OPZIONI SOSTITUTIVE PER GLI ISCRITTI IN FORMA INDIVIDUALE
O P Z I O N E A L G - A R C O B A L E N O

PREMESSA

*Le opzioni sostitutive per gli iscritti in forma individuale, tra le quali rientra anche la presente **OPZIONE ALG- ARCOBALENO**, sono destinate agli iscritti non assistiti dal Fasi o da altre forme di assistenza sanitaria analoga, di cui all'Art. 16 - Sez. II - Norme Regolamentari dello Statuto Assidai.*
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.

AREA RICOVERO

A - RICOVERI CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO
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, salvo quanto diversamente indicato al punto A5).
Massimale di € 530.000 anno/nucleo. Per il parto cesareo il rimborso massimo sarà di € 8.000.

1) In caso di **ricovero per intervento chirurgico** (compresi parto cesareo e aborto terapeutico) effettuato in Istituto di cura, le spese per:
- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico; 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 riabilitativi, medicinali ed esami post intervento, effettuati durante il periodo di ricovero;
- in caso di parto cesareo: onorari medici, accertamenti diagnostici, cure, medicinali, esami riguardanti il periodo di ricovero anche per il neonato;
- rette di degenza (con esclusione di quelle concernenti i bisogni non essenziali del degente, ad esempio telefono, televisione, ecc.) , con il **limite giornaliero di € 186** (comprensivo di IVA); 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** per anno/nucleo;
- trasporto dell'assicurato e di un eventuale accompagnatore all'estero e ritorno, in treno o in aereo di linea, **con il massimo di € 2.000** per anno/nucleo;
- trasporto dell'assicurato in ambulanza all'Istituto di cura e viceversa, **con il massimo di € 1.000** per anno/nucleo (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, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero con intervento ;
- accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, effettuati nei **90 giorni** precedenti e successivi al ricovero, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero con intervento;

2) In caso di **ricovero in Istituto di cura che non comporti intervento chirurgico**, le spese per:
- rette di degenza (con esclusione di quelle concernenti i bisogni non essenziali del degente, ad esempio telefono, televisione, ecc.), **con il limite giornaliero di € 186** (comprensivo di IVA);
- 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 € 1.000** per anno/nucleo (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, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero.

3) In caso di **parto non cesareo, con il rimborso massimo di € 4.000,** le spese per:
- rette di degenza, con il limite massimo di **€ 78** giornalieri (comprensivo di IVA), con esclusione di quelle concernenti i bisogni non essenziali del degente, ad es. telefono, televisione, ecc.;
- onorari medici, accertamenti diagnostici, cure, medicinali, esami riguardanti il periodo di ricovero anche per il neonato.

4) In caso di degenza in Istituto di cura in regime di **day-hospital,** le spese previste nei precedenti punti 1) e 2).

5) **In caso di ricovero per interventi a scopo ricostruttivo a seguito di mastectomia o quadrantectomia e relativo intervento di adeguamento contro – laterale, saranno riconosciute le spese di cui al punto 1). In caso la prestazione sia effettuata in convenzione diretta con Assidai, il rimborso verrà calcolato applicando una ulteriore franchigia di € 500 sul suddetto intervento.**

6) Per i periodi di ricovero dovuto a forme morbose croniche, verrà erogato, a titolo di rimborso da Assidai, una retta pari a **€ 25 giornalieri** per un **massimo** di **€ 775 mensili**; 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.

AREA EXTRAOSPEDALIERE

B – EXTRAOSPEDALIERE
Il rimborso verrà calcolato applicando all'importo della spesa sostenuta uno **scoperto del 25%**.

1) Le seguenti prestazioni sanitarie, purché prescritte dal medico, esclusa la spesa per la visita di prescrizione, fino alla concorrenza di **€ 6.500** per anno/nucleo familiare**: agopuntura (purché effettuata dal medico); amniocentesi e villocentesi; angiografia; arteriografia; biopsia; chemioterapia; cistografia; clisma opaco; colposcopia; coronarografia; defecografia; diagnostica radiologica; dialisi; doppler; ecografia; ecocardiografia a riposo e da sforzo sia fisico, sia farmacologico; ecocardiografia fetale; ecografia in translucenza nucale; elettrocardiografia; elettromiografia; elettroencefalografia; epiluminescenza; fluorangiografia; holter (anche pressorio); isterosalpingografia; laserterapia; moc; pachimetria corneale; polisonnografia; 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 spermiogramma.**

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.

3) Le spese per visite specialistiche (escluse pediatriche, dentarie, ortodontiche ed oculistiche quando effettuate per controllo visus) fino alla concorrenza di **€ 1.500,** con rimborso calcolato applicando una franchigia fissa di **€ 50** per ogni prestazione.

C – AMBULATORIALI: Il rimborso verrà calcolato applicando all'importo della spesa sostenuta uno **scoperto del 25%**. Le spese per **interventi chirurgici** (incluse le prestazioni bioptiche), nonché le spese per **prestazioni endoscopiche**, fino alla concorrenza di **€ 5.165** per anno/nucleo familiare.

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.

