

PIANO SANITARIO SOSTITUTIVO PER GLI ISCRITTI IN FORMA INDIVIDUALE

PREMESSA

I Piani Sanitari Sostitutivi per gli iscritti in forma individuale, tra i quali rientra anche il presente **PIANO SANITARIO BASE**, sono destinati agli iscritti non assistiti 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 PER INTERVENTI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

Scoperto del 30%, con il minimo di € 2.000.

In caso di ricovero effettuato utilizzando la Rete di Case di Cura ed equipe mediche convenzionate, ed a condizione che le convenzioni risultino effettivamente e completamente applicate, il rimborso verrà calcolato applicando lo **scoperto del 15%** con il minimo di € 1.500.

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

Massimale € 500.000 anno/nucleo.

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 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'e-

stero 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.
- 2) 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 verrà calcolato applicando all'importo della spesa sostenuta uno scoperto del 25%, con il minimo di € 700 e un massimo di € 2.000 per evento. **Qualora la prestazione sia effettuata in convenzione diretta con Assidai, il rimborso verrà calcolato applicando gli scoperti minimi di cui al punto A) maggiorati di una ulteriore franchigia di € 500.**
- 3) Per i periodi di ricovero dovuti a forme morbose croniche, verrà erogata, 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 specialisti convenzionati con il Network, il rimborso delle prestazioni previste ai successivi punti 1) e 2) verrà calcolato applicando uno **scoperto del 15%** con il minimo di € 30 per prestazione.

Qualora per le prestazioni di cui al punto B gli iscritti si avvalgano del Servizio Sanitario Nazionale, Assidai effettuerà il rimborso dell'intero ticket corrisposto dall'assistito.

- 1) 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; fluoroangiografia; holter (anche pressorio); polisonnografia; radioterapia; risonanza magnetica nucleare; scintigrafia; tac; telecuore; uroflussometria.**
- 2) 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 della retta di degenza) fino alla concorrenza di ulteriori € 5.165 per anno/nucleo familiare.

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.

SCHEMA 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 con intervento chirurgico di alta specializzazione	€ 500.000	Fuori rete: scoperto 30% con un minimo di € 2.000. In rete (convenzione diretta Assidai): scoperto del 15% con il minimo di € 1.500.
	Spese per utilizzo di robot (solo se fatturate dalla Casa di cura)	€ 5.000 per intervento (massimale Ricovero con intervento chirurgico di alta specializzazione)	Retta di degenza: € 186 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.
	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	Retta di degenza: € 25 al giorno (comprensivi di ogni spesa) in caso di ricoveri oltre i 90 giorni.
	Trasporto dell'assistito in ambulanza all'Istituto di cura	€ 1.000 per il doppio percorso	-
	Trasporto dell'assistito e di un eventuale accompagnatore in treno o in aereo di linea, all'estero e ritorno	€ 2.000	-
	Vitto e pernottamento accompagnatore	€ 52 al giorno	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	-
	RICOVERO FORME MORBOSE CRONICHE	€ 25 giornalieri	Importo massimo mensile erogabile di € 775.
AREA EXTRA - RICOVERO B	Extraspedaliere	€ 6.500 (20 tipologie di esami)	Fuori rete: scoperto del 30% con il minimo di € 60 per prestazione. In rete (convenzione diretta Assidai): scoperto del 15% con il minimo di € 30 per prestazione. Rimborso al 100% in caso di ticket del SSN.
	Cure per patologie oncologiche	€ 5.165	Fuori rete: scoperto del 30% con il minimo di € 60 per prestazione. In rete (convenzione diretta Assidai): scoperto del 15% con il minimo di € 30 per prestazione. Rimborso al 100% in caso di ticket del SSN. Escluso rimborso della retta di degenza.
	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.