

Piano sanitario Quadri e figli dei Dirigenti

Art. 1 - Prestazioni

A - Ospedaliera

Assidai, per le malattie e gli infortuni verificatisi nell'anno, rimborsa le spese per:

A. 1) In caso di intervento chirurgico, parto cesareo, aborto terapeutico, in istituto di cura o anche ambulatoriale:

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
- i diritti di sala operatoria ed il materiale di intervento (compresi gli apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento, necessari al recupero dell'autonomia dell'Assistito);
- 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;
- assistenza medica ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami post-intervento riguardanti il periodo di ricovero;
- rette di degenza;
- accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, effettuati anche al di fuori dall'istituto di cura nei 90 giorni precedenti il ricovero;
- esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali i trattamenti fisioterapici e rieducativi, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari (incluse le carrozzelle ortopediche), cure termali (escluse le spese alberghiere) effettuate nei 120 giorni successivi al termine del ricovero e rese necessarie dall'intervento chirurgico;
- prelievo di organi o parte di essi; ricovero relativo al donatore e gli 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'Assistito con il limite giornaliero di 1/1000 del massimale per ricovero con il massimo di € 89,00 e con un massimo di giorni 30;
- trasporto dell'Assistito in ambulanza all'istituto di cura e viceversa, col massimo di € 891,00;
- trasporto dell'Assistito e di un eventuale accompagnatore all'estero e ritorno, in treno o in aereo di linea, col massimo di € 891,00;
- In caso di decesso conseguente ad intervento chirurgico avvenuto all'estero, la copertura è estesa al rimborso delle spese per il rimpatrio della salma fino ad un massimo di € 891,00;

A. 2) In caso di ricovero in istituto di cura che non comporti intervento chirurgico:

- rette di degenza, accertamenti diagnostici, assistenza medica, cure, medicinali riguardanti il periodo di ricovero;
- accertamenti diagnostici compresi gli onorari medici effettuati fuori dall'istituto di cura nei 90 giorni precedenti il ricovero e resi necessari dall'evento che ha causato il ricovero;
- esami, acquisto medicinali, prestazioni mediche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali i trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati nei 120 giorni successivi al termine del ricovero purché direttamente conseguenti all'evento che ha causato il ricovero;
- trasporto dell'Assistito in ambulanza all'istituto di cura e viceversa, col massimo di € 891,00;

A. 3) In caso di parto non cesareo:

- rette di degenza, onorari medici, accertamenti diagnostici, cure, medicinali, esami riguardanti il periodo di ricovero, anche per il neonato, fino a concorrenza della somma di € 1.725,00 per anno e per nucleo familiare.

A. 4) Day Hospital

- In caso di degenza in istituto di cura in regime di "day hospital" la Assidai assicura il rimborso delle spese come previsto dai precedenti punti A-1) o A-2).

A. 5) Trasformabilità della prestazione

- a) con riferimento al punto A-1) se tutte le spese, esclusi eventuali "tickets", sono a totale carico dell'Assistenza Sanitaria Sociale, Assidai corrisponderà un'indennità di 1/1000 del massimale per ricovero con il massimo di € 115,00 per ogni giorno di ricovero per una durata massima di 60 giorni per persona e per anno; con riferimento ai punti A-2) e A-3) se tutte le spese, esclusi eventuali "ticket", sono a totale carico dell'Assistenza Sanitaria Sociale, Assidai corrisponderà un'indennità di 1/1000 del massimale per ricovero con il massimo di € 115,00 per ogni giorno di ricovero per una durata massima di 60 giorni per persona e per anno, per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia, dell'infortunio e del parto, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio in dipendenza di tali eventi.
- b) con riferimento al punto A-4) se tutte le spese, esclusi eventuali "ticket", sono a totale carico dell'Assistenza Sanitaria Sociale, Assidai corrisponderà il 50% dell'indennità prevista ai precedenti commi a) e b).

Le prestazioni del presente piano sanitario si intendono prestate indipendentemente e ad integrazione dell'Assistenza Sanitaria Sociale.

La garanzia di cui al presente articolo è prestata fino a concorrenza della somma di € 172.500,00 da intendersi come disponibilità unica per ciascun anno e per nucleo familiare. In caso di parto cesareo la garanzia è prestata nel limite del massimale per anno e per nucleo di € 9.200,00.

Il massimale di € 172.500,00 si intende raddoppiato in caso di grandi interventi chirurgici elencati nell'allegato 1.

