

PIANO SANITARIO

PREMESSA

Il **PIANO SANITARIO FAMILIARI** è riservato alla/al coniuge, anche se legalmente separata/o o divorziata/o, alla/al convivente more - uxorio, alle/ai figlie/i fino a 65 anni, che siano privi di assistenza Fasi o di altre forme di assistenza analoghe, secondo quanto disposto dall'art. 8 del Regolamento Assidai.

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. L'iscrizione al Piano Sanitario Familiari esclude la possibilità di poter usufruire quale membro del nucleo familiare delle prestazioni previste dal Piano Sanitario cui aderisce la persona iscritta principale.

AREA RICOVERO

A - RICOVERI CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO

Massimale € 500.000 anno/nucleo. Per il parto cesareo il rimborso massimo sarà di € 8.000.

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, ed 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 € 1.500. In 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. Se il ricovero ha luogo all'estero, il rimborso sarà effettuato a integrazione del contributo erogato dal Servizio Sanitario Nazionale

- 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 di 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 di intervento chirurgico per malattie oncologiche, del cuore, del cervello (anche infartti) 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 prolunga 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 riscontrino 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.
- 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 prolunga 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 riscontrino 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.
- 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.
- In caso di degenza in Istituto di cura in regime di day hospital, le spese previste nei precedenti punti 1) e 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).
- In caso di ricovero, anche in day hospital, in struttura del Servizio Sanitario Nazionale o con esso convenzionata, in assenza di richiesta di rimborso di eventuali spese comunque rimaste a carico per il ricovero stesso, una diaria sostitutiva giornaliera di € 50 erogata per ogni notte di ricovero ovvero per ogni giorno di day hospital, con un limite di 60 giorni per anno/nucleo familiare.
- Per i periodi di ricovero dovuto a forme morbose croniche verrà erogato, a titolo di rimborso da Assidai, una retta pari a € 25 giornalieri per massimo di € 775 mensili; lo stesso importo sarà riconosciuto in caso di ricovero ospedaliero che si prolunga 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 specialiste/i convenzionate/i con il Network, il rimborso delle prestazioni previste ai successivi punti 1), 2) verrà calcolato applicando uno scoperto del 15% con un minimo di € 30 per prestazione.

- 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; coloscopia; coronarografia; defecografia; diagnostica radiologica; dialisi; doppler; ecografia; ecocardiografia a riposo e da sforzo sia fisico, sia farmacologico; ecocardiografia fetale; ecografia in translucenza nucleare; elettrocardiografia; elettromiografia; elettroencefalografia; epiluminescenza; fluorangiografia; holter (anche pressorio); isterosalpingografia; laserterapia; moc; pachimetria corneale; polisonnografia; radioterapia; risonanza magnetica nucleare; scintigrafia; spirometria; tac; telecure; topografia corneale; uroflussometria; urografia; nonché, nel limite complessivo di € 259 per anno/nucleo familiare, funzionalità ormonale e spermogramma.
- Le spese per cure, trattamenti e tutte le terapie relative ad affezioni oncologiche, fino alla concorrenza di ulteriori € 5.165 per anno/nucleo familiare. Il rimborso verrà calcolato applicando all'importo della spesa sostenuta uno scoperto del 25%. 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 sarà rimborsato previa applicazione di una franchigia fissa di € 20 a prestazione.
- Le spese per visite specialistiche. Sono escluse dal rimborso le visite pediatriche, dentarie, ortodontiche e 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.

Il rimborso verrà calcolato fermo il limite di € 52 per visita, con i seguenti ulteriori limiti annui:

- scoperto del 25%, fino alla concorrenza di complessivi € 1.033, e con esclusione dal rimborso della prima visita effettuata non in regime di convenzionamento diretto, per la/il coniuge legalmente separata/o, la/il coniuge divorziata/o o la/il convivente more uxorio;
- scoperto del 25%, fino alla concorrenza di complessivi € 517 e con esclusione dal rimborso della prima visita effettuata non in regime di convenzionamento diretto, per le/i figlie/figli;
- scoperto del 25%, fino alla concorrenza di complessivi € 1.292, e con esclusione dal rimborso delle prime tre visite effettuate non in regime di convenzionamento diretto, per le/i figlie/figli sposate/i e il relativo nucleo familiare.

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 verrà calcolato applicando una franchigia fissa di € 20 a prestazione.

