

Art. 1 – Definizione di malattia, di infortunio e di “non autosufficienza”

E' considerata "malattia" ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

E' considerato "infortunio" ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili e documentabili.

Per "non autosufficienza" si intende l'impossibilità fisica di compiere, senza l'assistenza di terzi, almeno tre delle seguenti attività della vita quotidiana:

- lavarsi: capacità di lavarsi nella vasca o nella doccia (anche di entrare e di uscire dalla vasca o dalla doccia) o lavarsi in modo soddisfacente;
- vestirsi e/o svestirsi: capacità di indossare, togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento ed eventualmente anche bretelle, arti artificiali o altri apparecchi protesici;
- mobilità: capacità di muoversi in casa da una stanza all'altra;
- spostarsi: capacità di passare dal letto ad una sedia a rotelle e viceversa;
- andare in bagno: capacità di andare in bagno o comunque di mingere ed evacuare in modo da mantenere il livello di igiene personale soddisfacente;
- bere e/o mangiare: capacità di ingerire senza aiuto il cibo preparato da altri.

Art. 2 - Aventi diritto

Il presente piano sanitario s'intende valido esclusivamente a favore dei Dirigenti, anche in quiescenza, iscritti al FASI o altro Fondo ad esso equipollente e al Fondo Contraente e dei relativi familiari, intendendosi per tali il coniuge o in alternativa il convivente more uxorio, e i figli, nati e nascituri purché a carico, conviventi e risultanti dallo stato di famiglia, fino al compimento del 30° anno di età, nonché le altre persone a carico purché conviventi.

L'obbligo della convivenza è derogato esclusivamente per i figli studenti universitari previa presentazione del certificato di studio in originale.

Si precisa che nel novero dei figli devono intendersi inclusi quelli adottivi o in affido preadottivo.

Relativamente ai figli a carico, purché conviventi che abbiano superato il 30° anno di età, la copertura è valida esclusivamente per le prestazioni di cui al successivo art. 3) punto D).

In caso di decesso del dirigente, la copertura proseguirà nei confronti del coniuge e/o dei conviventi a carico purché iscritti al FASI o altro Fondo ad esso equipollente.

Art. 3 - Massimali e Prestazioni

La copertura è prestata, fino a concorrenza della somma di € 230.000,00 da intendersi come disponibilità unica per ciascun anno e per nucleo familiare. Nel caso in cui l'iscritto subisca un "grande intervento chirurgico" il massimale di cui sopra deve intendersi raddoppiato. Si considerano "grandi interventi chirurgici" in dipendenza di malattia e/o infortunio quelli per i quali la Tariffa Nazionale dell'Ordine dei Medici di cui al D.P.R. 28 dicembre 1965 n. 1763 prevede quale onorario minimo del chirurgo un importo non inferiore ad pari ad € 67,14.

Assidai, nell'ambito della somma suindicata, per le malattie e gli infortuni verificatisi nell'anno, rimborsa le spese sostenute:

A) in caso di intervento chirurgico sia in istituto di cura, sia ambulatoriale e sia in regime di day hospital, parto cesareo, aborto terapeutico:

- 1) per gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, per i diritti di sala operatoria ed il materiale di intervento (compresi gli apparecchi protesici applicati durante l'intervento necessari al recupero dell'autonomia dell'Assistito);
- 2) per l'assistenza medica, le cure, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali e gli esami post-intervento riguardanti il periodo di ricovero;
- 3) per le rette di degenza;
- 4) per il vitto e il pernottamento in istituto di cura o in struttura alberghiera - in caso di comprovata mancata disponibilità da parte dell'Istituto di cura - di un accompagnatore dell'Assistito con il limite giornaliero di € 89,00 e con un massimo di giorni 30;
- 5) per il trasporto dell'Assistito in ambulanza col massimo di € 1.265,00;
- 6) per il trasporto dell'Assistito e di un eventuale accompagnatore all'estero e ritorno, effettuato con qualsiasi mezzo (anche aereo) fino ad un massimo di € 2.875,00;
- 7) per accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 90 giorni precedenti il ricovero; per esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali i - trattamenti fisioterapici e rieducativi, per il noleggio di apparecchiature fisioterapiche a domicilio, cure termali (escluse le spese alberghiere) effettuate nei 90 giorni successivi al termine di ricovero e rese necessarie dall'intervento chirurgico;
- 8) 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.

