

PIANO SANITARIO INTEGRATIVO PER LE PERSONE ISCRITTE IN FORMA INDIVIDUALE

PREMESSA

I Piani Sanitari Integrativi per le persone iscritte in forma individuale, tra i quali rientra anche il presente **PIANO SANITARIO ARCOBALENO**, sono destinati alle/agli iscritte/i al Fasi o ad altra forma di assistenza sanitaria analogica, di cui all'art. 2 del Regolamento Assidai. Le prestazioni, i relativi limiti e massimali sono di seguito riportati e il rimborso corrisponde alla differenza tra la spesa sostenuta e documentata e quanto rimborsato dal Fasi o da altre forme di assistenza analoghe, entro i limiti specificamente previsti dal Piano Sanitario in oggetto. Nel caso in cui le spese sanitarie riguardino un evento dell'anno precedente e non vi sia stata interruzione clinica, i limiti e i massimali applicabili alla liquidazione saranno quelli previsti per l'anno precedente. Qualora il rimborso ricevuta dalla persona iscritta da parte di forme assistenziali diverse dal Fasi risulti inferiore a quello che sarebbe stato il rimborso di detto Fondo, la prestazione di Assidai sarà determinata convenzionalmente sulla base di quello che sarebbe stato il rimborso del Fasi. Qualora, infine, la spesa sostenuta non rientri tra le prestazioni del Fasi, essa sarà riconosciuta da Assidai, sempreché sia compresa nel Piano Sanitario prescelto dalla persona iscritta. Quanto sopra, peraltro, non si applica per le prestazioni che il Fasi ha eliminato dal proprio tariffario con le modifiche decorrenti dall'1.1.1997 e successive; per esse il Consiglio di Amministrazione di Assidai stabilirà l'entità del rimborso (art. 9 sub 1 - Prestazioni Medico Sanitarie del Regolamento Assidai). Per le ulteriori condizioni di rimborso e regole operative si rinvia a quanto espressamente stabilito dallo Statuto e dal Regolamento del Fondo, che, insieme al presente Piano Sanitario, sono gli unici documenti a far fede. Si precisa che potranno fruire del regime di assistenza diretta esclusivamente le persone iscritte ai Piani Sanitari integrativi del Fasi.

AREA RICOVERO

A - RICOVERI CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO
Massimale € 500.000 anno/nucleo.

Il rimborso delle prestazioni verrà calcolato applicando lo scoperto del 30% sulla differenza tra la spesa sostenuta e documentata e quanto rimborsato o rimborsabile dal Fasi. In caso di utilizzo della rete di Case di Cura ed equipe mediche, convenzionate, e a condizione che le convenzioni risultino effettivamente e completamente applicate, lo scoperto sarà pari al 15%.

Il rimborso massimo previsto per le prestazioni di cui presente lettera A) non potrà superare l'importo rimborsato o rimborsabile dal Fasi.

