

PIANO SANITARIO SOSTITUTIVO PER GLI ISCRITTI IN FORMA INDIVIDUALE ASSIDIPOST FEDERMANAGER	
PREMESSA	<p>I piani sanitari sostitutivi per gli iscritti in forma individuale, tra i quali rientra anche il presente PIANO SANITARIO ASSIDIPOST FEDERMANAGER, sono destinati agli iscritti non assistiti dal Farsi o da altre forme di assistenza sanitaria analoga, di cui all'art. 2 del Regolamento Assidai.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
AREA RICOVERO	<p>A - RICOVERI CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO</p> <p>Scoperto del 20%, con il minimo di € 800 ed il massimo di € 2.000. In caso di day - hospital, il predetto minimo è ridotto a € 258. Se il ricovero ha luogo all'estero, il rimborso sarà effettuato ad integrazione del contributo erogato dal Servizio Sanitario Nazionale. In caso le prestazioni siano effettuate utilizzando la Rete di Case di Cura ed equipe mediche convenzionate, ed a condizione che le convenzioni risultino effettivamente e completamente applicate, in caso di ricovero, salvo quanto indicato al punto A5), verrà applicato uno scoperto fisso di € 516 e in caso di day - hospital di € 258.</p> <p>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 ed ogni altra prestazione per la quale il Piano Sanitario stabilisca una quota massima di rimborso o limite massimo di giorni di erogazione.</p> <p>Massimale di € 500.000 anno/nucleo. Per il parto cesareo il rimborso massimo sarà di € 8.000.</p> <p>1) In caso di ricovero per intervento chirurgico (compresi parto cesareo e aborto terapeutico) effettuato in Istituto di cura, le spese per:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 quelli 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 d'organi; ricovero del conatore per accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico di espanto, cure, medicina 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 € 52 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 € 2.000 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 riscontrerà 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. <p>2) In caso di ricovero in Istituto di cura che non comporti intervento chirurgico, le spese per:</p> <ul style="list-style-type: none"> rette di degenza (con esclusione di quelle concernenti i bisogni non essenziali del degente, ad esempio telefono, televisione, ecc.), con il limite giornaliero di € 186 (comprensivo di IVA); 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 riscontrerà 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. <p>3) In caso di parto non cesareo, con un rimborso massimo di € 4.000, le spese per:</p> <ul style="list-style-type: none"> rette di degenza, con il limite massimo di € 78 giornalieri (comprensivo di IVA), con esclusione di quelli 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. <p>4) In caso di degenza in Istituto di cura in regime di day-hospital, le spese previste nei precedenti punti 1) e 2).</p> <p>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.</p> <p>6) In caso di ricovero, anche in day - hospital, in struttura del Servizio Sanitario Nazionale o con esso convenzionata, in assenza di richieste di rimborso di eventuali spese comunque rimaste a carico per il ricovero stesso, una diaria sostitutiva giornaliera di € 50 e rogata per ogni notte di ricovero ovvero per ogni giorno di day-hospital, con un limite di 60 giorni per anno/nucleo familiare.</p> <p>7) Per i periodi di ricovero dovuti a forme morbose croniche, verrà erogato, a titolo di rimborso da Assidai, una retta pari a € 23 giornalieri per un massimo di € 775 mensili; lo stesso importo sarà riconosciuto in caso di ricovero ospedaliero che si protragga 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.</p>
AREA EXTRAOSPEDALIERE	<p>B - EXTRAOSPEDALIERE</p> <p>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 le strutture sanitarie e specialisti convenzionati con il Network, il rimborso delle prestazioni previste ai successivi punti 1), 2) e 3) verrà calcolato applicando una franchigia fissa di € 20 a prestazione.</p> <p>1) Le seguenti prestazioni sanitarie, purché prescritte dal medico, escluse 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; coloscopia; coronarografia; cefecografia; 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; telecuore; topografia corneale; uroflussometria; urografia; nonché, nel limite complessivo di € 259 per anno/nucleo familiare, funzionalità ormonale e spermogramma.</p> <p>2) Le spese per cure, trattamenti e tutte le terapie relative ad affezioni onco oncologiche, fino alla concorrenza di ulteriori € 5.165 anno/nucleo familiare.</p> <p>3) Le spese per visite specialistiche ed analisi ed esami diagnostici di laboratorio, fino alla concorrenza di € 800 per anno/nucleo. Il rimborso verrà calcolato applicando all'importo della spesa sostenuta uno scoperto del 30%.</p> <p>Sono escluse dal rimborso le pediatriche, dentarie, ortodontiche ed 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.</p>
	<p>C - AMBULATORIALI</p> <p>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 le strutture sanitarie e specialisti convenzionati con il Network, il rimborso verrà calcolato applicando una franchigia fissa di € 100 a prestazione.</p> <p>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.</p> <p>Qualora, per le prestazioni di cui ai punti B e C della presente opzione, gli iscritti si avvalgano del Servizio Sanitario Nazionale, Assidai effettuerà il rimborso dell'intero ticket corrisposto da l'assistito.</p>
	<p>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.</p>
	<p>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.</p>
	<p>F - PRESTAZIONI AGGIUNTIVE</p> <p>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.</p>

Scheda riepilogativa del Piano Sanitario sostitutivo – Assidipost Federmanager

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 Sottolimito di € 8.000 in caso di parto cesareo Sottolimito di € 4.000 in caso di parto naturale	Fuori - Rete: Scoperto 20% con un minimo di € 800 ed un massimo di € 2.000; in caso di day hospital lo scoperto minimo è pari a € 258 In Rete (convenzione Diretta Assidai): applicazione dello scoperto fisso di € 516 per il ricovero e di € 258 per il day hospital Rette di degenza: € 186 al giorno Rette di degenza in caso di parto naturale: € 78 al giorno Nessun limite alla retta di degenza per giorni di ricovero in repart di terapia intensiva
	Ricovero con intervento a scopo ricostruttivo a seguito di mastectomia o quadrantectomia e relativo intervento di adeguamento contro - laterale		Fuori - Rete: Scoperto 20% con un minimo di € 800 ed un massimo di € 2.000. In Rete (convenzione Diretta Assidai): ulteriore franchigia di € 500 oltre a quanto previsto alla voce "Ricovero con o senza intervento chirurgico" - In Rete
	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	€ 2.000	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)	Extraspedaliere	€ 6.500 (38 tipologie di esami con sottomassimale di € 25€ per funzionalità ormonale / spermogramma)	Fuori - Rete: Scoperto del 25% In Rete (convenzione Diretta Assidai): applicazione di una franchigia fissa di € 20 a prestazione Rimborso al 100% in caso di tickets del SSN
	Cure per patologie oncologiche	€ 5.165	Fuori - Rete: Scoperto del 25% In Rete (convenzione Diretta Assidai): applicazione di una franchigia fissa di € 20 a prestazione Rimborso al 100% in caso di tickets del SSN
	Interventi ambulatoriali	€ 5.165	Fuori - Rete: Scoperto del 25% In Rete (convenzione Diretta Assidai): applicazione di una franchigia fissa di € 100 a prestazione Rimborso al 100% in caso di tickets del SSN
	Visite specialistiche	€ 800	Fuori - Rete: Scoperto del 20% In Rete (convenzione Diretta Assidai): applicazione di una franchigia fissa di € 20 a prestazione Rimborso al 100% in caso di tickets del SSN
	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