

<b>OPZIONI SOSTITUTIVE PER GLI ISCRITTI IN FORMA COLLETTIVA OPZIONE 1C</b>	
<b>PREMESSA</b>	<p>Le opzioni sostitutive per gli iscritti in forma collettiva, tra le quali rientra anche la presente <b>OPZIONE 1C</b>, sono destinate agli iscritti non assistiti dal Fasi o da altre forme di assistenza sanitaria analoga, di cui all'Art. 17 Sez. II - Titolo I dello Statuto del Fondo.</p> <p>L'iscrizione in forma collettiva è quella effettuata per la medesima opzione ed in un unico contesto da tutti i quadri di una stessa azienda, il cui numero non sia inferiore a due. In questo caso potranno, altresì, iscriversi in forma collettiva anche tutti i consulenti della medesima azienda.</p> <p>Le prestazioni riconosciute sono riportate di seguito ed 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>
<b>AREA RICOVERO</b>	<p><b>A - RICOVERI PER INTERVENTI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE</b></p> <p><b>Scoperto del 20%</b>, con il minimo di <b>€ 516</b> ed il massimo di <b>€ 1.549</b>. Se il ricovero ha luogo all'estero, il rimborso sarà effettuato <b>ad integrazione del concorso erogato dal Servizio Sanitario Nazionale</b>.</p> <p>In caso di ricovero effettuato utilizzando la Rete di Case di Cura ed equipe mediche convenzionate, ed a condizione che le convenzioni risultino effettivamente e completamente applicate, il rimborso verrà calcolato applicando lo scoperto minimo di <b>€ 516</b>.</p> <p><b>Massimale €390.000 annui.</b></p> <p>1) In caso di ricovero per intervento chirurgico di alta specializzazione a seguito di: <b>malattie oncologiche, malattie del cuore, malattie ed infortuni al cervello, trapianto e donazione di organi</b>, le spese per:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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;</li> <li>• rette di degenza, <b>con il limite di € 186</b> al giorno; nessun limite per i giorni di ricovero in reparti di terapia intensiva;</li> <li>• ricovero del donatore per accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico di espianto, cure, medicinali e rette di degenza;</li> <li>• 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 <b>€ 52 e con un massimo di giorni 30</b>;</li> <li>• trasporto dell'assicurato e di un eventuale accompagnatore all'estero e ritorno, in treno o in aereo di linea, <b>con il massimo di € 1.550</b>;</li> <li>• trasporto dell'assicurato in ambulanza all'Istituto di cura e viceversa, <b>con il massimo di € 775</b>, per il doppio percorso, ancorché all'arrivo all'Istituto stesso non si riscontri la necessità del ricovero;</li> <li>• prestazioni fisioterapiche effettuate nei <b>90 giorni</b> successivi al ricovero;</li> <li>• accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, effettuati nei <b>90 giorni</b> precedenti e successivi al ricovero.</li> </ul> <p>2) In caso di ricovero in struttura del Servizio Sanitario Nazionale o con esso convenzionata, <b>in assenza di richiesta di rimborso di eventuali spese</b> comunque rimaste a carico per il ricovero stesso, una <b>diaria sostitutiva giornaliera di € 50</b> 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 verrà erogato, a titolo di rimborso da Assidai, un importo massimo mensile di <b>€ 775</b>; 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>
<b>AREA EXTRAOSPEDALIERE</b>	<p><b>B – EXTRAOSPEDALIERE</b></p> <p>Il rimborso verrà calcolato applicando all'importo della spesa sostenuta uno <b>scoperto del 25%</b>. Qualora, per le prestazioni di cui al punto B, gli iscritti si avvalgano del Servizio Sanitario Nazionale, l'Assidai effettuerà il rimborso dell'intero ticket corrisposto dall'assistito.</p> <p>Le seguenti prestazioni sanitarie, purché prescritte dal medico, esclusa la spesa per la visita di prescrizione, fino alla concorrenza di <b>€ 6.198</b> per anno/nucleo familiare: <b>angiografia; arteriografia; chemioterapia; cobaltoterapia; coronarografia; diagnostica radiologica; ecografia; elettrocardiografia; elettroencefalografia; holter; radioterapia; risonanza magnetica nucleare; scintigrafia; tac; telecuore; uroflussometria.</b></p> <p><b>C – PRESTAZIONI AGGIUNTIVE</b></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 <b>€ 104</b> 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>