- 1) In caso di ricovero per intervento chirurgico (compresi parto cesareo e aborto terapeutico) effettuato in Istituto di cura, le spese per:
 - onorari della/del chirurgo/a, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico; diritti di sala operatoria e materiale di intervento (compresi gli apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento); assistenza medica e infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, medicinali ed esami post-intervento, effettuati durante il periodo di ricovero;
 - saranno, inoltre, rimborsate le spese sostenute per l'utilizzo di robot, solo se fatturate dalla Casa di cura, entro il limite di € 5.000 per intervento;
 - in caso di parto cesareo: onorari medici, accertamenti diagnostici, cure, medicinali, esami riguardanti il periodo di ricovero anche per la neonata o il neonato;
 - rette di degenza (con esclusione di quelle concernenti i bisogni non essenziali della/del degente, ad es. telefono, televisione, ecc.), con il limite giornaliero di € 186 (comprensivo di IVA); nessun limite per i giorni di ricovero in reparti di terapia intensiva in caso di intervento chirurgico per malattie oncologiche, del cuore, del cervello (anche infortunio) e trapianto di organi; in caso di ricoveri riabilitativi, indipendentemente dalla classificazione della struttura sanitaria presso la quale viene effettuata la degenza, Assidai provvederà a rimborsare le spese relative alla retta di degenza con il limite giornaliero di € 25, comprensivo di ogni spesa sostenuta. Tale limite sarà applicato anche in caso di ricovero che si protragga oltre i 90 giorni - calcolati anche a cavallo di due annualità successive - a partire dal 91° giorno di ricovero;
 - ricovero della donatrice o del donatore per accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico di espianto, cure, medicinali e rette di degenza;
 - vitto e pernottamento in Istituto di cura o struttura alberghiera, ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un'accompagnatrice o un accompagnatore della persona assistita con il limite giornaliero di € 52 e con un massimo di giorni 30 per anno/nucleo;
 - trasporto della persona assistita e di un'eventuale accompagnatrice o accompagnatore all'estero e ritorno, in treno o in aereo di linea, con il massimo di € 2.000 per anno/nucleo;
 - trasporto della persona assistita in ambulanza all'Istituto di cura e viceversa, con il massimo di € 1.000 per anno/nucleo (per il doppio percorso), ancorché all'arrivo all'Istituto stesso non si riscontrino la necessità del ricovero con intervento;
 - prestazioni fisioterapiche effettuate nei 90 giorni successivi al ricovero, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero con intervento;
 - accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, effettuati nei 90 giorni precedenti e successivi al ricovero, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero con intervento.
- 2) In caso di ricovero in Istituto di cura che non comporti intervento chirurgico, le spese per:
 - rette di degenza (con esclusione di quelle concernenti i bisogni non essenziali della/del degente, ad es. telefono, televisione, ecc.) con il limite giornaliero di € 186 (comprensivo di IVA); in caso di ricoveri per patologie croniche, per riabilitazione e per quelli volti al recupero da dipendenze, indipendentemente dalla classificazione della struttura sanitaria presso la quale viene effettuata la degenza, Assidai provvederà a rimborsare le spese relative alla retta di degenza con il limite giornaliero di € 25, comprensivo di ogni spesa sostenuta. Tale limite sarà applicato anche in caso di ricovero che si protragga oltre i 90 giorni - calcolati anche a cavallo di due annualità successive - a partire dal 91° giorno di ricovero;
 - accertamenti diagnostici, assistenza medica, cure, medicinali riguardanti il periodo di ricovero;
 - trasporto della persona assistita in ambulanza all'Istituto di cura e viceversa, con il massimo di € 1.000 per anno/nucleo (per il doppio percorso), ancorché all'arrivo all'Istituto stesso non si riscontrino la necessità del ricovero;

- accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, effettuati nei 90 giorni precedenti e successivi al ricovero, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero.
- 3) In caso di parto non cesareo, le spese per:
 - rette di degenza, con il limite massimo di € 78 giornalieri (comprensivo di IVA), con esclusione di quelle concernenti i bisogni non essenziali della degente, ad es. telefono, televisione, ecc.;
 - onorari medici, accertamenti diagnostici, cure, medicinali, esami riguardanti il periodo di ricovero anche per la neonata o il neonato.
- 4) In caso di degenza in Istituto di cura in regime di day hospital, le spese previste nei precedenti punti 1) e 2).
- 5) In caso di ricovero per interventi a scopo ricostruttivo a seguito di mastectomia o quadrantectomia e relativo intervento di adeguamento contro-laterale, saranno riconosciute le spese di cui al punto 1).
- 6) In caso di degenze dovute a forme morbide croniche, presso Istituti riconosciuti dal FASI, per le quali quest'ultimo preveda, in base al proprio tariffario la corresponsione di un'indennità giornaliera, verrà erogato da Assidai un rimborso spese nei limiti di € 25 giornalieri con un massimo di € 775 mensili, previa presentazione di fattura e comunque a integrazione di quanto erogato dal Fondo primario.