B) in caso di ricovero in istituto di cura anche in regime di day hospital che non comporti intervento chirurgico:

- 1) per le rette di degenza, accertamenti diagnostici, assistenza medica, cure, medicinali, riguardanti il periodo di ricovero;
- 2) per il trasporto dell'iscritto in ambulanza col massimo di € 1.265,00;
- 3) per gli accertamenti diagnostici compresi gli onorari medici effettuati anche al di fuori dall'istituto di cura nei 90 giorni precedenti il ricovero e resi necessari dall'evento che ha causato il ricovero stesso.

C) in caso di parto non cesareo. Il rimborso delle spese per le rette di degenza, accertamenti diagnostici, assistenza medica, cure, medicinali, riguardanti il periodo di ricovero, fino ad un massimo di € 3.450,00.

D) Prestazioni per figli ultratrentenni. Nei confronti dei figli a carico, purché conviventi, che abbiano superato il 30° anno di età, ad esclusione di quelli riconosciuti come assistiti, a norma del proprio regolamento, dal FASI o altri Fondi ad esso equipollenti - che pertanto verranno considerati come altre persone a carico purché conviventi - la copertura presta efficacia esclusivamente per i "Grandi Interventi Chirurgici" e fino a concorrenza del massimale di € 230.000,00, ferma la disponibilità unica per ciascun anno di copertura e per nucleo familiare.

E) Limitazione garanzia

- 1) Nei confronti delle persone colpite da apoplezia, affette da epilessia, paralisi, infermità mentali, delirium tremens ed altre infermità gravi e permanenti, per le prestazioni di cui al punto B) del presente articolo, il rimborso verrà effettuato fino alla concorrenza massima di € 12.075,00 ferma la disponibilità unica per ciascun anno e per nucleo familiare.
- 2) Nell'ambito di tale massimale, la garanzia si intende operante, limitatamente agli iscritti in stato di "non autosufficienza" così come definita all'art. 1, anche per i ricoveri in RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali) con il limite comunque per ciascun nucleo assistito di € 287,00 mese ;
- 3) Nei confronti dei genitori dei dirigenti, se iscritti in quanto familiari a carico e conviventi, per le prestazioni di cui ai punti A) e B) del presente articolo, il rimborso verrà effettuato fino alla concorrenza massima di € 57.500,00 ferma la disponibilità unica per ciascun anno e per nucleo familiare.

F) Scoperto/Franchigie per ricoveri

Qualora l'iscritto, per le garanzie di cui ai precedenti punti A) B) C) non si avvalga delle strutture sanitarie convenzionate in "forma diretta" dal network Assidai/Previmedical (convenzione sia della struttura sanitaria che dei loro medici – chirurghi), il rimborso delle spese verrà effettuato nel seguente modo:

- a) relativamente alle garanzie di cui ai punti A) – B) – C) (esclusi i ricoveri in Day Hospital e gli interventi ambulatoriali): con applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo di € 1.500,00 ed il massimo di € 10.000,00;
- b) relativamente ai ricoveri in Day Hospital di cui ai punti A) e B): con applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo di € 1.000,00 ed il massimo di € 5.000,00;
- c) relativamente agli interventi ambulatoriali: con applicazione di una franchigia fissa di € 250,00.

G) Indennità di convalescenza

Assidai, in caso di ricovero che abbia dato luogo ad intervento chirurgico e per il quale l'iscritto si sia avvalso delle strutture sanitarie convenzionate "forma diretta" dal network Assidai/Previmedical (convenzione sia della struttura sanitaria sia dei loro medici chirurghi), corrisponderà un'indennità di convalescenza nella misura di € 28,00 per ogni giorno di convalescenza prescritta dal medico curante, sempreché il ricovero abbia avuto una durata superiore ai dieci giorni. Tale indennità verrà corrisposta per un periodo pari alla durata del ricovero, con un massimo comunque di 30 giorni per ciascun anno e per nucleo familiare assistito.

