Assidai
Il fondo sanitario per il tuo benessere

# FAMILIARI

# PIANO SANITARIO

## PREMESSA

*Il **PIANO SANITARIO FAMILIARI** è riservato alla/al **coniuge**, anche se legalmente separata/o o divorziata/o, alla/al **convivente more - uxorio, alle/ai figlie/i fino a 65 anni, che siano privi di assistenza Fasi o di altre forme di assistenza analoghe,** secondo quanto disposto dall'art. 8 del Regolamento Assidai.*

*Per tutto ciò che attiene alle condizioni di rimborso e alle regole operative si rinvia a quanto espressamente stabilito dallo Statuto e dal Regolamento del Fondo, che, insieme al presente Piano Sanitario, sono gli unici documenti a far fede. L'iscrizione al Piano Sanitario Familiari esclude la possibilità di poter usufruire quale membro del nucleo familiare delle prestazioni previste dal Piano Sanitario cui aderisce la persona iscritta principale.*

## AREA RICOVERO

**A - RICOVERI CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO**
**Massimale € 500.000 anno/nucleo. Per il parto cesareo il rimborso massimo sarà di € 8.000.**
Il rimborso verrà calcolato applicando all'importo della spesa sostenuta uno scoperto del **30%**, con il minimo di **€ 2.000**. In caso di day hospital, il predetto minimo è ridotto a **€ 500**.
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 all'importo della spesa sostenuta uno **scoperto del 15%**, con il minimo di **€ 1.500**. In caso di day hospital, il predetto minimo è ridotto a **€ 500**.
Si precisa che, sia per i ricoveri effettuati in forma diretta sia per quelli effettuati in forma indiretta, potrebbero rimanere a carico della persona iscritta, oltre a quanto precedentemente indicato, eventuali spese dovute al superamento del limite della retta di degenza, del limite per l'accompagnatrice/accompagnatore e ogni altra prestazione per la quale il Piano Sanitario stabilisca una quota massima di rimborso o limite massimo di giorni di erogazione.
Se il ricovero ha luogo all'estero, il rimborso sarà effettuato a integrazione del contributo erogato dal Servizio Sanitario Nazionale

**1)** In caso di **ricovero per intervento chirurgico** (compresi parto cesareo e aborto terapeutico) effettuato in Istituto di cura, le spese per:
- onorari della/del chirurga/o, 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;
- saranno, inoltre, rimborsate le spese sostenute per l'utilizzo di robot, solo se fatturate dalla Casa di cura, **entro il limite di € 5.000** per intervento;
- in caso di parto cesareo: onorari medici, accertamenti diagnostici, cure, medicinali, esami riguardanti il periodo di ricovero anche per la neonata o il neonato;
- rette di degenza (con esclusione di quelle concernenti i bisogni non essenziali del/della degente, ad es. 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; in caso di ricoveri riabilitativi, che non siano riconducibili a forme morbose croniche ed effettuati presso strutture ospedaliere pubbliche o private convenzionate, Assidai provvederà a rimborsare le spese relative alla retta di degenza **con il limite giornaliero di € 25**, comprensivo di ogni spesa sostenuta, e per un importo massimo di **€ 775 mensili**. Tale limite sarà applicato anche in caso di ricovero che si protragga oltre i 90 giorni - calcolati anche a cavallo di due annualità successive - a partire dal 91° giorno di ricovero;
- ricovero della donatrice o del donatore per accertamenti diagnostici, assistenza medica e 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'accompagnatrice o un accompagnatore della persona assistita **con il limite giornaliero di € 52 e con un massimo di giorni 30** per anno/nucleo;
- trasporto della persona assistita e di una/un eventuale accompagnatrice/accompagnatore in treno o in aereo di linea, all'estero e ritorno, **con il massimo di € 2.000** per anno/nucleo;
- trasporto della persona assistita 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 con intervento;
- 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/della degente, ad es. telefono, televisione, ecc.), **con il limite giornaliero di € 186** (comprensivo di IVA); in caso di ricoveri riabilitativi, che non siano riconducibili a forme morbose e croniche ed effettuati presso strutture ospedaliere pubbliche o private convenzionate, e per quelli volti al recupero da dipendenze, Assidai provvederà a rimborsare le spese relative alla retta di degenza **con il limite giornaliero di € 25**, comprensivo di ogni spesa sostenuta, e per un importo massimo di **€ 775 mensili**. Tale limite sarà applicato anche in caso di ricovero che si protragga oltre i 90 giorni - calcolati anche a cavallo di due annualità successive - a partire dal 91° giorno di ricovero;
- accertamenti diagnostici, assistenza medica, cure, medicinali riguardanti il periodo di ricovero;
- trasporto della persona assistita 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 della degente, ad es. telefono, televisione, ecc.;
- onorari medici, accertamenti diagnostici, cure, medicinali, esami riguardanti il periodo di ricovero anche per la neonata o 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).**

**6)** 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.

## AREA EXTRA RICOVERO

**B - EXTRAOSPEDALIERE:** il rimborso verrà calcolato applicando all'importo della spesa sostenuta uno **scoperto del 30%** con il minimo di **€ 60** per prestazione. In caso le prestazioni siano effettuate in regime di convenzionamento diretto presso strutture sanitarie e specialiste/i convenzionate/i con il Network, il rimborso delle prestazioni previste ai successivi punti 1), 2) verrà calcolato applicando uno scoperto del **15%** con un minimo di **€ 30** per prestazione.

