

Modifiche al Piano sanitario vigente con decorrenza 1 gennaio 2010

RICOVERI – ASSISTENZA DIRETTA TRAMITE STRUTTURE CONVENZIONATE

Con decorrenza 1 gennaio 2010 e relativamente al Piano Sanitario B, l'assistenza diretta tramite la rete di Blue Assistance è prestata con l'applicazione di uno scoperto del 10% che resta a carico del Socio.

Tale scoperto non viene applicato sulle prestazioni :

P 1.4 – trattamenti oncologici

P 3.2 – Stato di gravidanza e parto

P 3.3 – Interventi con applicazione di protesi

RICOVERI – ASSISTENZA INDIRETTA TRAMITE NOMENCLATORE/TARIFFARIO

Con decorrenza 1 gennaio 2010 e relativamente al Piano Sanitario B, tutte le voci che compongono il Nomenclatore/Tariffario sono state aumentate del 5%.

CURE E TRATTAMENTI FISIOTERAPICI

I trattamenti fisioterapici indicati nel Nomenclatore Tariffario vengono rimborsati se praticati in seguito ad interventi chirurgici di qualunque tipologia nonché in conseguenza di infortunio, purchè giustificati da prescrizione medica con l'indicazione della terapia da seguire e con la specifica del numero di sedute necessarie.

Rimangono confermati il limite di € 500,00 per ciascun ciclo di cure nonché il limite massimo di spesa di € 1.550,00 per anno e per Socio.

Convenzionalmente si considerano “ciclo di cura” le prestazioni praticate in un arco temporale di 30 giorni.

Si ricorda altresì che la prestazione in oggetto è valida per i trattamenti che siano effettuati entro i 2 anni dal giorno del verificarsi dell'infortunio o da quello in cui è stato eseguito l'intervento chirurgico.

Precisazioni al Piano Sanitario vigente

STATO DI GRAVIDANZA, ABORTO E PARTO

Tutte le spese sostenute per l'aborto spontaneo, l'aborto terapeutico e/o volontario (purchè effettuato a termini di legge), il parto naturale anche complicato ed il parto cesareo sono integralmente rimborsate fino alla concorrenza di € 10.000,00 per evento, per anno e per Socio.

Entro tale massimale sono altresì compresi gli accertamenti diagnostici, gli esami, le analisi e quant'altro inerente e reso necessario dallo stato di gravidanza, effettuati nei 30 giorni antecedenti o nei 30 successivi all'intervento stesso.

A tale proposito si ricorda la necessità che la documentazione relativa alle spese sostenute nei suddetti periodi venga trasmessa agli uffici della Mutua unitamente alle spese sostenute per il ricovero nell'istituto di cura dove avviene l'evento "parto"

TEMPI DI INVIO DEI GIUSTIFICATIVI DI SPESA

Richiamiamo la Sua attenzione sull'art. 17 del vigente Regolamento laddove viene precisato:

“Le richieste di rimborso accompagnate dalla documentazione sanitaria e di spesa in originale, devono essere trasmesse agli uffici della Mutua o del Fondo Farmacisti (per i Soci Farmacisti Rurali), non oltre tre mesi dalla data di dimissioni dell'istituto di cura o dell'effettuazione delle prestazioni. Il mancato invio della suddetta documentazione nei termini indicati costituisce causa di decadenza del diritto al conseguimento dei rimborsi.”

L'invito al rispetto di tale normativa nasce soprattutto dai problemi che tali ritardi creano sulla corretta imputazione delle uscite di competenza sul bilancio di fine esercizio.

In caso di inosservanza ci troveremo, seppur spiacenti, nella necessità di rifiutare la richiesta di rimborso.