

OPZIONI SOSTITUTIVE PER GLI ISCRITTI IN FORMA COLLETTIVA OPZIONE 2C	
PREMESSA	<p>Le opzioni sostitutive per gli iscritti in forma collettiva, tra le quali rientra anche la presente OPZIONE 2C, 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. 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>
AREA RICOVERO	<p>A - RICOVERI CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO</p> <p>Il rimborso verrà calcolato applicando all'importo della spesa sostenuta uno scoperto del 20%, con il minimo di €516 ed il massimo di €1.549. 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 concorso 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, ed a condizione che le convenzioni risultino effettivamente e completamente applicate, il rimborso verrà calcolato applicando gli scoperti minimi sopra indicati (€516 per i ricoveri e €258 per i day - hospital).</p> <p>Massimale €260.000 annui, elevato a €390.000 per ricoveri con intervento chirurgico di alta specializzazione a seguito di: malattie oncologiche, malattie del cuore, malattie ed infortuni al cervello, trapianto e donazione di organi.</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; 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, 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 €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 Istituto di cura che non comporti intervento chirurgico, le spese per:</p> <ul style="list-style-type: none"> • rette di degenza, con il limite di €186 al giorno; • 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 €775, 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. <p>3) In caso di parto non cesareo, le spese per:</p> <ul style="list-style-type: none"> • rette di degenza, con il limite massimo di €78 giornalieri; • 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, 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 €50 erogata per ogni notte di ricovero ovvero per ogni giorno di day-hospital, con un limite di 60 giorni per anno/nucleo familiare.</p> <p>6) Per i periodi di ricovero dovuto a forme morbose croniche, verrà erogato, a titolo di rimborso da Assidai, un importo massimo mensile di €775; 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%. 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: agopuntura (purché effettuata dal medico); amniocentesi e villocentesi; angiografia; arteriografia; chemioterapia; cistografia; cobaltoterapia; coronarografia; diagnostica radiologica; dialisi; doppler; ecografia; elettrocardiografia; elettromiografia; elettroencefalografia; epiluminescenza; holter; laserterapia; moc; 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>C - AMBULATORIALI</p> <p>Il rimborso verrà calcolato applicando all'importo della spesa sostenuta uno scoperto del 25%. 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.</p> <p>Qualora, per le prestazioni di cui ai punti B e C della presente opzione, gli iscritti si avvalgano del Servizio Sanitario Nazionale, l'Assidai effettuerà il rimborso dell'intero ticket corrisposto dall'assistito.</p> <p>D - Quando l'iscritto abbia figli minorenni, in caso di ricovero di un componente del nucleo familiare, 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.</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 € 51.646, 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 € 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>