D – Quando l'iscritto abbia figli minorenni, in caso di ricovero di un componente del nucleo familiare iscritto ad Assidai, 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. Tale rimborso, pertanto, è escluso in caso di Day Hospital ed intervento ambulatoriale.

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 **€ 56.000**, 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.

F – PRESTAZIONI AGGIUNTIVE: 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 **€ 150** 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.

G – GARANZIE ACCESSORIE:
Assidai rimborsa il rimpatrio della salma in caso di decesso all'estero durante il ricovero con il limite di € 2.000 per anno e per nucleo.

Sono evidenziate le innovazioni rispetto al piano sanitario 2012.

Assidai
Il fondo sanitario per il tuo benessere

Scheda riepilogativa del Piano Sanitario – Opzione ALG - Arcobaleno Sostitutiva

	Prestazioni	Massimali anno/nucleo	Limiti /Scoperto / Franchigia
Area Ricovero A)	**Ricovero/Day Hospital con o senza intervento chirurgico**	**€ 530.000** **(Sottolimite di € 8.000 in caso di parto cesareo** **Sottolimite di € 4.000 in caso di parto naturale)**	Fuori - Rete: Scoperto 20% con un minimo di € 516 ed un massimo di € 1.549. In caso di day - hospital lo scoperto minimo è pari a € 258 In Rete (convenzione Diretta Assidai): applicazione dello scoperto minimo di € 516 per il ricovero e di € 258 per il day hospital Retta di degenza: € 186 al giorno (compresa IVA) Retta di degenza in caso di parto naturale: € 78 al giorno (compresa IVA) Nessun limite alla retta di degenza per i giorni di ricovero in reparti di terapia intensiva
	Ricovero con intervento a scopo ricostruttivo a seguito di mastectomia o quadrantectomia e relativo intervento di adeguamento contro - laterale		Fuori - Rete: Scoperto 20% con un minimo di € 516 ed un massimo di € 1.549. In Rete (convenzione Diretta Assidai): ulteriore franchigia di € 500 oltre a quanto previsto alla voce "Ricovero con o senza intervento chirurgico"- In Rete
	Trasporto dell'assicurato in ambulanza all'Istituto di Cura	**€ 1.000** per il doppio percorso	-
	Trasporto dell'assicurato e di un eventuale accompagnatore in treno o in aereo di linea, all'estero e ritorno	**€ 2.000**	In caso di ricovero con intervento chirurgico
	Vitto e pernottamento accompagnatore	**€ 52** al giorno	In caso di ricovero con intervento chirurgico Massimo 30 giorni anno/nucleo
	Spese per accertamenti diagnostici pre – ricovero	**90** giorni prima del ricovero	-
	Spese per accertamenti diagnostici post – ricovero	**90** giorni dopo il ricovero	-
	Spese per prestazioni fisioterapiche	**90** giorni dopo il ricovero	In caso di ricovero con intervento chirurgico
	Collaboratrice familiare	**€ 26** al giorno	In caso di figli minorenni per ricoveri di più di 7 giorni di un componente del nucleo. Massimo 30 giorni anno/nucleo
	RICOVERO FORME MORBOSE CRONICHE	**€ 25** giornalieri	Importo massimo mensile erogabile **€ 775**
Area Extra - Ricovero B)	**Extraospedaliere**	**€ 6.500** (**38 tipologie** di esami con sottomassimale di € 259 per funzionalità ormonale / spermiogramma)	Fuori - Rete: Scoperto del 25% In Rete (convenzione Diretta Assidai): applicazione di una franchigia fissa di € 20 a prestazione Rimborso al 100% in caso di tickets del SSN
	Cure per patologie oncologiche	**€ 5.165**	Scoperto del 25% Rimborso al 100% in caso di tickets del SSN
	Interventi ambulatoriali	**€ 5.165**	Fuori - Rete: Scoperto del 25% In Rete (convenzione Diretta Assidai): applicazione di una franchigia fissa di € 100 a prestazione Rimborso al 100% in caso di tickets del SSN
	Visite specialistiche	**€ 1.500**	Fuori Rete : Franchigia fissa di € 50 a prestazione In Rete: applicazione di una franchigia fissa di €. 20 a prestazione Rimborso al 100% in caso di tickets del SSN
	Visite specialistiche preventive ginecologiche e/o urologiche	**2 visite** annue per un massimo di **€ 150** per ciascuna visita	Solo se non sia stata presentata alcuna richiesta di rimborso nei due anni precedenti
	Indennità mutuo	**€ 56.000**	In caso di infortunio da cui derivi un'invalidità di grado non inferiore al 66%, corresponsione di un'indennità periodica per le rate di mutuo
	Rimpatrio Salma	**€ 2.000**	In caso di decesso dell'assistito all'estero

NOTA BENE: La presente scheda costituisce esclusivamente un breve riassunto delle principali prestazioni offerte e, pertanto, ha carattere puramente informativo e non esaustivo. Tutte le prestazioni e condizioni contrattuali sono riportate nel Piano Sanitario che è l'unico documento contrattuale, unitamente allo Statuto Assidai, a far fede.