**1)** Le seguenti prestazioni sanitarie, purché prescritte dai medici, esclusa la spesa per la visita di prescrizione, fino alla concorrenza di **€ 6.500** per anno/nucleo familiare: **agopuntura (purché effettuata dai medici); 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. Il rimborso verrà calcolato applicando all'importo della spesa sostenuta uno **scoperto del 25%**. In caso le prestazioni siano effettuate in regime di convenzionamento diretto presso strutture sanitarie e specialiste/i convenzionate/i con il Network, il rimborso delle prestazioni previste sarà rimborsato previa applicazione di una franchigia fissa di **€ 20** a prestazione.

**3)** Le spese per **visite specialistiche.** Sono escluse dal rimborso le visite pediatriche, dentarie, ortodontiche e oculistiche quando effettuate per controllo visus; sono, inoltre, escluse le visite specialistiche psichiatriche dovute a forme di malattie mentali e tutte le forme di nevrosi, psicoterapia e psicoanalisi.
Il rimborso verrà calcolato fermo il limite di **€ 52** per visita, con i seguenti ulteriori limiti annui:
- **scoperto del 25%**, fino alla concorrenza di complessivi **€ 1.033**, e con esclusione dal rimborso della **prima visita effettuata non in regime di convenzionamento diretto, per la/il coniuge legalmente separata/o, la/il coniuge divorziata/o o la/il convivente more uxorio;**
- **scoperto del 25%**, fino alla concorrenza di complessivi **€ 517** e con esclusione dal rimborso della **prima visita effettuata non in regime di convenzionamento diretto,** per le/i **figlie/figli**;
- **scoperto del 25%**, fino alla concorrenza di complessivi **€ 1.292**, e con esclusione dal rimborso delle prime **tre visite effettuate non in regime di convenzionamento diretto, per le/i figlie/figli sposate/i e il relativo nucleo familiare**.

In caso le prestazioni siano effettuate in regime di convenzionamento diretto presso strutture sanitarie e specialiste/i convenzionate/i con il Network, il rimborso delle prestazioni verrà calcolato applicando una franchigia fissa di **€ 20** a prestazione.
Le ricevute di spesa delle visite escluse dal rimborso dovranno, comunque, essere inviate con le modalità previste dall'art. 9 del Regolamento al fine del conteggio della franchigia. Le visite specialistiche previste dal Piano Sanitario ed effettuate in regime di convenzionamento diretto presso gli specialiste/i convenzionate/i con il Network, non rientreranno nel calcolo della franchigia numerica e saranno quindi tutte rimborsate nei limiti e massimali sopracitati.

**C - AMBULATORIALI:** il rimborso verrà calcolato applicando all'importo della spesa sostenuta uno **scoperto del 30%** con un minimo di **€ 300**. In caso le prestazioni siano effettuate in regime di convenzionamento diretto presso strutture sanitarie e specialiste/i convenzionate/i con il Network, il rimborso verrà calcolato applicando uno **scoperto del 15%** con il minimo di **€ 200**. Le spese per **interventi chirurgici** (incluse le prestazioni bioptiche), nonché le spese per **prestazioni endoscopiche**, sono rimborsate fino alla concorrenza di **€ 5.165** per anno/nucleo familiare.

Qualora, per le prestazioni di cui ai punti B e C del presente Piano Sanitario, le persone iscritte si avvalgano del Servizio Sanitario Nazionale, Assidai effettuerà il rimborso dell'intero ticket corrisposto dall'assistito.

**D -** Quando la persona iscritta abbia figlie/i minorenni, in caso di ricovero di una/un componente del nucleo familiare iscritta/o 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 o un collaboratore 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 della persona iscritta per visite di diagnostica preventiva di natura ginecologica e/o urologica, nei limiti di due visite complessive.

