

PIANO SANITARIO SOSTITUTIVO PER LE PERSONE ISCRITTE IN FORMA COLLETTIVA

PREMESSA

I Piani Sanitari Sostitutivi per le persone iscritte in forma collettiva, tra i quali rientra anche il presente **PIANO SANITARIO OFI PLUS**, sono destinati alle/agli iscritte/i non assistite/i 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 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 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.

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 della/del chirurgo/o, 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 la neonata o il neonato;
 - rette di degenza (con esclusione di quelle concernenti i bisogni non essenziali della/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 infortunati) 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 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'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 un eventuale accompagnatrice o accompagnatore all'estero e ritorno, in treno o in aereo di linea, 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 riscontri la necessità del ricovero;
 - prestazioni fisioterapiche effettuate nei 90 giorni successivi al ricovero, purché pertinenti alla malattia/infornio 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/infornio 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 della/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 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 riscontri la necessità del ricovero;

- accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, effettuati nei 90 giorni precedenti e successivi al ricovero, purché pertinenti alla malattia/infornio 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 della/del 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.
- 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 comunemente 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 35%. In caso le prestazioni siano effettuate in regime di convenzionamento diretto presso strutture sanitarie e personale medico specialista convenzionato con il Network, il rimborso delle prestazioni previste ai successivi punti 1) e 2) scoperto del 20%.
- 1) Le seguenti prestazioni sanitarie, purché prescritte da personale medico, esclusa la spesa per la visita di prescrizione, fino alla concorrenza di € 6.500 per anno/nucleo familiare: agopuntura (purché effettuata da personale 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 nucleare; elettrocardiografia; elettromiografia; elettroencefalografia; epiluminescenza; fluorangiografia; holter (anche pressorio); isterosalpingografia; laserterapia; moc; pachimetria corneale; polisinnografia; 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 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 specialiste/i convenzionati con il Network, il rimborso verrà calcolato applicando uno scoperto del 20%. 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. 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 dalla persona assistita.
- D -** Quando la persona iscritta abbia figlie/i minorenni, in caso di ricovero di una/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 o di 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 e intervento ambulatoriale.
- E -** Nel caso in cui, a seguito di infortunio, derivi alla persona assistita 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 della persona iscritta 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 la/il capo nucleo e la/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 30% con un minimo di € 1.000. In caso di day hospital lo scoperto minimo è pari a € 500. In rete (convenzione diretta Assidai): applicazione dello scoperto minimo del 20% con un minimo di € 700 per il ricovero e € 350 per day hospital. Retta di degenza: € 186 al giorno (compresa IVA). Retta di degenza in caso di parto naturale: € 78 al giorno (compresa IVA).	
	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)	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. 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.	
	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	Fuori rete: scoperto 30% con un minimo di € 1.000. In rete (convenzione diretta Assidai): ulteriore franchigia di € 500 oltre a quanto previsto alla voce "Ricovero con o senza intervento chirurgico" - In rete.	
	Trasporto della persona assistita in ambulanza all'Istituto di cura	€ 1.000 per il doppio percorso	-	
	Trasporto della persona assistita e di una/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	In caso di figlie/i 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 € 259 per funzionalità ormonale/ spermogramma)	Fuori rete: scoperto del 35%. In rete (convenzione diretta Assidai): applicazione di uno scoperto del 20%. Rimborso al 100% in caso di ticket del SSN.	
	Cure per patologie oncologiche	€ 5.165	Fuori rete: scoperto del 35%. In rete (convenzione diretta Assidai): applicazione di uno scoperto del 20%. Rimborso al 100% in caso di ticket del SSN.	
	Interventi ambulatoriali	€ 5.165	Fuori rete: scoperto del 35%. In rete (convenzione diretta Assidai): applicazione di uno scoperto del 20%. Rimborso al 100% in caso di ticket 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.	
	Pacchetto Prevenzione	Per il biennio 2023 - 2024 sono riconosciuti gli specifici esami una volta a biennio fino a € 350 per la/il capo nucleo e di ulteriori € 350 per la/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.		