

OPZIONI INTEGRATIVE PER GLI ISCRITTI IN FORMA INDIVIDUALE	
OPZIONE BASE	
PREMESSA	<p>Le opzioni integrative per gli iscritti in forma individuale, tra le quali rientra anche la presente OPZIONE BASE, sono destinate agli iscritti al Fasi o ad altra forma di assistenza sanitaria analoga, di cui all'Art. 16 - Sez. II - Titolo I dello Statuto del Fondo.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
AREA RICOVERO	<p>A - RICOVERI PER INTERVENTI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE Massimale €390.000 annui</p> <p>Le prestazioni di cui alla presente lettera A) vengono rimborsate fino ad un importo massimo pari a quello rimborsato o rimborsabile dal Fasi.</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) 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>1) 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>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.</p> <p>3) Le spese per visite specialistiche dovute a malattie oncologiche, malattie del cuore, malattie ed infortuni al cervello, trapianto di organi: fino alla concorrenza di € 1.033 per anno/nucleo familiare, fermo il limite di rimborso di € 52 per visita, e con esclusione dal rimborso delle spese relative alle prime quattro visite (le cui ricevute di spesa dovranno, comunque, essere inviate con le modalità previste dall'Art.23 dello Statuto al fine del conteggio della franchigia).</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>