

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 COMPANY GOLD**, sono destinati agli iscritti non assistiti dal Fasi o da altre forme di assistenza sanitaria analoghe, 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 25%, con il minimo di € 2.000. In caso di day hospital, il predetto minimo è ridotto a € 1.000.

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 uno scoperto del 15%, con il minimo di € 1.500. In caso di day hospital, il predetto limite 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 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 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.

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 € 259 (comprensivo di IVA), più il 50% dell'eccedenza del predetto importo; 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 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 riscontrino la necessità del ricovero con intervento;
 - prestazioni fisioterapiche effettuate nei 90 giorni successivi al ricovero, purché pertinenti alla malattia/infartto 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/infartto 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 € 259 (comprensivo di IVA), più il 50% dell'eccedenza del predetto importo; 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 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 riscontrino la necessità del ricovero;
 - accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, effettuati nei 90 giorni precedenti e successivi al ricovero, purché pertinenti alla malattia/infartto 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).
- 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 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 25% con il minimo di € 60 a prestazione. 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), 2) e 3) verrà calcolato applicando uno scoperto del 15% con un minimo di € 30 per prestazione.

- 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 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 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; 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) Visite specialistiche, analisi ed esami diagnostici di laboratorio, fino alla concorrenza di € 1.550 per anno/nucleo. 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. Con il sottolimito di € 500 per anno/nucleo sono, comunque, rimborsate le spese per colloqui e sedute psichiatriche, effettuati da medico specialista (psichiatra, neuropsichiatra o specialista in psicologia clinica), qualora tali prestazioni siano necessarie a seguito di patologie oncologiche o per malattie infaste; o, in caso di disturbi infantili, le spese per la psicoterapia di cui necessita il bambino fino al 10° anno di età a seguito di: dislessia o discalculia, autismo, disturbo di Tourette, epilessia e cerebropatie perinatali. Le suddette prestazioni saranno riconosciute al solo paziente e non ai familiari.
 - 4) Cure, estrazioni e protesi dentarie e ortodontiche per qualsiasi causa, fino alla concorrenza di € 1.550 per anno/nucleo. Il rimborso viene calcolato applicando uno scoperto del 25% con un minimo di € 300 per ciascuna fattura.
- C - AMBULATORIALI:** il rimborso verrà calcolato applicando all'importo della spesa sostenuta uno scoperto del 25% con un minimo di € 500 a prestazione. 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 15% con un minimo di € 300 a prestazione.
- Le spese per interventi chirurgici (includere le prestazioni biottiche), 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 da 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 - In caso di ricovero con intervento chirurgico di durata superiore a 20 giorni consecutivi (escluso il day hospital) e qualora siano prescritti giorni di convalescenza, sarà corrisposta un'indennità pari a € 26 per ogni giorno di convalescenza, in cui l'iscritto non è in grado di svolgere la propria attività lavorativa. Tale indennità viene corrisposta per un periodo pari alla durata del ricovero, con un massimo di 30 giorni per ciascun anno e per nucleo familiare.
- G - **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.
- H - **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, creatinemia, 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
AREA RICOVERO A	Ricovero/day hospital con o senza intervento chirurgico	€ 500.000	Fuori rete: scoperto 25% con un minimo di € 2.000. In caso di day hospital lo scoperto minimo è pari a € 1.000. In rete (convenzione diretta Assidai): scoperto del 15% con un minimo di € 1.500. In caso di day hospital lo scoperto minimo è pari a € 500.
	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)	Retta di degenza: € 259 al giorno (compresa IVA) più il 50% dell'eccedenza. Retta di degenza in caso di parto naturale: € 78 al giorno (compresa IVA). 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.
	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	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.
	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.
	Indennità di convalescenza	€ 26 al giorno	In caso di ricovero con intervento chirurgico di durata superiore a 20 giorni. L'indennità sarà riconosciuta per un periodo massimo pari alla durata del ricovero stesso e con il massimo di 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	Extraspedaliere	€ 6.500 (38 tipologie di esami con sottomassimale di € 259 per funzionalità ormonale/ spermogramma)	Fuori rete: scoperto del 25% con un minimo di € 60 a prestazione. In rete (convenzione diretta Assidai): scoperto del 15% con un minimo di € 30 a prestazione. Rimborso al 100% in caso di ticket del SSN.
	Cure per patologie oncologiche	€ 5.165	Fuori rete: scoperto del 25% con un minimo di € 60 a prestazione. In rete (convenzione diretta Assidai): scoperto del 15% con un minimo di € 30 a prestazione. Rimborso al 100% in caso di ticket del SSN.
	Interventi ambulatoriali	€ 5.165	Fuori rete: scoperto del 25% con un minimo di € 500. In rete (convenzione diretta Assidai): scoperto del 15% con un minimo di € 300. Rimborso al 100% in caso di ticket del SSN.
	Visite specialistiche ed esami diagnostici di laboratorio	€ 1.550	Fuori rete: scoperto del 25% con un minimo di € 60 a prestazione. In rete (convenzione diretta Assidai): scoperto del 15% con un minimo di € 30 a prestazione. Rimborso al 100% in caso di ticket del SSN.
	Colloqui e sedute psichiatriche a seguito di patologie oncologiche o per malattie infauste o, in caso di disturbi infantili, la psicoterapia di cui necessita il bambino fino al 10° anno di età a seguito di dislessia o discalculia, autismo, disturbo di Tourette, epilessia e cerebropatie perinatali (la prestazione si intende riconosciuta al solo paziente e non ai familiari)	€ 500 (sottolimito del massimale visite specialistiche ed esami diagnostici di laboratorio)	
	Cure dentarie e ortodontiche	€ 1.550	In rete/Fuori rete: scoperto del 25% con una franchigia minima per ogni prestazione/fattura di € 300.
	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.
	Pacchetto Prevenzione	Per il biennio 2023 - 2024 sono riconosciuti gli specifici esami una volta a biennio fino a € 350 per il capo nucleo e di ulteriori € 350 per il coniuge	Fruibili esclusivamente in un'unica soluzione e in forma diretta presso le Strutture convenzionate.
Indennità mutuo	€ 56.000	In caso di infortunio da cui derivi un'invaldità di grado non inferiore al 66%, corresponsione di un'indennità periodica per le rate di mutuo.	