AREA EXTRA RICOVERO

B - EXTRAOSPEDALIERE

Il rimborso delle prestazioni previste ai seguenti punti B1), B2) verrà calcolato applicando all'importo della spesa sostenuta uno scoperto del 25% sulla differenza tra la spesa sostenuta e documentata e quanto rimborsato o rimborsabile dal Fasi. In caso le prestazioni siano effettuate in regime di convenzionamento diretto presso strutture sanitarie e specialiste/i convenzionate/i con utilizzo della rete di Case di Cura ed equipe mediche convenzionate, e a condizione che le convenzioni risultino effettivamente e completamente applicate, lo scoperto sarà pari al 15% sulla differenza tra la spesa sostenuta e documentata e quanto rimborsato o rimborsabile dal Fasi.

- 1) Le seguenti prestazioni sanitarie, purché prescritte dai medici, esclusa la spesa per la visita di prescrizione, fino alla concorrenza di € 6.500 per anno/nucleo familiare: agopuntura (purché effettuata dai medici); amniocentesi e villocentesi; angiografia; arteriografia; biopsia; chemioterapia; cistografia; clisma opaco; colposcopia; coronarografia; defecografia; diagnostica radiologica; dialisi; doppler; ecografia; ecocardiografia a riposo e da sforzo sia fisico, sia farmacologico; ecocardiografia fetale; ecografia in transluenza nucleare; elettrocardiografia; elettromiografia; elettroencefalografia; epiluminescenza; fluorangiografia; holter (anche pressorio); isterosalpingografia; laserterapia; moc; pachimetria corneale; polisomnografia; radioterapia; risonanza magnetica nucleare; scintigrafia; spirometria; tac; telecuore; topografia corneale; uroflussometria; urografia; nonché, nel limite complessivo di € 259 per anno/nucleo familiare, funzionalità ormonale e spermogramma.
- 2) Le spese per cure, trattamenti e tutte le terapie relative ad affezioni oncologiche, fino alla concorrenza di ulteriori € 5.165 per anno/nucleo familiare.
- 3) Le spese per visite specialistiche fino alla concorrenza di € 1.033 per anno/nucleo familiare, fermo il limite di rimborso di € 52 per visita, e con esclusione dal rimborso delle spese relative alle prime quattro visite effettuate non in regime di convenzionamento diretto (le ricevute di spesa dovranno, comunque, essere inviate con le modalità previste dall'art. 9 del Regolamento al fine del conteggio della franchigia); le visite specialistiche previste dal Piano Sanitario ed effettuate in regime di convenzionamento diretto presso gli specialiste/i convenzionate/i con il Network, non rientrano nel calcolo della franchigia numerica e saranno quindi tutte rimborsate nei limiti sopracitati (€ 52 per visita e fino a concorrenza di € 1.033 per anno/nucleo). Sono escluse dal rimborso le visite pediatriche, dentarie, ortodontiche e oculistiche quando effettuate per controllo visus; sono, inoltre, escluse le visite specialistiche psichiatriche dovute a forme di malattie mentali e tutte le forme di nevrosi, psicoterapia e psicoanalisi.

C - AMBULATORIALI

Le spese per interventi chirurgici (incluse le prestazioni biotipiche), nonché le spese per prestazioni endoscopiche, fino alla concorrenza di € 5.165 per anno/nucleo familiare. Il rimborso delle prestazioni verrà calcolato applicando lo scoperto del 30% sulla differenza tra la spesa sostenuta e documentata e quanto rimborsato o rimborsabile dal Fasi. In caso le prestazioni siano effettuate in regime di convenzionamento diretto presso strutture sanitarie e specialiste/i convenzionate/i con utilizzo della rete di Case di Cura ed equipe mediche convenzionate, e a condizione che le convenzioni risultino effettivamente e completamente applicate, lo scoperto sarà pari al 15%.