Anticipo. Nei casi di ricovero per il quale l'Istituto di Cura richiede il pagamento di un anticipo, Assidai corrisponde - su richiesta dell'iscritto - l'importo versato a tale titolo entro il 70% della somma garantita, salvo conguaglio a cure ultimate.

B - Franchigie e/o Scoperti

Qualora l'iscritto non si avvalga della rete dei Centri Clinici Convenzionati e delle Equipe Mediche Convenzionate nei termini di cui al successivo art. 11, il rimborso delle spese verrà effettuato nel seguente modo:

- 1) relativamente alle garanzie di cui ai punti A-1), A-2) e A-4) (esclusi gli interventi ambulatoriali): con applicazione di uno scoperto del 20% minimo € 1.500,00 massimo € 5.000,00;
- 2) relativamente agli interventi ambulatoriali: con applicazione della franchigia fissa di € 500,00.

C - Spese Extraospedaliere

C-1) Alta Diagnostica

Assidai rimborsa le spese extraospedaliere per i seguenti accertamenti diagnostici e di laboratorio, fino a concorrenza dell'importo massimo di € 2.300,00 per anno e per nucleo:

amniocentesi; dialisi; doppler; elettrocardiografia completa; elettroencefalografia; endoscopiche (intendendosi per tali anche: angiografia, arteriografia, cistografia e coronografia); laserterapia; moc; risonanza magnetica nucleare; scintigrafia; tac; telecuore; urografia.

C-2) Specialistiche ed altre prestazioni extraospedaliere

Assidai rimborsa anche le spese extraospedaliere per le seguenti prestazioni sanitarie, fino a concorrenza dell'importo massimo indicato per anno e per nucleo:

onorari medici per visite specialistiche (escluse quelle odontoiatriche, ortodontiche e pediatriche) analisi, esami di laboratorio, esami diagnostici ed indagini radiologiche (esclusi quelli indicati al precedente punto C-1), fino alla concorrenza di € 1.782,50 per anno e per nucleo.

Nell'ambito di tale massimale, relativamente alle patologie riconducibili allo stato di gravidanza, le spese saranno rimborsate nel limite di € 575,00 per anno e per nucleo.

b) onorari medici per visite specialistiche pediatriche sino alla concorrenza di € 69,00 per ogni visita e per un importo massimo di € 345,00 per anno e per nucleo;

c) spese per cure, estrazioni, protesi dentarie ed interventi chirurgici odontoiatrici fino alla concorrenza di € 1.306,00 per anno e per nucleo.

d) spese per cure, interventi chirurgici ed apparecchi ortodontici fino alla concorrenza di € 595,00 per anno e per nucleo. Tale garanzia è prestata nei confronti degli iscritti che non abbiano compiuto il 21° anno di età;

e) spese per acquisto di apparecchi protesici (esclusi quelli dentari ed ortodontici) sostitutivi di parti anatomiche, sino alla concorrenza di € 1.485,00 per anno e per nucleo;

f) spese per cure, trattamenti, terapie finalizzate al recupero della salute e medicinali, purché prescritti da medico specialista, relativi ad affezioni oncologiche fino alla concorrenza di € 8.912,00 per anno e per nucleo;

g) spese per terapie finalizzate al recupero della salute (escluse quelle oncologiche) purché prescritte da medico specialista sino alla concorrenza di € 891,00 per anno e per nucleo;

h) spese per assistenza infermieristica domiciliare con il limite di € 42,00 al giorno e con il massimo di 60 giorni per anno e per nucleo.

Le garanzie di cui ai punti C-1) e C-2) si intendono prestate con applicazione di uno "scoperto" per ogni malattia e/o infortunio a carico dell'iscritto nella misura del 30% delle spese effettivamente sostenute e documentate, con l'avvertenza che, limitatamente alle garanzie di cui al punto C-1), se l'iscritto si avvale della rete dei Centri Clinici Convenzionati nei termini di cui al successivo art. 11, non verrà applicato alcun scoperto. Qualora le prestazioni per visite specialistiche e spese per cure, interventi chirurgici ed apparecchi ortodontici siano effettuate in regime di convenzionamento diretto presso strutture sanitarie e specialisti convenzionati con il Network Assidai/Previmedical, il rimborso degli onorari medici per visite specialistiche verrà erogato con l'applicazione di uno scoperto del 25%.