Assidai
Il fondo sanitario per il tuo benessere

FAMILIARI

# SCHEDA RIEPILOGATIVA DEL PIANO SANITARIO

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

| | PRESTAZIONI | MASSIMALI ANNO/NUCLEO | LIMITI/SCOPERTI/FRANCHIGIE |
|---|---|---|---|
| AREA RICOVERO A | **Ricovero/day hospital con o senza intervento chirurgico** | **€ 500.000 (sottolimite di € 8.000 in caso di parto cesareo; sottolimite di € 4.000 in caso di parto naturale)** | **Fuori rete:** scoperto del **30%** con un minimo di **€ 2.000**. In caso di day hospital lo scoperto minimo è pari a **€ 500**.<br>**In rete (convenzione diretta Assidai)**: scoperto del **15%** con un minimo di **€ 1.500**. In caso di day hospital lo scoperto minimo è pari ad **€ 500**.<br>Retta di degenza: **€ 186** al giorno (compresa IVA).<br>Retta di degenza in caso di parto naturale: **€ 78** al giorno (compresa IVA).<br>Nessun limite alla retta di degenza 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.<br>Retta di degenza: **€ 25** al giorno (comprensivi di ogni spesa) e per un importo massimo di **€ 775** mensili in caso di ricoveri riabilitativi e ricoveri oltre i 90 giorni. |
| | **Spese per utilizzo di robot (solo se fatturate dalla Casa di cura)** | **€ 5.000 per intervento** (sottolimite del massimale Ricovero/day hospital con o senza intervento chirurgico) | |
| | **Ricovero con intervento a scopo ricostruttivo a seguito di mastectomia o quadrantectomia e relativo intervento di adeguamento contro-laterale** | Nel massimale del Ricovero/day hospital con o senza intervento chirurgico | |
| | **Trasporto della persona assistita in ambulanza all'Istituto di cura** | **€ 1.000** per il doppio percorso | |
| | **Trasporto della persona assistita e di un eventuale accompagnatrice o accompagnatore in treno o in aereo di linea, all'estero e ritorno** | **€ 2.000** (In caso di ricovero con intervento chirurgico) | |
| | **Vitto e pernottamento accompagnatrice o 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 o collaboratore familiare** | **€ 26** al giorno | In caso di figlie/figli minorenni per ricoveri di più di 7 giorni di una/un componente del nucleo. Massimo 30 giorni anno/nucleo. |
| | **Diaria Surrogatoria (anche per day hospital)** | **€ 50** per ogni notte di ricovero | Massimo 60 giorni anno/nucleo e riconosciuta solo in caso non sia presentata alcuna spesa inerente o legata al ricovero. |
| AREA EXTRA - RICOVERO B | **Extraospedaliere** | **€ 6.500** (**38 tipologie di esami** con sottomassimale di **€ 259** per funzionalità ormonale/spermiogramma) | **Fuori rete**: scoperto del **30%** con un minimo di **€ 60** per prestazione.<br>**In rete (convenzione diretta Assidai)**: scoperto del **15%** con un minimo di **€ 30** per prestazione.<br>**Rimborso al 100% in caso di ticket del SSN.** |
| | **Cure per patologie oncologiche** | **€ 5.165** | **Fuori rete:** scoperto del **25%**.<br>**In rete (convenzione diretta Assidai)**: applicazione di una franchigia fissa di **€ 20** a prestazione.<br>Rimborso al 100% in caso di ticket del SSN. |
| | **Interventi ambulatoriali** | **€ 5.165** | **Fuori rete**: scoperto del **30%** con il minimo di **€ 300**.<br>**In rete (convenzione diretta Assidai)**: scoperto del **15%** con il minimo di **€ 200**.<br>Rimborso al 100% in caso di ticket del SSN. |
| | **Visite specialistiche** | **Figlia/o - massimale annuo € 517** | **Fuori rete:** scoperto **25%** con il limite di **€ 52** a visita e con esclusione dal rimborso della prima visita inviata ad Assidai.<br>**In rete (convenzione diretta Assidai)**: franchigia fissa di € 20 a visita, fermo il limite di **€ 52** a visita.<br>Rimborso al 100% in caso di ticket del SSN. |
| | | **Figlia/o Sposata/o - massimale annuo/nucleo € 1.292** | **Fuori rete:** scoperto **25%** con il limite di **€ 52** a visita e con esclusione dal rimborso delle prime tre visite inviate ad Assidai.<br>**In rete (convenzione diretta Assidai)**: franchigia fissa di **€ 20** a visita, fermo il limite di **€ 52** a visita.<br>Rimborso al 100% in caso di ticket del SSN. |
| | | **Coniuge o convivente more uxorio - massimale annuo € 1.033** | **Fuori rete:** scoperto **25%** con il limite di **€ 52** a visita e con esclusione dal rimborso della prima visita inviata ad Assidai.<br>**In rete (convenzione diretta Assidai)**: franchigia fissa di **€ 20** a visita, fermo il limite di **€ 52** a visita. Rimborso al 100% in caso di ticket 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. |