

**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 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 salvo quanto espressamente previsto dal presente Piano Sanitario.

**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 salvo quanto espressamente previsto dal presente Piano Sanitario. Per tutte le prestazioni sanitarie a seguito di malattia e/o infortunio non previste dal Nomenclatore Tariffario Fasi o soggette a limitazioni quantitative e/o temporali, Assidai valuterà l'ammissibilità a rimborso della spesa sostenuta nella specifica garanzia "MASSIMALE AGGIUNTIVO". Nel caso in cui le spese non fossero rimborsate dal Fasi per scadenza del termine di presentazione previsto dal Regolamento del suddetto Fondo, 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** sia 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 E MEDICINALI**

Nel massimale di **€ 800 per anno/nucleo** saranno inoltre rimborsate le seguenti prestazioni:

- medicinali, prescritti dal medico curante (con esclusione dei parafarmaci e dei medicinali omeopatici e galenici) nel limite di **€ 250 per anno/nucleo**. Il rimborso avverrà previa presentazione della ricetta medica e della fattura intestata con la specifica dei prodotti acquistati o in alternativa, l'indicazione sulla ricetta del costo dei singoli prodotti con il timbro della farmacia, unitamente allo scontrino fiscale rilasciato dalla stessa;
- spese per l'acquisto di lenti (comprese lenti a contatto) e occhiali (escluso costo delle montature), purché prescritte da medico specialista o ottico optometrista regolarmente abilitato che attesti la modifica del visus. Il rimborso, peraltro, verrà calcolato applicando, all'importo della spesa sostenuta, uno scoperto del **20%** a prestazione.

**MASSIMALE AGGIUNTIVO**

Nel massimale di **€ 20.000 per anno/nucleo** sono ammesse a rimborso le seguenti prestazioni fruibili esclusivamente in forma indiretta:

- le spese per prestazioni sanitarie sostenute a seguito di malattia e/o infortunio, prestazioni non previste dal proprio Nomenclatore Tariffario Fasi e/o non rimborsate da parte del Fasi per avvenuto superamento dei limiti. Ai fini del rimborso l'iscritto dovrà fornire la prova dell'avvenuta richiesta al Fasi e del relativo diniego del rimborso da parte del suddetto Fondo. Assidai rimborserà previa detrazione di uno scoperto del **25%**. 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.
- nel sottolimito di **€ 1.500 per anno/nucleo** le spese per psicoterapia, colloqui e sedute psichiatriche effettuati da medico specialista (psichiatra, neuropsichiatra o specialista in psicologia clinica) o da psicologo regolarmente iscritto all'Albo. Il rimborso verrà calcolato applicando uno scoperto del **25%**.

PRESTAZIONI	MASSIMALI ANNO/NUCLEO FAMILIARE RIMBORSABILI DA ASSIDAI	MASSIMALI ANNO/NUCLEO FAMILIARE RIMBORSABILI DA ASSIDAI <sup>1</sup>	LIMITI DI RIMBORSO COMPRENSIVI DELLA QUOTA EROGATA DAL FASI
	FORMA DIRETTA <sup>2</sup>	FORMA INDIRETTA <sup>3</sup>	
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 e Medicinali	-	€ 800	• Medicinali: sottolimito anno/nucleo € 250 • Lenti: scoperto 20% sulla spesa sostenuta.
Massimale Aggiuntivo	-	€ 20.000	• Prestazioni non rimborsate dal Fasi: scoperto del 25% • Psicoterapia: sottolimito € 1.500 anno/nucleo scoperto 25% sulla spesa sostenuta.

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: • € 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.

<sup>1</sup> I massimali garantiti nella forma indiretta sono da considerarsi dei sottolimiti dei massimali garantiti nella forma diretta. <sup>2</sup> Per forma diretta s'intende la spesa sostenuta presso le strutture sanitarie convenzionate. <sup>3</sup> Per forma indiretta s'intendono le prestazioni pagate direttamente dall'iscritto e poi chieste a rimborso.