

## PIANO SANITARIO INTEGRATIVO PER GLI ISCRITTI IN FORMA INDIVIDUALE

### PREMESSA

I Piani Sanitari Integrativi per gli iscritti in forma individuale, tra i quali rientra anche il presente **PIANO SANITARIO BASE**, sono destinati agli iscritti al Fasi o ad altra forma di assistenza sanitaria analogha, 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 ricevuto dall'iscritto 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. Nel caso in cui l'iscritto non usufruisca dell'assistenza del Fasi o di altre forme di assistenza analoghe, ovvero, pur potendone usufruire, non vi abbia fatto ricorso, il rimborso sarà pari alla differenza tra la spesa sostenuta e quella che sarebbe stata la prestazione 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 dall'iscritto. 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 gli iscritti ai Piani Sanitari integrativi del Fasi.

### AREA RICOVERO

#### A - RICOVERI PER INTERVENTI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

Massimale € 500.000 anno/nucleo.

Le prestazioni di cui alla presente lettera A) vengono rimborsate fino ad un importo massimo pari a quello rimborsato o rimborsabile dal Fasi.

- In caso di ricovero per intervento chirurgico di alta specializzazione a seguito di **malattie oncologiche, malattie del cuore, malattie ed infortuni al cervello, trapianto e donazione di organi** le spese per:
  - onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico; diritti di sala operatoria e materiale d'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;
  - rette di degenza (con esclusione di quelle concernenti i bisogni non essenziali 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 ricoveri che si protraggano oltre i 90 giorni - calcolati anche a cavallo di due annualità successive - a partire dal 91° giorno di ricovero, Assidai, indipendentemente dalla classificazione della struttura sanitaria presso la quale viene effettuata la degenza, provvederà a rimborsare le spese relative alla retta di degenza **con il limite giornaliero di € 25**, comprensivo di ogni spesa sostenuta;
  - ricovero 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 accompagnatore dell'assistito **con il limite giornaliero di € 52 e con un massimo di giorni 30** per anno/nucleo;
  - trasporto dell'assistito e di un eventuale accompagnatore all'estero e ritorno, in treno o in aereo di linea, **con il massimo di € 2.000** per anno/nucleo;
  - trasporto dell'assistito 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.
- 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). **Il rimborso sarà calcolato applicando una franchigia fissa di € 500.**
  - In caso di degenze dovute a forme morbose 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 ad integrazione di quanto erogato dal Fondo primario.

### AREA EXTRA RICOVERO

#### B - EXTRAOSPEDALIERE

- Le seguenti prestazioni sanitarie, purché prescritte dal medico, esclusa la spesa per la visita di prescrizione, fino alla concorrenza di **€ 6.500** per anno/nucleo familiare: **angiografia; arteriografia; biopsia; chemioterapia; colposcopia; coronarografia; diagnostica radiologica; ecografia; ecocardiografia a riposo e da sforzo sia fisico sia farmacologico; elettrocardiografia; elettroencefalografia; fluorangiografia; holter (anche pressorio); polisonnografia; radioterapia; risonanza magnetica nucleare; scintigrafia; tac; telecuore; uroflussometria.**
- Le spese per cure, trattamenti e tutte le terapie relative ad affezioni oncologiche, anche se effettuate in regime di day hospital (con esclusione dal rimborso delle rette di degenza) fino alla concorrenza di ulteriori **€ 5.165** per anno/nucleo familiare.
- Le spese per visite specialistiche dovute a malattie oncologiche, malattie del cuore, malattie ed infortuni al cervello, trapianto di organi: 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 specialisti convenzionati con il Network, non rientreranno 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).

**C - 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 dell'iscritto 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 con intervento chirurgico di alta specializzazione	<b>€ 500.000</b> Rimborso massimo pari a quanto rimborsabile dal Fasi	Retta di degenza: <b>€ 186</b> al giorno (compresa IVA).  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 utilizzo di robot (solo se fatturate dalla Casa di cura)	<b>€ 5.000 per intervento</b> (sottolimito del massimale per Ricovero con intervento chirurgico di alta specializzazione)	Retta di degenza: <b>€ 25</b> al giorno (comprensivi di ogni spesa) in caso di ricoveri oltre i 90 giorni.
	Ricovero per intervento a scopo ricostruttivo a seguito di mastectomia o quadrantectomia e relativo intervento di adeguamento contro-laterale	Nel massimale del Ricovero con intervento chirurgico di alta specializzazione	<b>Franchigia fissa di € 500 per intervento.</b>
	Trasporto dell'assistito in ambulanza all'Istituto di cura	<b>€ 1.000</b> per il doppio percorso	-
	Trasporto dell'assistito e di un eventuale accompagnatore in treno o in aereo di linea, all'estero e ritorno	<b>€ 2.000</b>	-
	Vitto e pernottamento accompagnatore	<b>€ 52</b> al giorno	Massimo 30 giorni anno/nucleo.
	Spese per accertamenti diagnostici pre-ricovero	<b>90 giorni</b> prima del ricovero	-
	Spese per accertamenti diagnostici post-ricovero	<b>90 giorni</b> dopo il ricovero	-
	Spese per prestazioni fisioterapiche	<b>90 giorni</b> dopo il ricovero	-
	RICOVERO FORME MORBOSE CRONICHE (ad integrazione di quanto rimborsato dal Fasi o altro Fondo primario)	<b>€ 25</b> giornalieri	Importo massimo mensile erogabile di <b>€ 775</b> .
AREA EXTRA - RICOVERO B	Extraospedaliere	<b>€ 6.500</b> (20 tipologie di esami)	-
	Cure per patologie oncologiche	<b>€ 5.165</b>	Escluso rimborso delle rette di degenza.
	Visite specialistiche (purché relative alle stesse patologie previste dal Piano Sanitario per il ricovero)	<b>€ 1.033</b>	Rimborso massimo di <b>€ 52</b> a visita. <b>Fuori rete:</b> esclusione dal rimborso delle prime 4 visite presentate ad Assidai. <b>In rete (convenzione diretta Assidai):</b> nessuna applicazione della franchigia numerica, fermo il limite di <b>€ 52</b> a visita.
	Visite specialistiche preventive ginecologiche e/o urologiche	<b>2 visite</b> annue per un massimo di <b>€ 150</b> per ciascuna visita	Solo se non sia stata presentata alcuna richiesta di rimborso nei due anni precedenti.