

**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 SENIOR**, sono destinati alle persone iscritte non assistite dal Fasi o da altre forme di assistenza sanitaria analoghe, 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 Case di Cura ed equipe mediche convenzionate, e 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 € 1500. I 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 € 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/a, 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 la neonata o il neonato;
- rette di degenza (con esclusione di quelle concernenti i bisogni non essenziali del/della 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 d'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 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.

**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/della 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 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 quadrantectomia e relativo intervento di adeguamento contro-laterale, saranno riconosciute le spese di cui al punto 1).**
- 6) 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 a 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 a 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 transluceza 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 familiare.**
- 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 il 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 biotiche), 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 inffortunio, 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 d'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	<b>€ 500.000</b> (sottolimito di € 8.000 in caso di parto cesareo; sottolimito di € 4.000 in caso di parto naturale)	<p><b>Fuori rete:</b> scoperto del <b>30%</b> con un minimo di <b>€ 2.000</b>. In caso di day hospital lo scoperto minimo è pari a <b>€ 500</b>.</p> <p><b>In rete (convenzione diretta Assidai):</b> scoperto del <b>15%</b> con un minimo di <b>€ 1.500</b>. In caso di day hospital lo scoperto minimo è pari a <b>€ 500</b>.</p> <p>Retta di degenza: <b>€ 186</b> al giorno (compresa IVA).</p> <p>Retta di degenza in caso di parto naturale: <b>€ 78</b> 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: <b>€ 25</b> al giorno (comprensivi di ogni spesa) in caso di ricoveri per patologie croniche, ricoveri riabilitativi e ricoveri oltre i 90 giorni.</p>
	Spese per utilizzo di robot (solo se fatturate dalla Casa di cura)	<b>€ 5.000 per intervento</b> (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	<b>€ 1.000</b> 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	<b>€ 2.000</b> (In caso di ricovero con intervento chirurgico)	
	Vitto e pernottamento accompagnatrice o accompagnatore	<b>€ 52</b> al giorno (In caso di ricovero con intervento chirurgico. 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 (In caso di ricovero con intervento chirurgico)	
	Collaboratrice o collaboratore familiare	<b>€ 26</b> al giorno	
<b>RICOVERO FORME MORBOSE CRONICHE</b>		<b>€ 25</b> giornalieri	Importo massimo mensile erogabile di <b>€ 775</b> .
AREA EXTRA - RICOVERO B	Extraspedaliere	<b>€ 6.500 (38 tipologie di esami</b> con sottomassimale di <b>€ 259</b> per funzionalità ormonale/ spermiogramma)	<p><b>Fuori rete:</b> scoperto del <b>30%</b> con il minimo di <b>€ 60</b> per prestazione.</p> <p><b>In rete (convenzione diretta Assidai):</b> scoperto del <b>15%</b> con il minimo di <b>€ 30</b> a prestazione. Rimborso al 100% in caso di ticket del SSN.</p>
	Cure per patologie oncologiche	<b>€ 5.165</b>	<p><b>Fuori rete:</b> scoperto del <b>30%</b> con il minimo di <b>€ 60</b> a prestazione.</p> <p><b>In rete (convenzione diretta Assidai):</b> scoperto del <b>15%</b> con il minimo di <b>€ 30</b> a prestazione. Rimborso al 100% in caso di ticket del SSN.</p>
	Interventi ambulatoriali	<b>€ 5.165</b>	<p><b>Fuori rete:</b> scoperto del <b>30%</b> con il minimo di <b>€ 300</b>.</p> <p><b>In rete (convenzione diretta Assidai):</b> scoperto del <b>15%</b> con il minimo di <b>€ 200</b>. Rimborso al 100% in caso di ticket del SSN.</p>
	Visite specialistiche	<b>€ 1.500</b>	<p><b>Fuori rete:</b> scoperto del <b>30%</b> con un minimo di <b>€ 60</b> a prestazione.</p> <p><b>In rete (convenzione diretta Assidai):</b> scoperto del <b>15%</b> con un minimo di <b>€ 30</b>. Rimborso al 100% in caso di ticket del SSN.</p>
	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.
<b>Indennità mutuo</b>		<b>€ 56.000</b>	In caso di infortunio da cui derivi un'invalidità di grado non inferiore al <b>66%</b> , corresponsione di un'indennità periodica per le rate di mutuo.