

COPERTURA INTEGRATIVA PER I DIRIGENTI IN SERVIZIO ISCRITTI IN FORMA COLLETTIVA

PREMESSA

La presente copertura integrativa è destinata alle Aziende che garantiscono ai propri dirigenti in servizio l'assistenza sanitaria del Fasi ed è basata sull'incremento economico quasi completo delle prestazioni previste dal Nomenclatore Tariffario del Fasi stesso. Di seguito sono riportati i limiti e i massimali della copertura e il rimborso corrisponde alla differenza tra la spesa sostenuta e documentata e quanto rimborsato dal Fasi. Il nucleo familiare assistito è quello definito dal Regolamento Assidai.

CRITERI LIQUIDATIVI

Le voci oggetto del **Prodotto Unico Fasi Assidai** sono quelle previste dal Nomenclatore Tariffario Fasi in vigore ad esclusione del "servizio di assistenza medica, infermieristica e professionale", nonché delle coperture in caso di non autosufficienza. Per tutte le prestazioni non previste dal Nomenclatore Tariffario Fasi Medicina e Chirurgia e dalla Guida Odontoiatrica attualmente in vigore, non è previsto alcun rimborso da parte di Assidai.

Conseguentemente, qualora le spese non fossero rimborsate dal Fasi, nessun rimborso sarà dovuto da Assidai, salvo in caso di mancato rimborso per scadenza del termine di presentazione previsto dal Regolamento Fasi. In questo caso, il rimborso di Assidai sarà pari alla differenza tra la spesa effettivamente sostenuta e quella che sarebbe stata la prestazione prevista dal Tariffario Fasi. Relativamente agli iscritti che perdono l'assistenza Fasi in corso d'anno e ai familiari che, a norma del Regolamento Fasi, non siano riconosciuti dallo stesso come propri assistiti, il rimborso di Assidai sarà pari alla differenza tra la spesa sostenuta e quella che sarebbe stata la prestazione prevista dal Tariffario Fasi.

Per le ulteriori condizioni di rimborso e regole operative si rinvia a quanto espressamente stabilito dallo Statuto e dal Regolamento di Assidai, che, insieme al presente documento, sono gli unici atti a far fede.

PRESTAZIONI SANITARIE EROGATE

Ricoveri con o senza intervento chirurgico e interventi ambulatoriali

Rimborso fino al 100% del richiesto per i ricoveri con o senza intervento chirurgico e interventi ambulatoriali, fino ad un **massimo di € 1.000.000 anno/nucleo** nel caso in cui le prestazioni siano effettuate utilizzando la rete di case di cura ed equipe mediche convenzionate con il Network IWS e a condizione che le convenzioni risultino effettivamente e completamente applicate. Qualora le prestazioni siano effettuate in forma indiretta, **rimborso fino al 100%** del richiesto con un sottolimito del massimale garantito per la forma diretta di **€ 250.000 anno/nucleo**.

Extraricovero

Rimborso fino al 100% del richiesto per le prestazioni extraricovero fino ad un massimo di **€ 25.000 anno/nucleo** nel caso in cui le prestazioni siano effettuate in regime di convenzionamento diretto presso strutture sanitarie e specialisti convenzionati con il Network IWS e a condizione che le convenzioni risultino effettivamente e completamente applicate. Qualora le prestazioni siano effettuate in forma indiretta, **rimborso fino al 90%** del richiesto con un sottolimito del massimale garantito per la forma diretta di **€ 10.000, con un limite per le prestazioni fisioterapiche pari a € 2.500 anno/nucleo**.

Cure odontoiatriche

Rimborso fino al 90% dell'importo richiesto per le spese relative alle voci previste dalla Guida Odontoiatrica del Fasi in vigore e secondo i criteri liquidativi in essa riportati, fino ad un massimo di **€ 12.500 anno/nucleo**, nel caso in cui le prestazioni siano effettuate in regime di convenzionamento diretto presso strutture sanitarie e specialisti convenzionati con il Network IWS e a condizione che le convenzioni risultino effettivamente e completamente applicate. Qualora le prestazioni siano effettuate in forma indiretta è previsto un sottolimito del massimale garantito per la forma diretta di **€ 3.500 anno/nucleo**.

PACCHETTO AGGIUNTIVO LENTI

È previsto il rimborso per l'acquisto di lenti (comprese lenti a contatto) e occhiali (escluso il costo delle montature), purché prescritte da medico specialista o ottico optometrista regolarmente abilitato che attesti la modifica del visus. Fermo restando il **limite di € 250 per anno/nucleo**, il rimborso sarà calcolato con l'applicazione di una **franchigia di € 50 a prestazione**.

PRESTAZIONI	MASSIMALI ANNO/NUCLEO FAMILIARE RIMBORSABILI DA ASSIDAI	MASSIMALI ANNO/NUCLEO FAMILIARE RIMBORSABILI DA ASSIDAI ⁴	LIMITI DI RIMBORSO COMPRENSIVI DELLA QUOTA EROGATA DAL FASI
	FORMA DIRETTA ²	FORMA INDIRECTA ³	
Ricovero con o senza intervento chirurgico e interventi ambulatoriali	€ 1.000.000	€ 250.000	fino al 100% della spesa totale in forma diretta. fino al 100% della spesa totale in forma indiretta.
Extraricovero	€ 25.000	€ 10.000 sottolimito di € 2.500 per le prestazioni fisioterapiche.	fino al 100% della spesa totale in forma diretta. fino al 90% della spesa totale in forma indiretta.
Cure odontoiatriche	€ 12.500	€ 3.500	fino al 90% della spesa totale sia in forma diretta che in forma indiretta.
Pacchetto Aggiuntivo Lenti	-	€ 250	franchigia fissa € 50 per prestazione.

NON AUTOSUFFICIENZA	Under 70	In caso di non autosufficienza del caponucleo (iscritto) e del coniuge/convivente more uxorio, aventi un'età non superiore a 70 anni (età compiuta al 1° gennaio di ogni anno), dei figli risultanti dallo stato di famiglia fino al 26° anno di età, siano essi legittimi, naturali, legittimati, adottivi e in affidamento preadottivo, saranno erogate le seguenti rendite vitalizie mensili: <ul style="list-style-type: none"> • € 1.200 (€ 14.400 annui); • in caso di figlio minorenni: € 1.560 (€ 18.720 annui); • in caso di figlio disabile: € 2.400 (€ 28.800 annui)
	Over 65	Se l'evento che determina lo stato di non autosufficienza avviene dopo il 65° anno di età, per il caponucleo (iscritto) e/o il relativo coniuge/convivente more uxorio, è prevista l'assistenza infermieristica domiciliare con un massimale di € 1.000 mensili, per un massimo di 300 giorni per anno/assistito.

¹ I massimali garantiti nella forma indiretta sono da considerarsi dei sottolimiti dei massimali garantiti nella forma diretta.

² Per forma diretta s'intende la spesa sostenuta presso le strutture sanitarie convenzionate.

³ Per forma indiretta s'intendono le prestazioni pagate direttamente dall'iscritto e poi chieste a rimborso.