

| OPZIONE FAMILIARI | |
|----------------------------|---|
| PREMESSA | <p>L'opzione familiari, secondo quanto disposto dall'Art. 22 – Sez. II – Titolo II dello Statuto del Fondo, è riservata al coniuge, anche se legalmente separato o divorziato, al convivente more uxorio, ai figli infraquarantacinquenni, i quali tutti siano privi di assistenza Fasi o di altre Forme analoghe.</p> <p>Si precisa, inoltre, che i figli infraquarantacinquenni, già assistiti da Assidai, in caso di matrimonio, ed a condizione che ciò sia comunicato entro 90 giorni, potranno mantenere l'assistenza ai sensi del III comma del suddetto articolo, ed estendere le prestazioni al proprio nucleo familiare (con il pagamento dello specifico contributo) a partire dal 1° gennaio dell'anno successivo alla contrazione del matrimonio.</p> <p>L'iscrizione all'opzione familiari esclude la possibilità di poter usufruire quale membro del nucleo familiare delle prestazioni previste dall'opzione cui aderisce l'iscritto principale.</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.</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. Per il parto cesareo il rimborso massimo sarà di € 8.000.</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, con il rimborso massimo di € 4.000, 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 dovuti 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 EXTRA RICOVERO | <p>B – EXTRAOSPEDALIERE</p> <p>Il rimborso verrà calcolato applicando all'importo della spesa sostenuta uno scoperto del 25%.</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 anno/nucleo familiare.</p> <p>3) Le spese per visite specialistiche (escluse pediatriche, dentarie, ortodontiche ed oculistiche quando effettuate per controllo visus).</p> <p>Il rimborso verrà calcolato fermo il limite di rimborso di € 52 per visita, con i seguenti ulteriori limiti annui:</p> <ul style="list-style-type: none"> • scoperto del 25%, fino alla concorrenza di complessivi € 1.033, e con esclusione dal rimborso della prima visita, per il coniuge legalmente separato, il coniuge divorziato o il convivente more uxorio; • scoperto del 25%, fino alla concorrenza di complessivi € 517, e con esclusione dal rimborso della prima visita, per il figlio; • scoperto del 25%, fino alla concorrenza di complessivi € 1.292, e con esclusione dal rimborso delle prime tre visite, per il figlio sposato ed il relativo nucleo familiare. <p>Le ricevute di spesa delle visite escluse dal rimborso 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>Il rimborso verrà calcolato applicando all'importo della spesa sostenuta uno scoperto del 25%. Le spese per interventi chirurgici (includere 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 – 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> |