Il rimborso massimo previsto per le prestazioni di cui presente lettera C) non potrà superare l'importo rimborsato o rimborsabile dal Fasi.

Fermo restando che, nel caso in cui la prestazione non risulti compresa nel tariffario Fasi, verrà applicato, sulle spese effettivamente sostenute e documentate, uno scoperto del 25%, sia in caso di prestazioni effettuate in rete che fuori rete.

- D - Quando la persona iscritta abbia figlie/i minorenni, in caso di ricovero di una/un componente del nucleo familiare iscritta/o ad Assidai, in conseguenza di infortunio, malattia, parto o aborto terapeutico, spontaneo o post-traumatico, Assidai rimborsa le spese sostenute per le prestazioni di una collaboratrice o un collaboratore familiare. Detta prestazione è riconosciuta per ricoveri di durata superiore a giorni 7, con il limite di 30 giorni per anno/nucleo e di € 26 giornalieri. Tale rimborso, pertanto, è escluso in caso di day hospital e intervento ambulatoriale.
- E - Nel caso in cui, a seguito di infortunio, derivi alla persona assistita un'invalidità di grado non inferiore al 66%, Assidai corrisponde, entro il massimale di € 56.000, un'indennità periodica per il pagamento delle rate relative a contratti di mutuo, per l'acquisto di una casa, e garantiti da ipoteca sull'immobile, venute a scadenza a partire dal dodicesimo mese dalla data dell'infortunio.
- F - **PRESTAZIONI AGGIUNTIVE:** qualora non sia stata presentata, da parte dell'intero nucleo familiare, alcuna richiesta di rimborso per prestazioni medico sanitarie nei due anni precedenti a quello in corso, verranno rimborsate, nei limiti di € 150 per ciascuna prestazione e per anno/nucleo familiare, le spese che siano effettivamente rimaste a carico della persona iscritta per visite di diagnostica preventiva di natura ginecologica e/o urologica, nei limiti di due visite complessive.

SCHEDA RIEPILOGATIVA DEL PIANO SANITARIO INTEGRATIVO

NOTA BENE: La presente scheda riepilogativa costituisce esclusivamente un breve riassunto delle principali prestazioni offerte e, pertanto, ha carattere puramente informativo e non esaustivo. Tutte le prestazioni e le condizioni di rimborso sono riportate nel Piano Sanitario che è l'unico documento, unitamente allo Statuto e al Regolamento Assidai, a far fede.

