

PIANO SANITARIO SOSTITUTIVO PER GLI ISCRITTI IN FORMA COLLETTIVA

PREMESSA

I Piani Sanitari Sostitutivi per gli iscritti in forma collettiva, tra i quali rientra anche il presente **PIANO SANITARIO ASSOCIAZIONI PLUS**, sono destinati agli iscritti non assistiti dal Fasi o da altre forme di assistenza sanitaria analoga, di cui all'art. 3 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 **€ 1.000**. In caso di day hospital, il predetto minimo è ridotto a **€ 500**.

Se il ricovero ha luogo all'estero, il rimborso sarà effettuato a **integrazione del contributo erogato dal Servizio Sanitario Nazionale**. 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 con l'applicazione dello **scoperto del 20%** con un minimo di **€ 700** in caso di ricovero, ridotto a **€ 350** in caso di day hospital, salvo quanto diversamente indicato al punto A5).

Si precisa che, sia per i ricoveri effettuati in forma diretta sia per quelli effettuati in forma indiretta, potrebbero rimanere a carico dell'iscritto, oltre a quanto precedentemente indicato, eventuali spese dovute al superamento del limite della retta di degenza, del limite per l'accompagnatore e ogni altra prestazione per la quale il Piano Sanitario stabilisce una quota massima di rimborso o limite massimo di giorni di erogazione. **Massimale € 500.000 anno/nucleo**.

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 di intervento (compresi gli apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento); assistenza medica e 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 terapia intensiva, in caso di 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 protraggerà 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 e 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;
- 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.

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 protraggerà 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 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** (comprensivo 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). **In caso la prestazione sia effettuata in convenzione diretta con Assidai, il rimborso verrà calcolato applicando una ulteriore franchigia di € 500 sul suddetto intervento.**

6) 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.

7) 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 protraggia 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 35%**. In caso le prestazioni siano effettuate in regime di convenzionamento diretto presso strutture sanitarie e specialisti convenzionati con il Network, il rimborso delle prestazioni previste ai successivi punti 1) e 2) **scoperto del 20%**.

1) Le seguenti prestazioni sanitarie, purché prescritte dal medico, esclusa la spesa per la visita di prescrizione, fino alla concorrenza di **€ 6.500** per anno/nucleo familiare: **agopuntura (purché effettuata dal medico); amniocentesi e villicentesi; angiografia; arteriografia; biopsia; chemioterapia; cistografia; clisma opaco; colposcopia; coronarografia; defecografia; diagnostica radiologica; dialisi; doppler; ecografia; ecardiografia 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; telecuore; topografia corneale; uroflusmometria; 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.

C - **AMBULATORIALI**: il rimborso verrà calcolato applicando all'importo della spesa sostenuta uno **scoperto del 35%**. In caso le prestazioni siano effettuate in regime di convenzionamento diretto presso strutture sanitarie e specialisti convenzionati con il Network, il rimborso verrà calcolato applicando uno **scoperto del 20%**. 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, gli iscritti si avvalgano del Servizio Sanitario Nazionale, Assidai effettuerà il rimborso dell'intero ticket corrisposto dall'assistito.

D - Quando l'iscritto abbia figli minorenni, in caso di ricovero di un componente del nucleo familiare iscritto 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 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 e intervento ambulatoriale.

E - 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.

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 dell'iscritto per visite di diagnostica preventiva di natura ginecologica e/o urologica, nei limiti di due visite complessive.

G - **PACCHETTO PREVENZIONE**: Assidai riconosce, nel limite di **€ 350 biennio/persona per il capo nucleo e il coniuge**, i seguenti accertamenti diagnostici a scopo preventivo:

- a) **check-up DONNA (gino-test)**: un esame mammografico, pap-test, un esame elettrocardiografico;
- b) **check-up UOMO (andro-test)**: elettrocardiogramma a riposo e da sforzo, esame radiologico del torace, esami del sangue: emocromo con formula leucocitaria, glicemia, VES, LDL, azotemia, creatinina, HDL quadro lipidico (colesterolo, trigliceridi, lipoproteine).

Gli specifici esami saranno riconosciuti se effettuati in un'unica soluzione e in forma diretta presso le strutture convenzionate con Assidai.

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 |
|--|--|---|
| Ricovero/day hospital con o senza intervento chirurgico | € 500.000 | <p>Fuori rete: scoperto 30% con un minimo di € 1.000. In caso di day hospital lo scoperto minimo è pari a € 500.</p> <p>In rete (convenzione diretta Assidai): applicazione dello scoperto minimo del 20% con un minimo di € 700 per il ricovero e € 350 per day hospital.</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> |
| Spese per utilizzo di robot (solo se fatturate dalla Casa di cura) | € 5.000 per intervento (sottolimite 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 contralaterale | Nel massimale del Ricovero/day hospital con o senza intervento chirurgico | <p>Fuori rete: scoperto 30% con un minimo di € 1.000.</p> <p>In rete (convenzione diretta Assidai): ulteriore franchigia di € 500 oltre a quanto previsto alla voce "Ricovero con o senza intervento chirurgico" - In rete.</p> |
| 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. |
| Collaboratrice familiare | € 26 al giorno | In caso di figli minorenni per ricoveri di più di 7 giorni di un componente del nucleo. Massimo 30 giorni anno/nucleo. |
| Diaria Surrogatoria (anche per day hospital) | € 50 per ogni notte di ricovero | Massimo 60 giorni anno/nucleo e riconosciuta solo in caso non sia presentata alcuna spesa inerente o legata al ricovero. |
| RICOVERO FORME MORBOSE CRONICHE | € 25 giornalieri | Importo massimo mensile erogabile € 775 . |
| AREA EXTRA - RICOVERO B | Extraospedaliere | <p>Fuori rete: scoperto del 35%.</p> <p>In rete (convenzione diretta Assidai): applicazione di uno scoperto del 20%.</p> <p>Rimborso al 100% in caso di ticket del SSN.</p> |
| | Cure per patologie oncologiche | <p>Fuori rete: scoperto del 35%.</p> <p>In rete (convenzione diretta Assidai): applicazione di uno scoperto del 20%.</p> <p>Rimborso al 100% in caso di ticket del SSN.</p> |
| | Interventi ambulatoriali | <p>Fuori rete: scoperto del 35%.</p> <p>In rete (convenzione diretta Assidai): applicazione di uno scoperto del 20%.</p> <p>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 |
| | Pacchetto Prevenzione | Per il biennio 2021 - 2022 sono riconosciuti gli specifici esami una volta a biennio fino a € 350 per il capo nucleo e di ulteriori € 350 per il coniuge |
| Indennità mutuo | € 56.000 | Fruibili esclusivamente in un'unica soluzione e in forma diretta presso le Strutture convenzionate. |
| | | In caso di infortunio da cui deriva un'invalidità di grado non inferiore al 66%, corresponsione di un'indennità periodica per le rate di mutuo. |