Art. 3 - Limiti delle prestazioni

Sono escluse dal rimborso le spese relative a:

- a) intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso di allucinogeni nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- b) chirurgia plastica a scopo estetico salvo per i neonati che non abbiano compiuto il 3° anno di età e quella a scopo ricostruttivo da infortunio;
- c) agopuntura non effettuata da medico;
- d) infortuni sofferti sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o simili (non assunte a scopo terapeutico);
- e) infortuni sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose;
- f) le conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.

Art. 4 - Termini di aspettativa

Le coperture hanno effetto dalle ore ventiquattro:

- a) dal giorno di decorrenza della garanzia, per gli infortuni e le malattie;
- b) dal centovesimo giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia, per l'aborto terapeutico e per le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche diagnosticate o curate anteriormente alla stipulazione del contratto, fermo quanto disposto dal successivo art. 5 delle presenti piano sanitario;
- c) dal trecentesimo giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia per il parto.

Art. 5 - Persone non assicurabili

Le persone affette da, tossicodipendenza, ed alcolismo, non sono assicurabili e la copertura cessa con il loro manifestarsi nei modi e nei termini previsti dall'articolo 1898 del Codice Civile.

Viene prevista la possibilità di accedere alla copertura anche ai soggetti portatori di handicap mentali, o che assumono farmaci psicotropi a scopo terapeutico.

Art. 6 - Estensione territoriale

Le coperture valgono per il mondo intero.

Art. 10 - Criteri di liquidazione

Assidai effettua il rimborso direttamente all'iscritto entro 30 giorni dalla presentazione della necessaria documentazione medica e delle relative notule e fatture debitamente quietanzate.

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi verranno eseguiti in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'iscritto, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

Condizioni particolari

1) Iscritti

La copertura si intende valida esclusivamente a favore dei "Quadri", compresi quelli in quiescenza, e dei figli dei dirigenti, iscritti al Fasidi e i relativi familiari, intendendosi per tali il coniuge, o in alternativa il convivente more uxorio; i figli nati e nati - sino al trentesimo anno di età - purché conviventi, a carico e risultanti nello stato di famiglia, l'obbligo della convivenza viene derogato solo per studenti universitari su presentazione di certificato di studio in originale.

2) Contributo e regolazione

Il contributo annuo per nucleo familiare è comunicato alle diverse categorie di iscritto con apposita comunicazione per le inclusioni successive e fino alle ore 0 del 01/07 di ogni anno, verrà corrisposto in ogni caso il 100% del contributo annuo per ciascun nucleo. Per i nuclei familiari inseriti nel secondo semestre e cioè dalle ore 0 del 01/07 alle ore 0 del 01/01 di ogni anno verrà corrisposto in ogni caso il 60% del contributo annuo per nucleo.

Art. 4. Rete Convenzionata – Pagamento diretto

Il pagamento diretto avviene in caso di prestazioni ospedaliere a condizione che l'Assistito si avvalga di uno o più dei professionisti o degli Istituti erogatori delle prestazioni facenti parte del Network Assidai/Previmedical ed abbia richiesto autorizzazione alla Assidai/Previmedical con un preavviso di almeno 48 ore lavorative.

Quanto suddetto vale anche per le prestazioni extraospedaliere senza alcuna limitazione di importo minimo.

Il preavviso non è richiesto per i soli casi di emergenza.

Assidai/Previmedical effettua il pagamento diretto delle spese indennizzabili a termini di piano sanitario secondo le condizioni della convenzione stipulata da Assidai/Previmedical con le Case di Cura, i professionisti e i centri clinici convenzionati.

Restano a carico dell'Assistito le sole franchigie e scoperti eventualmente previsti nel piano sanitario nonché le prestazioni non garantite dalle convenzioni suddette.

Qualora l'Assistito dovesse richiedere una prestazione presso una Struttura Convenzionata con il Network Assidai/Previmedical, ma l'Equipe Medica non lo fosse, Assidai/Previmedical non provvederà al pagamento diretto ma solo alla successiva liquidazione in forma rimborsuale. Si applicano in ogni caso eventuali scoperti e/o franchigie previsti dalle singole opzioni.

L'elenco delle strutture convenzionate, la tipologia e le modalità di erogazione dei servizi prestati e la relativa modulistica sono disponibili nell'Area riservata agli iscritti sul sito www.assidai.it.

Il dettaglio della procedura di accesso ai regimi di assistenza diretta e rimborsuale è indicata nella "GUIDA ALLE PRESTAZIONI SANITARIE – REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA E REGIME RIMBORSUALE".