaliere con un massimo di **30 giorni** per persona e per anno.

B.4 - CURE ODONTOIATRICHE

In assistenza indiretta

Sono rimborsate le spese sostenute e documentate per le cure odontoiatriche con i limiti previsti dal Nomenclatore/Tariffario Odontoiatrico in vigore con **il massimo di € 1.000,00 per anno e per persona.**
In caso di impianto osteointegrato tale limite è incrementato fino a € 1.200,00.

Le cure odontoiatriche ricostruttive, in conseguenza diretta di un infortunio, sono disciplinate al capitolo D.3

B.5 - APPARECCHI PROTESICI, AUSILI SANITARI e LENTI

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 cure, protesi ed i presidi odontoiatrici e ortodontici, fatta eccezione di quelle a scopo ricostruttivo a seguito di infortunio, di cui al successivo capitolo D.3.
- le ortesi plantari

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

Il limite massimo di spesa è di € 1.000.00 per anno e per persona con il limite di € 200 per le lenti

B.6 - TRATTAMENTI FISIOTERAPICI

In assistenza indiretta

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

- a seguito di ricovero interventi chirurgici
- a seguito di ricovero senza intervento chirurgico

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 sottoindicato, sono rimborsabili le spese sostenute a titolo di ticket per l'assistenza prestata dal Servizio Sanitario Nazionale.

Il limite massimo di spesa è di € 2.000,00 per anno e per persona.

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

SETTORE C - PRESTAZIONI ACCESSORIE

C.1 - RIMBORSO SPESE ACCOMPAGNATORE

In assistenza indiretta

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 **€ 70,00** al giorno per un **massimo di 15 gg**; in caso di ricovero all'Estero detti limiti sono elevati a **€ 120,00** al giorno per un massimo di **20 gg**.

C.2 - TRASPORTO SANITARIO

In assistenza indiretta

Sono rimborsate le spese di trasporto in ambulanza o con qualsiasi altro mezzo di soccorso pubblico con il massimo di **€ 1.500,00** per anno e per persona ma esclusivamente per comprovati casi di urgenza medica.

SETTORE D – CURE MEDICHE CONSEGUENTI AD INFORTUNIO

D.1 - INDENNITA' DI GESSATURA

In assistenza indiretta

In caso di infortunio, documentato da certificato di Pronto Soccorso, che comporti una gessatura, il Fondo riconosce una indennità forfettaria di **€ 100,00** al giorno **per un massimo di 30 gg.** L'inizio e il termine della gessatura deve essere documentato da certificato medico.

D.2 - TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI

In assistenza indiretta

In caso di infortunio, documentato da certificato di Pronto Soccorso, che comporti una prescrizione medica di trattamenti fisioterapici riabilitativi, il Fondo **riconosce il 50%** delle spese sostenute con il massimo di **€ 1.000,00** per anno e per persona purché i trattamenti vengano effettuati entro 1 anno dal verificarsi dell'evento.

D.3 - CURE DENTARIE

In assistenza indiretta

In caso di infortunio, documentato da certificato di Pronto Soccorso, in conseguenza del quale ci sia la necessità ricostruttiva di protesi, presidi odontoiatrici e ortodontici, sono rimborsate le spese sostenute in base ai limiti previsti dal Nomenclatore/Tariffario Odontoiatrico, purché l'intervento odontoiatrico avvenga entro il limite massimo di 1 anno dalla data dell'evento che lo ha generato.

Il limite massimo di spesa, per anno e per persona, dell'intero SETTORE D) – CURE MEDICHE CONSEGUENTI AD INFORTUNIO è di € 3.000,00

SETTORE E - TICKET

Per tutte le prestazioni previste dal presente Piano Sanitario sono integralmente rimborsate le spese sostenute a titolo di ticket per l'assistenza prestata dal Servizio Sanitario Nazionale, al netto della marca da bollo.

Il limite massimo di spesa per il rimborso dei TICKET rientra nel limite massimo del SETTORE cui la prestazione si riferisce.

