

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 RICOVERI**, sono destinati agli iscritti al Fasi o ad altra forma di assistenza sanitaria analoga, 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 riconosciuta 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 fruirci del regime di assistenza diretta esclusivamente gli iscritti ai Piani Sanitari integrativi del Fasi.

AREA RICOVERO

A - RICOVERI CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO

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.

- 1) In caso di **ricovero per intervento chirurgico** (compresi parto cesareo e aborto terapeutico) effettuato in Istituto di cura, 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;
 - in caso di parto cesareo: onorari medici, accertamenti diagnostici, cure, medicinali, esami riguardanti il periodo di ricovero anche per il neonato;
 - 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 cura intensiva in caso d'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 protraggano oltre i 90 giorni - calcolati anche a cavallo di due annualità successive - a partire dal 91° giorno di ricovero;
 - 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 con intervento 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 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 protraggano oltre i 90 giorni - calcolati anche a cavallo di due annualità successive - a partire dal 91° giorno di ricovero;
 - accertamenti diagnostici, esami, assistenza medica, cure e medicinali riguardanti il periodo di ricovero;
 - 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;
 - 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** (comprensivi di IVA), con esclusione di quelle concernenti i bisogni non essenziali del degente, ad es. telefono, televisione, ecc.;
 - onorari medici, accertamenti diagnostici, cure, medicinali, esami riguardanti il periodo di ricovero anche per 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). **Qualora la prestazione sia effettuata in regime di convenzione diretta Assidai, sarà applicata una franchigia fissa di € 500; viceversa in caso di ricovero non effettuato in regime di convenzione Assidai sarà applicato uno scoperto del 30%.**
 - 6) 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.
Gli importi dovuti per le prestazioni di cui ai punti che precedono, saranno liquidati con uno scoperto del **30%**, ad eccezione di quelli relativi ai ricoveri effettuati in regime di convenzione diretta Assidai.

AREA EXTRA RICOVERO

- B - **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 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	Fuori rete: rimborso massimo pari a quanto rimborsabile dal Fasi e scoperto del 30%. In rete (convenzione diretta Assidai): rimborso massimo pari a quanto rimborsabile dal Fasi. Retta di degenza: € 186 al giorno (compresa IVA). Retta di degenza in caso di parto naturale: € 78 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. 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 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	Prestazione compresa nel massimale di € 500.000 per Ricoveri e day hospital	Fuori rete: rimborso massimo pari a quanto rimborsabile dal Fasi con lo scoperto del 30%. In rete: rimborso massimo pari a quanto rimborsabile dal Fasi con applicazione di una franchigia fissa di € 500.
	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	In caso di ricovero con intervento chirurgico.
	Vitto e pernottamento 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.
	RICOVERO FORME MORBOSE CRONICHE (ad integrazione di quanto rimborsato dal Fasi o altro Fondo primario)	€ 25 giornalieri	Importo massimo mensile erogabile di € 775.
AREA EXTRA - RICOVERO B	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.