

OPZIONI INTEGRATIVE PER GLI ISCRITTI IN FORMA INDIVIDUALE	
OPZIONE CONVENZIONE DIRETTA	
PREMESSA	<p>Le opzioni integrative per gli iscritti in forma individuale, tra le quali rientra anche la presente OPZIONE CONVENZIONE DIRETTA, 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> <p>L'OPZIONE CONVENZIONE DIRETTA è utilizzabile soltanto dagli assistiti dal Fasi essendo, di fatto, integrativa delle convenzioni dirette Fasi, e comportando, quindi, rimborsi direttamente alle Case di cura/medici convenzionati per la parte non erogata dal Fasi. Non è previsto, pertanto, alcun rimborso all'iscritto, ad eccezione delle spese relative agli accertamenti pre e post ricovero, alle prestazioni fisioterapiche post ricovero con intervento chirurgico, alle visite specialistiche, per le quali è previsto il rimborso all'iscritto anche nel caso in cui dette prestazioni non siano effettuate in convenzione diretta Assidai.</p>
AREA RICOVERO	<p>A - RICOVERI CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO</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) 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 fruiscano, da parte del Fasi o di altri Fondi.</p> <p>6) In caso di ricovero all'estero è prevista esclusivamente l'erogazione della diaria surrogatoria 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>
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: 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>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 (escluse pediatriche, dentarie, ortodontiche ed oculistiche quando effettuate per controllo visus) 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 - AMBULATORIALI</p> <p>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; fermo restando che, nel caso in cui la prestazione non risulti compresa nel tariffario Fasi, verrà applicato, sulle spese effettivamente sostenute e documentate, uno scoperto del 25%.</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>