Le ricevute di spesa delle visite escluse dal rimborso dovranno, comunque, essere inviate con le modalità previste dall'art. 9 del Regolamento al fine del conteggio della franchigia. Le visite specialistiche previste dal Piano Sanitario ed effettuate in regime di convenzionamento diretto presso gli specialiste/i convenzionate/i con il Network, non rientrano nel calcolo della franchigia numerica e saranno quindi tutte rimborsate nei limiti e massimali sopracitati.

C - AMBULATORIALI: il rimborso verrà calcolato applicando all'importo della spesa sostenuta uno scoperto del 30% con un 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 biotipiche), nonché le spese per prestazioni endoscopiche, sono rimborsate 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.

- 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 infortunio, 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.
- Nel caso in cui, a seguito di 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.
- 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

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 (sottolimito di € 8.000 in caso di parto cesareo; sottolimito di € 4.000 in caso di parto naturale)	<p>Fuori rete: scoperto del 30% con un minimo di € 2.000. In caso di day hospital lo scoperto minimo è pari a € 500.</p> <p>In rete (convenzione diretta Assidai): scoperto del 15% con un minimo di € 1.500. In caso di day hospital lo scoperto minimo è pari ad € 500.</p> <p>Retta di degenza: € 186 al giorno (compresa IVA).</p> <p>Retta di degenza in caso di parto naturale: € 78 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: € 25 al giorno (comprensivi di ogni spesa) in caso di ricoveri per patologie croniche, ricoveri riabilitativi e ricoveri oltre i 90 giorni.</p> <p>In caso di figlie/figli minorenni per ricoveri di più di 7 giorni di una/un componente del nucleo. Massimo 30 giorni anno/nucleo.</p> <p>Massimo 60 giorni anno/nucleo e riconosciuta solo in caso non sia presentata alcuna spesa inerente o legata al ricovero.</p>
	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 con 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	€ 1.000 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	€ 2.000 (In caso di ricovero con intervento chirurgico)	
	Vitto e pernottamento accompagnatrice o 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)	
	Collaboratrice o collaboratore familiare	€ 26 al giorno	
	Diaria Surrogatoria (anche per day hospital)	€ 50 per ogni notte di ricovero	
	RICOVERO FORME MORBOSE CRONICHE	€ 25 giornalieri	
AREA EXTRA - RICOVERO B	Extraspedaliere	€ 6.500 (38 tipologie di esami con sottomassimale di € 259 per funzionalità ormonale/spermiogramma)	<p>Fuori rete: scoperto del 30% con un minimo di € 60 per prestazione.</p> <p>In rete (convenzione diretta Assidai): scoperto del 15% con un minimo di € 30 per prestazione.</p> <p>Rimborso al 100% in caso di ticket del SSN.</p>
	Cure per patologie oncologiche	€ 5.165	<p>Fuori rete: scoperto del 25%.</p> <p>In rete (convenzione diretta Assidai): applicazione di una franchigia fissa di € 20 a prestazione.</p> <p>Rimborso al 100% in caso di ticket del SSN.</p>
	Interventi ambulatoriali	€ 5.165	<p>Fuori rete: scoperto del 30% con il minimo di € 300.</p> <p>In rete (convenzione diretta Assidai): scoperto del 15% con il minimo di € 200.</p> <p>Rimborso al 100% in caso di ticket del SSN.</p>
	Visite specialistiche	Figlia/o - massimale annuo € 517	<p>Fuori rete: scoperto 25% con il limite di € 52 a visita e con esclusione dal rimborso della prima visita inviata ad Assidai.</p> <p>In rete (convenzione diretta Assidai): franchigia fissa di € 20 a visita, fermo il limite di € 52 a visita.</p> <p>Rimborso al 100% in caso di ticket del SSN.</p>
		Figlia/o Sposata/o - massimale annuo/nucleo € 1.292	<p>Fuori rete: scoperto 25% con il limite di € 52 a visita e con esclusione dal rimborso delle prime tre visite inviate ad Assidai.</p> <p>In rete (convenzione diretta Assidai): franchigia fissa di € 20 a visita, fermo il limite di € 52 a visita.</p> <p>Rimborso al 100% in caso di ticket del SSN.</p>
		Coniuge o convivente more uxorio - massimale annuo € 1.033	<p>Fuori rete: scoperto 25% con il limite di € 52 a visita e con esclusione dal rimborso della prima visita inviata ad Assidai.</p> <p>In rete (convenzione diretta Assidai): franchigia fissa di € 20 a visita, fermo il limite di € 52 a visita. Rimborso al 100% in caso di ticket del SSN.</p>
	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.
Indennità mutuo	€ 56.000	In caso di infortunio da cui derivi un'invalidità di grado non inferiore al 66%, corresponsione di un'indennità periodica per le rate di mutuo.	