

OPZIONI SOSTITUTIVE PER GLI ISCRITTI IN FORMA INDIVIDUALE OPZIONE BASE	
PREMESSA	<p>Le opzioni sostitutive per gli iscritti in forma individuale, tra le quali rientra anche la presente OPZIONE BASE, sono destinate agli iscritti non assistiti dal Fasi o da altre forme di assistenza sanitaria analoga, di cui all'Art. 16 - Sez. II - Titolo I dello Statuto del Fondo.</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 PER INTERVENTI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE Scoperto del 20%, con il minimo di € 516 ed il massimo di € 1.549. Se il ricovero ha luogo all'estero, il rimborso sarà effettuato ad integrazione del concorso erogato dal Servizio Sanitario Nazionale. 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 espanto, 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, 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%. 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>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>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>