Art. 4 - Assistenza Sanitaria Sociale – Trasformabilità della prestazione

La presente garanzia si intende prestata indipendentemente o ad integrazione dell'Assistenza Sanitaria Sociale. Se tutte le spese sono a totale carico dell'Assistenza Sanitaria Sociale, Assidai corrisponderà un'indennità per ogni giorno di ricovero nella misura di € 115,00 con il limite di 60 giorni per anno e per persona, ferma restando la disponibilità massima annua per nucleo assistito di cui all'art. 3.

Art. 5 - Altre prestazioni

Assidai rimborsa altresì:

- a) le spese sempreché pertinenti alla malattia e/o infortunio denunciati ed indennizzabili secondo il presente piano sanitario per:
 - onorari medici per visite specialistiche (escluse comunque quelle odontoiatriche ed ortodontiche);
 - analisi ed esami diagnostici e di laboratorio.

Le spese per visite specialistiche pediatriche sono rimborsate fino a concorrenza di € 71,00 per ogni visita e per un importo massimo di € 713,00 per anno e per nucleo familiare.

La garanzia di cui al presente titolo viene accordata fino a concorrenza della somma di € 3.277,00 per anno e per nucleo familiare e con l'applicazione di uno scoperto del 15% per ogni spesa effettivamente sostenuta; qualora le prestazioni 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 10%.

- b) le spese per le cure, estrazioni, protesi dentarie ed interventi chirurgici odontoiatrici. La garanzia di cui al presente titolo viene accordata fino a concorrenza di:
 - € 4.400,00 per anno e per nucleo familiare relativamente ai dirigenti in quiescenza;
 - € 6.000,00 per anno e per nucleo familiare relativamente ai dirigenti in servizio.

Il rimborso delle spese relative a tale garanzia verrà effettuato nel seguente modo:

- 1) per i dirigenti in servizio: con applicazione di uno scoperto del 25% per ogni spesa effettivamente sostenuta, qualora l'iscritto non si avvalga dell'assistenza in "forma diretta" presso strutture sanitarie odontoiatriche convenzionate con il network Assidai/Previmedical;
 - 2) per i dirigenti in quiescenza: con applicazione di uno scoperto del 20% per ogni spesa effettivamente sostenuta, qualora l'iscritto non si avvalga dell'assistenza in "forma diretta" presso strutture odontoiatriche convenzionate con il network Assidai/Previmedical;
 - 3) per i dirigenti in servizio: con applicazione di uno scoperto del 15% per ogni spesa effettivamente sostenuta, qualora l'iscritto si avvalga dell'assistenza in "forma diretta" presso strutture odontoiatriche convenzionate con il network Assidai/Previmedical;
 - 4) per i dirigenti in quiescenza: con applicazione di uno scoperto del 10% per ogni spesa effettivamente sostenuta, qualora l'iscritto si avvalga dell'assistenza in "forma diretta" presso strutture sanitarie odontoiatriche convenzionate con il Network Assidai/Previmedical;
- c) le spese per protesi (ad esclusione delle dentarie ed ortodontiche) fino a concorrenza dell'importo di € 1.495,00 per anno e per nucleo familiare;
 - d) le spese per cure termali (escluse le rette alberghiere) fino a concorrenza dell'importo di € 891,00 per anno e per nucleo familiare;
 - e) le spese per cure, trattamenti, terapie e medicinali, purché prescritti da medico specialista, relativi ad affezioni oncologiche, fino a concorrenza dell'importo di € 8.912,00 per anno e per nucleo familiare;
 - f) le spese per trattamenti ortodontici (compresivi delle visite di controllo e degli apparecchi applicati) fino a concorrenza dell'importo di € 1.495,00 per anno e per nucleo familiare. Tale garanzia è prestata nei confronti degli iscritti che non abbiano compiuto il 21° anno di età;
 - g) le spese per le terapie finalizzate al recupero della salute, (escluse quelle oncologiche), purché prescritte da medico

specialista, fino a concorrenza dell'importo di € 891,00 per anno e per nucleo familiare. La garanzia si intende estesa nel limite del massimale suindicato, alle spese per il noleggio di apparecchiature fisioterapiche a domicilio necessarie per le terapie prescritte dal medico specialista. Il rimborso delle spese di cui al presente titolo verrà effettuato con l'applicazione di uno scoperto del 10% per ogni spesa effettivamente sostenuta;