Per tutte le informazioni non esiti a contattarci
al numero 02.890 11 031
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

SETTORE F – LONG TERM CARE – Perdita della Autosufficienza

La presente garanzia è prestata dalla Zurich Investments Life SpA
Rappresentanza Generale per l'Italia – Sede e Direzione: via Benigno Crespi,23 -20159 Milano
PEC: zurich.investments.life@pec.zurich.it - www. Zurich.it

Il relativo SET informativo completo è consultabile sul sito del Fondo, www.fondotreesse.it

F.1 - La polizza garantisce all'Assicurato il pagamento di una rendita posticipata vitalizia mensile non rivalutabile, ne caso in cui l'Assistito, a causa di una malattia, infortunio o per longevità, si trovi per un periodo di tempo non inferiore a 90 giorni continuativi, in uno stato tale – presumibilmente in modo permanente – da aver bisogno dell'assistenza di un'altra persona per aiutarlo nello svolgimento di **almeno 4 su 6 attività ordinarie della vita quotidiana** nonostante l'utilizzo di apparecchiature mediche e/o chirurgiche. Le attività sono le seguenti:

1. **Farsi il bagno o la doccia:** capacità di compiere queste azioni in modo autonomo, senza l'assistenza di una terza persona (inclusa la sola capacità di entrare e uscire autonomamente dalla vasca e dalla doccia);
2. **Mantenere l'igiene personale:** curare la propria igiene personale (intesa come capacità di radersi, pettinarsi e di fare toilette) in modo autonomo, senza l'assistenza di una terza persona;
3. **Vestirsi:** capacità, di mettersi o togliersi i vestiti in modo autonomo senza l'assistenza di una terza persona, nonostante l'utilizzo di abiti idonei;
4. **Nutrirsi:** capacità di mangiare, anche cibo preparato da altri, o di bere in modo autonomo, senza l'assistenza di una terza persona, nonostante l'utilizzo di posate e recipienti idonei;
5. **Continenza:** la capacità di controllare le funzioni corporali (es. urinali e defecali), mantenendo un livello di igiene personale soddisfacente;
6. **Spostarsi:** capacità di effettuare cambi posturali di qualsiasi tipo (es. alzarsi da una sedia, dal letto o in piedi) e camminare in modo autonomo, senza l'assistenza di una terza persona, anche con l'ausilio di stampelle o di una sedia a rotelle.

Inoltre, viene riconosciuto lo stato di non autosufficienza nel caso in cui all'Assicurato sia stata diagnosticata una patologia nervosa o mentale a causa organica quale il morbo di Parkinson o il morbo di Alzheimer che abbia causato, in modo presumibilmente irreversibile, la perdita delle capacità mentali. Per perdita delle capacità mentali si intende la capacità di pensare, di capire, ragionare o ricordare. Questa inabilità si manifesta con l'incapacità di badare a sé stessi senza la supervisione continua di un'altra persona. Il grado di disabilità mentale deve essere verificato da un neurologo od uno psichiatra attraverso specifici test clinici (test MMS di Folstein con punteggio inferiore o uguale a 10), tali da giustificare l'assistenza costante di una terza persona per compiere almeno 4 delle 6 azioni sopracitate.

F.2 – La presente garanzia cessa al compimento del settantacinquesimo anno.

SETTORE G - ESCLUSIONI 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 nel Piano sanitario).
12. Infortuni sofferti in stato di ubriacatezza alla guida di veicoli in genere o in conseguenza di proprie azioni delittuose o atti autolesivi
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 gli sport aerei in genere.
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, ritenendosi comunque tali anche la partecipazione a gare e competizioni.
16. Eventi causati da atti di guerra, da incidenti nucleari o da radiazioni nonchè in Conseguenza di movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche (sono peraltro comprese quelle riferite alla radioterapia).
17. Ricoveri determinati da finalità dietetiche ed estetiche o dalla cura del corpo (centri del benessere/istituti termali)
18. 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
19. Le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni congenite preesistenti alla iscrizione al Fondo, nonché le patologie ad esse correlate
21. La correzione dei vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia) se non diversamente indicato nel Piano sanitario
22. Gli interventi di chirurgia bariatrica finalizzati alla cura dell'obesità
23 Le prestazioni di controlli di routine che non siano prescritte da Medico specialista con indicazione della motivazione o della diagnosi ancorchè presunta
23. Cure dentarie, paradentarie e protesi dentarie fatta eccezione di quelle a scopo ricostruttivo a seguito di infortuni solo se documentate da referto del Pronto Soccorso, o salvo se diversamente previste dal piano sanitario
24. Le conseguenze della partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (spedizioni esplorative, artiche, himalayane o andine, regate oceaniche e simili).
25. Check-up di medicina preventiva fatta eccezione per quelli previsti dai piani sanitari che li prevedono

SETTORE H - 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 pubblico

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 specialisti 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, il Fondo presta la garanzia.

Indennità da malattia
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.

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

Documentazione richiesta per i rimborsi, gli elementi essenziali sono:

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

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

INTERVENTI CHIRURGICI E RICOVERI IN GENERE

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

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

Documentazione richiesta per i rimborsi, gli elementi essenziali sono:

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