

**PIANO SANITARIO INTEGRATIVO PER GLI ISCRITTI IN FORMA COLLETTIVA
POSTE ITALIANE DIRIGENTI IN SERVIZIO**

PREMESSA

*I piani sanitari integrativi per gli iscritti in forma collettiva, tra i quali rientra anche il presente PIANO SANITARIO POSTE ITALIANE IN SERVIZIO, sono destinati agli iscritti al Fasi o ad altra forma di assistenza sanitaria analoga, di cui all'art. 3 del Regolamento Assidai.
Le prestazioni, i relativi limiti e massimali sono di seguito riportati e il rimborso corrisponde alla differenza tra la spesa sostenuta e documentata e quanto rimborsato dal Fasi o da altre forme di assistenza analoghe, entro i limiti specificamente previsti dal piano sanitario in oggetto.
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

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 ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, medicinali ed esami post intervento, effettuati durante il periodo di ricovero;
 - 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 esempio 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 infortuni) e trapianto di organi;
 - ricovero 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 accompagnatore dell'assicurato con il limite giornaliero di **€ 104 e con un massimo di giorni 30** per anno/nucleo;
 - trasporto dell'assicurato e di un eventuale accompagnatore all'estero e ritorno, in treno o in aereo di linea, **con il massimo di € 2.583** per anno/nucleo;
 - trasporto dell'assicurato 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;
 - 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 esempio telefono, televisione, ecc.), **con il limite giornaliero di € 259** (comprensivo di IVA), **più il 50%** dell'eccedenza del predetto importo;
 - accertamenti diagnostici, assistenza medica, cure, medicinali riguardanti il periodo di ricovero;
 - trasporto dell'assicurato 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.
- 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 esempio 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). Il rimborso sarà calcolato applicando una franchigia fissa di € 500.**
- 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 € 150** erogata per ogni notte di ricovero ovvero per ogni giorno di day-hospital, con un limite di 60 giorni per anno/nucleo familiare.
- 7) In caso di degenze dovute a forme morbose croniche presso Istituti riconosciuti dal FASI, per le quali quest'ultimo preveda in base al proprio tariffario la corresponsione di una indennità giornaliera, verrà erogato da Assidai un rimborso spese nei limiti di **€ 25** giornalieri con un **massimo di € 775 mensili**, previa presentazione di fattura e comunque ad integrazione di quanto erogato dal Fondo primario.

AREA EXTRAOSPEDALIERE

B – EXTRAOSPEDALIERE

- 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 traslucenza nucale; 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**.
- 2) Le spese per cure, trattamenti e tutte le terapie relative ad affezioni oncologiche, fino alla concorrenza di ulteriori **€ 5.165** 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 dentarie, ortodontiche ed oculistiche quando effettuate per controllo visus. Le visite pediatriche sono escluse dal rimborso, salvo che diano luogo alla prescrizione di almeno una delle prestazioni extraospedaliere previste al punto B1) della presente opzione; 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 infauste; 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) RISERVATO AI SOLI DIRIGENTI IN SERVIZIO - Massimale € 2.066 annui: Cure, estrazioni e protesi dentarie ed ortodontiche. **Per il trattamento ortodontico, nel caso in cui non vi fosse rimborso da parte del Fasi per avvenuto superamento dei limiti previsti dal tariffario di detto Fondo, il rimborso dell'Assidai sarà comunque limitato alla differenza tra la spesa sostenuta e l'importo che il Fasi avrebbe rimborsato senza tenere conto di detto limite.**

C – AMBULATORIALI: Le spese per **interventi chirurgici** (incluse le prestazioni biottiche), nonché le spese per **prestazioni endoscopiche**, fino alla concorrenza di **€ 5.165** per anno/nucleo familiare; fermo restando che, nel caso in cui la prestazione non risulti compresa nel tariffario Fasi, verrà applicato, sulle spese effettivamente sostenute e documentate, uno scoperto del 25%.

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 ed intervento ambulatoriale.

E – Nel caso in cui, a seguito di infortunio, derivi all'assistito un'invalidità di grado non inferiore al 66%, Assidai corrisponde all'iscritto, 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 o urologica, nei limiti di due visite complessive.

H- PACCHETTO PREVENZIONE: Per il biennio 2015 -2016 sono previsti, per il capo nucleo e per il coniuge, accertamenti di prevenzione e monitoraggio di sindromi dimetaboliche e forme di obesità patologiche che consistono in : esame del sangue con rilevazione di glicemia; colesterolo frazionato (HDL e LDL) e totale; trigliceridemia; microalbuminuria; uricemia. Nell'eventualità sia diagnosticata una patologia specifica, gli accertamenti successivi rientreranno nell'ambito delle prestazioni già previste dal Piano Sanitario. **La garanzia è operante per gli iscritti fino al 65° anno di età ed è riconosciuta una sola volta per biennio fino alla concorrenza di € 250 per il capo nucleo e di ulteriori € 250 per il coniuge.**

Scheda riepilogativa del Piano Sanitario integrativo - Dirigenti Gruppo Poste

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 /Scoperto / Franchigia
Area Ricovero A)	Ricovero/Day Hospital con o senza intervento chirurgico	€ 500.000	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
	Ricovero per intervento a scopo ricostruttivo a seguito di mastectomia o o quadrantectomia e relativo intervento di adeguamento contro- laterale		Franchigia fissa di € 500 per intervento
	Trasporto dell'assicurato in ambulanza all'Istituto di Cura	€ 1.000 per il doppio percorso	-
	Trasporto dell'assicurato e di un eventuale accompagnatore in treno o in aereo di linea, all'estero e ritorno	€ 2.583	In caso di ricovero con intervento chirurgico
	Vitto e pernottamento accompagnatore	€ 104 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)	€ 150 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 (ad integrazione di quanto rimborsato dal Fasi o altro Fondo primario)	€ 25 giornalieri	Importo massimo mensile erogabile di € 775
Area Extra - Ricovero B)	Extraspedaliere	€ 6.500 (38 tipologie di esami con sottomassimale di € 259 per funzionalità ormonale / spermogramma)	-
	Cure per patologie oncologiche	€ 5.165	-
	Interventi Ambulatoriali	€ 5.165	-
	Visite specialistiche ed esami diagnostici di laboratorio	€ 1.550	-
	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 ed ortodontiche riservate ai soli dirigenti in servizio	€ 2.066	-
	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 (sono previsti, per il capo nucleo e per il coniuge, accertamenti di prevenzione e monitoraggio di sindromi dismetaboliche e forme di obesità patologiche)	Per il biennio 2015 – 2016 sono riconosciuti gli specifici esami una volta a biennio fino a € 250 per il capo nucleo e di ulteriori € 250 per il coniuge	Riservata agli iscritti fino al 65° anno di età
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	