PIANO SANITARIO SOSTITUTIVO PER LE PERSONE ISCRITTE IN FORMA INDIVIDUALE

PREMESSA

I Piani Sanitari Sostitutivi per le persone iscritte in forma individuale, tra i quali rientra anche il presente PIANO SANITARIO ARCOBALENO, sono destinati alle persone iscritte non assistite dal Fasi o da altre forme di assistenza sanitaria analoga, di cui all'art. 2 del Regolamento Assidai.

Le prestazioni riconosciute sono riportate di seguito e il rimborso riguarderà l'intero importo della spesa sostenuta con l'applicazione a seconda della diversa tipologia di prestazione degli scoperti, franchigie e massimali specificamente indicati. Per tutto ciò che attiene alle condizioni di rimborso e alle 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.

AREA RICOVERO

A - RICOVERI CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO: il rimborso verrà calcolato applicando all'importo della spesa sostenuta uno scoperto del 30%, con il minimo di € 2.000. In caso di day hospital, il predetto minimo è ridotto a € 500.

In caso di ricovero o day hospital con o senza intervento chirurgico effettuato utilizzando la Rete di Cura ed equipe mediche convenzionate, ed a condizione che le convenzioni risultino effettivamente e completamente applicate, il rimborso verrà calcolato applicando all'importo della spesa sostenuta uno scoperto del 15%, con il minimo di € 1.500. In caso di day hospital, il predetto minimo è ridotto a € 500.

Si precisa che, sia per i ricoveri effettuati in forma diretta sia per quelli effettuati in forma indiretta, potrebbero rimanere a carico della persona iscritta, oltre a quanto precedentemente indicato, eventuali spese dovute al superamento del limite della retta di degenza, del limite per l'accompagnatrice/accompagnatore e ogni altra prestazione per la quale il Piano Sanitario stabilisca una quota massima di rimborso o limite massimo di giorni di erogazione.

Massimale di € 500.000 anno/nucleo. Per il parto cesareo il rimborso massimo sarà di € 8.000.

Se il ricovero ha luogo all'estero, il rimborso sarà effettuato a integrazione del contributo erogato dal Servizio Sanitario Nazionale.

- 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/o, 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 ed 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 degente, ad esempio 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 infortuni) 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 ed 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 una/un eventuale accompagnatrice/accompagnatore in treno o in aereo di linea, all'estero e ritorno, 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 riscontri 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 esempio 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 riscontri 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, con il rimborso massimo di € 4.000, 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 quadrangectomia e relativo intervento di adeguamento contro-laterale, saranno riconosciute le spese di cui al punto 1).
 - 6) Per i periodi di ricovero dovuto a forme morbose croniche, verrà erogato, a titolo di rimborso da Assidai, una retta pari a € 25 giornalieri per un massimo di € 775 mensili; lo stesso importo sarà riconosciuto in caso di ricovero ospedaliero che si protragga oltre il periodo di 90 giorni, quest'ultimo calcolato anche a cavallo di due annualità successive. Il suddetto importo è comprensivo di ogni spesa sostenuta.

AREA EXTRA RICOVERO

B - EXTRAOSPEDALIERE: il rimborso verrà calcolato applicando all'importo della spesa sostenuta uno scoperto del 30% con il minimo di € 60 per prestazione. In caso le prestazioni siano effettuate in regime di convenzionamento diretto presso strutture sanitarie e specialiste/i convenzionate/i con il Network, il rimborso delle prestazioni previste ai successivi punti 1), 2) e 3) verrà calcolato applicando uno scoperto del 15% con un minimo di € 30 per prestazione.

- 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 translucenza nucleare; elettrocardiografia; elettromiografia; elettroencefalografia; epiluminescenza; fluorangiografia; holter (anche pressorio); isterosalpingografia; laserterapia; moc; pachimetria corneale; polisonnografia; 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.
- 3) Le spese per visite specialistiche fino alla concorrenza di € 1.500 per anno/nucleo. Sono escluse dal rimborso le visite pediatriche, dentarie, ortodontiche ed 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: il rimborso verrà calcolato applicando all'importo della spesa sostenuta uno scoperto del 30% con un minimo di € 300. In caso le prestazioni siano effettuate in regime di convenzionamento diretto presso strutture sanitarie e specialiste/i convenzionate/i con il Network, il rimborso verrà calcolato applicando uno scoperto del 15% con il minimo di € 200.

Le spese per interventi chirurgici (incluse le prestazioni biottiche), nonché le spese per prestazioni endoscopiche, fino alla concorrenza di € 5.165 per anno/nucleo familiare.

Qualora, per le prestazioni di cui ai punti B e C del presente Piano Sanitario, le persone iscritte si avvalgano del Servizio Sanitario Nazionale, Assidai effettuerà il rimborso dell'intero ticket corrisposto dall'assistito.

- 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 ed intervento ambulatoriale.
- E - Nel caso in cui, a seguito di infortunio, derivi all'assistito 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 SOSTITUTIVO

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 (sottolimito di € 8.000 in caso di parto cesareo; sottolimito di € 4.000 in caso di parto naturale)	<p>Fuori rete: scoperto del 30% con un minimo di € 2.000. In caso di day hospital lo scoperto minimo è pari a € 500.</p> <p>In rete (convenzione diretta Assidai): scoperto del 15% con un minimo di € 1.500. In caso di day hospital lo scoperto minimo è pari ad € 500.</p> <p>Retta di degenza: € 186 al giorno (compresa IVA). Retta di degenza in caso di parto naturale: € 78 al giorno (compresa IVA).</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>In caso di figlie/figli minorenni per ricoveri di più di 7 giorni di una/un componente del nucleo. Massimo 30 giorni anno/nucleo.</p>
	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	
	Trasporto della persona assistita in ambulanza all'Istituto di cura	€ 1.000 per il doppio percorso	
	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)	
	Vitto e pernottamento accompagnatrice o accompagnatore	€ 52 al giorno (In caso di ricovero con intervento chirurgico. Massimo 30 giorni anno/nucleo)	
	Spese per accertamenti diagnostici pre-ricovero	90 giorni prima del ricovero	
	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	
RICOVERO FORME MORBOSE CRONICHE		€ 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)	<p>Fuori rete: scoperto del 30% con un minimo di € 60 per prestazione.</p> <p>In rete (convenzione diretta Assidai): scoperto del 15% con un minimo di € 30 per prestazione. Rimborso al 100% in caso di ticket del SSN.</p>
	Cure per patologie oncologiche	€ 5.165	<p>Fuori rete: scoperto del 30% con un minimo di € 60 a prestazione.</p> <p>In rete (convenzione diretta Assidai): scoperto del 15% con un minimo di € 30 a prestazione. Rimborso al 100% in caso di ticket del SSN.</p>
	Interventi ambulatoriali	€ 5.165	<p>Fuori rete: scoperto del 30% con il minimo di € 300.</p> <p>In rete (convenzione diretta Assidai): scoperto del 15% con il minimo di € 200. Rimborso al 100% in caso di ticket del SSN.</p>
	Visite specialistiche	€ 1.500	<p>Fuori rete: scoperto del 30% con il minimo di € 60 a prestazione.</p> <p>In rete: scoperto del 15% con il minimo di € 30 a prestazione. Rimborso al 100% in caso di ticket del SSN.</p>
	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 di mutuo.