	PRESTAZIONI	MASSIMALI ANNO/NUCLEO	LIMITI/SCOPERTI/FRANCHIGIE
AREA RICOVERO A	Ricovero/day hospital con o senza intervento chirurgico	€ 500.000 rimborso massimo pari a quanto rimborsabile dal Fasi	
	Spese per utilizzo di robot (solo se fatturate dalla Casa di cura)	€ 5.000 per intervento (sottolimito del massimale ricovero/day hospital con o senza intervento chirurgico)	
	Ricovero per intervento a scopo ricostruttivo a seguito di mastectomia o quadrantectomia e relativo intervento di adeguamento contro-laterale	Nel massimale del ricovero/day hospital con o senza intervento chirurgico	Fuori rete: scoperto del 30% sulla differenza tra la spesa sostenuta e documentata e quanto rimborsato o rimborsabile dal Fasi. Il rimborso massimo previsto non potrà superare l'importo rimborsato o rimborsabile dal Fasi.
	Trasporto della persona assistita in ambulanza all'Istituto di cura	€ 1.000 per il doppio percorso	In rete (convenzione diretta Assidai): scoperto del 15% sulla differenza tra la spesa sostenuta e documentata e quanto rimborsato o rimborsabile dal Fasi. Il rimborso massimo previsto non potrà superare l'importo rimborsato o rimborsabile dal Fasi.
	Trasporto della persona assistita e di un eventuale accompagnatrice o accompagnatore in treno o in aereo di linea, all'estero e ritorno	€ 2.000 (in caso di ricovero con intervento chirurgico)	Retta di degenza: € 186 al giorno (compresa IVA). Retta di degenza in caso di parto naturale: € 78 al giorno (compresa IVA).
	Vitto e pernottamento accompagnatrice o accompagnatore	€ 52 al giorno (in caso di ricovero con intervento chirurgico, massimo 30 giorni anno/nucleo)	Nessun limite alla retta di degenza per i giorni di ricovero in reparti di terapia intensiva in caso di intervento chirurgico per malattie oncologiche, del cuore, del cervello (anche infortuni) e trapianto di organi.
	Spese per accertamenti diagnostici pre-ricovero	90 giorni prima del ricovero	Retta di degenza: € 25 al giorno (comprensivi di ogni spesa) in caso di ricoveri per patologie croniche, ricoveri riabilitativi e ricoveri oltre i 90 giorni.
	Spese per accertamenti diagnostici post-ricovero	90 giorni dopo il ricovero	
	Spese per prestazioni fisioterapiche	90 giorni dopo il ricovero (in caso di ricovero con intervento chirurgico)	
	Collaboratrice o collaboratore familiare	€ 26 al giorno (Massimo 30 giorni anno/nucleo)	In caso di figlie/figlie/i minorenni per ricoveri di più di 7 giorni di una/un componente del nucleo.
RICOVERO FORME MORBOSE CRONICHE (a integrazione di quanto rimborsato dal Fasi o altro Fondo primario)	€ 25 giornalieri	Importo massimo mensile erogabile di € 775.	
AREA EXTRA - RICOVERO B	Extraspedaliere	€ 6.500 (38 tipologie di esami con sottomassimale di € 259 per funzionalità ormonale/spermiogramma)	Fuori rete: scoperto del 25% sulla differenza tra la spesa sostenuta e quanto rimborsato o rimborsabile dal Fasi. In rete (convenzione diretta Assidai): scoperto del 15% sulla differenza tra la spesa sostenuta e quanto rimborsato o rimborsabile dal Fasi.
	Cure per patologie oncologiche	€ 5.165	Fuori rete: scoperto del 25% sulla differenza tra la spesa sostenuta e quanto rimborsato o rimborsabile dal Fasi. In rete (convenzione diretta Assidai): scoperto del 15% sulla differenza tra la spesa sostenuta e quanto rimborsato o rimborsabile dal Fasi.
	Interventi ambulatoriali	€ 5.165 Rimborso massimo pari a quanto rimborsabile dal Fasi	Fuori rete: scoperto del 30% sulla differenza tra la spesa sostenuta e documentata e quanto rimborsato o rimborsabile dal Fasi. Il rimborso massimo previsto non potrà superare l'importo rimborsato o rimborsabile dal Fasi. In rete (convenzione diretta Assidai): scoperto del 15% sulla differenza tra la spesa sostenuta e documentata e quanto rimborsato o rimborsabile dal Fasi. Il rimborso massimo previsto non potrà superare l'importo rimborsato o rimborsabile dal Fasi.
	Visite specialistiche	€ 1.033	Rimborso massimo di € 52 a visita. Fuori rete: esclusione dal rimborso delle prime 4 visite presentate ad Assidai. In rete (convenzione diretta Assidai): nessuna applicazione della franchigia numerica, fermo il limite di € 52 a visita.
	Visite specialistiche preventive ginecologiche e/o urologiche	2 visite annue per un massimo di € 150 per ciascuna visita	Solo se non sia stata presentata alcuna richiesta di rimborso nei due anni precedenti.
Indennità mutuo	€ 56.000	In caso di infortunio da cui derivi un'invalidità di grado non inferiore al 66%, corresponsione di un'indennità periodica per le rate del mutuo.	