

| OPZIONI INTEGRATIVE PER GLI ISCRITTI IN FORMA COLLETTIVA OPZIONE 1C | |
|--|--|
| PREMESSA | <p><i>Le opzioni integrative per gli iscritti in forma collettiva, tra le quali rientra anche la presente OPZIONE 1C, sono destinate agli iscritti al Fasi o ad altra forma di assistenza sanitaria analoga, di cui all'Art. 17 - Sez. II - Titolo I - dello Statuto del Fondo.</i></p> <p><i>Le prestazioni sono riportate di seguito ed il rimborso corrisponde alla differenza tra la spesa sostenuta e documentata e quanto rimborsato dal Fasi, altri Fondi, iniziative aziendali, nonché polizze private, entro i limiti specificamente previsti.</i></p> <p><i>Qualora il rimborso ricevuto dall'iscritto da parte di una delle suddette forme assistenziali diverse dal Fasi risulti inferiore a quello che sarebbe stato il rimborso di detto Fondo, la prestazione di Assidai sarà determinata convenzionalmente sulla base di quello che sarebbe stato il rimborso del Fasi.</i></p> <p><i>Inoltre, qualora l'iscritto non usufruisca dell'assistenza del Fasi o di altre forme di assistenza analoghe, ovvero, pur potendone usufruire, non vi abbia fatto ricorso, il rimborso sarà pari alla differenza tra la spesa sostenuta e quella che sarebbe stata la prestazione del Fasi.</i></p> |
| AREA RICOVERO | <p>A - RICOVERI PER INTERVENTI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE Massimale €390.000 annui</p> <p>1) In caso di ricovero per intervento chirurgico di alta specializzazione a seguito di: malattie oncologiche, malattie del cuore, malattie ed infortuni al cervello, trapianto e donazione di organi 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; 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 rieducativi, medicinali ed esami post intervento, effettuati durante il periodo di ricovero; • rette di degenza, con il limite di € 186 al giorno; nessun limite per i giorni di ricovero in reparti di terapia intensiva; • 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 € 52 e con un massimo di giorni 30; • trasporto dell'assicurato e di un eventuale accompagnatore all'estero e ritorno, in treno o in aereo di linea, con il massimo di €1.550; • trasporto dell'assicurato in ambulanza all'Istituto di cura e viceversa, con il massimo di €775, 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; • accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, effettuati nei 90 giorni precedenti e successivi al ricovero. <p>2) In caso di ricovero, 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, con un limite di 60 giorni per anno/nucleo familiare.</p> <p>3) Per i periodi di ricovero dovuto a forme morbose croniche, nonché per i periodi di ricovero per i quali il Fasi o altro Fondo analogo preveda in base al proprio tariffario la corresponsione di un importo mensile forfettario, verrà erogato da Assidai, a titolo di rimborso, un importo massimo mensile di €775, vi sia stato o meno un rimborso, per coloro che ne fruiscono, da parte del Fasi o di altri Fondi.</p> |
| AREA EXTRAOSPEDALIERE | <p>B – EXTRAOSPEDALIERE</p> <p>Le seguenti prestazioni sanitarie, purché prescritte dal medico, esclusa la spesa per la visita di prescrizione, fino alla concorrenza di € 6.198 per anno/nucleo familiare: angiografia; arteriografia; chemioterapia; cobaltoterapia; coronarografia; diagnostica radiologica; ecografia; elettrocardiografia; elettroencefalografia; holter; radioterapia; risonanza magnetica nucleare; scintigrafia; tac; telecuore; uroflussometria.</p> <p>C – 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 € 104 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> |