- h) le spese per assistenza infermieristica domiciliare con il limite di € 60,00 al giorno e con il massimo di 60 giorni per anno e per nucleo familiare;
- i) le spese sostenute per consultazioni di carattere psicologico effettuate da medici specialisti, oppure psicoterapeuti e psicologi purché presso centri clinici specializzati nella consulenza e psicoterapia, fino a concorrenza dell'importo di € 891,00 per anno e per nucleo familiare.
- j) le spese per l'acquisto di lenti fino alla concorrenza di € 500 per anno e per nucleo familiare, purché prescritte da medico specialista o ottico optometrista regolarmente abilitato che attesti la modifica visus. Il rimborso di tali prestazioni avverrà con l'applicazione di uno scoperto del 25% sulla spesa effettivamente sostenuta; qualora le prestazioni siano effettuate in regime di convenzionamento diretto presso strutture sanitarie e specialisti convenzionati con il Network Assidai/Previmedical il rimborso verrà erogato previa applicazione di una franchigia fissa di € 80.

Art. 6 - Integrativa FASI o altro Fondo ad esso equipollente

- 1) Le garanzie di cui agli articoli 3) e 5), con esclusione di quelle di cui ai punti 5) e 6) dell'art. 3) lettera A); al punto 2) dell'art. 3) lettera B), nonché al punto i) dell'art. 5), si intendono prestate per le spese sostenute in eccedenza all'onere a carico del FASI o altro Fondo ad esso equipollente. Conseguentemente, qualora le spese non fossero ammesse al rimborso da parte del FASI o altro Fondo ad esso equipollente, nessun rimborso sarà dovuto a termini di piano sanitario, salvo il caso di mancato rimborso per scadenza del termine di presentazione previsto dal regolamento del FASI o altro fondo ad esso equipollente; in tal caso le spese verranno comunque rimborsate con detrazione degli importi previsti dal regolamento/tariffario vigente alla data di riferimento della spesa sostenuta che, pertanto, rimarranno a carico dell'iscritto.
 Le spese invece relative ai punti 5) e 6) dell'art. 3) lettera A); 2) dell'art. 3) lettera B), nonché i) dell'art. 5), così come quelle sostenute per tutte le garanzie previste dal piano sanitario dal convivente more uxorio se esistente, saranno rimborsate al 100% salvo i limiti e gli scoperti e/o franchigie previsti alle singole garanzie. Limitatamente alle spese di cui al punto f) dell'art. 5 "trattamenti ortodontici", qualora il FASI o altro Fondo ad esso equipollente non ammetta a rimborso le spese per sopraggiunti limiti temporali o per esaurimento dei massimali previsti dal proprio tariffario/regolamento, le spese verranno comunque rimborsate nei limiti previsti dal piano sanitario.
- 2) Relativamente ai figli che, a norma del proprio regolamento, non siano riconosciuti dal FASI o altro Fondo ad esso equipollente come propri assistiti, il rimborso verrà effettuato nella seguente misura:
 - a. per la garanzia di cui all'art 3) e per i figli che non abbiano compiuto il 30° anno di età:
 - a1) con uno scoperto del 50% sulle spese effettivamente sostenute nel caso in cui l'iscritto non si avvalga della convenzione di cui al successivo art.15);
 - a2) con uno scoperto del 20% sulle spese effettivamente sostenute nel caso in cui l'iscritto si avvalga della convenzione di cui al successivo art.15).
 - b. Per le garanzie di cui all'art. 5 e per i figli che non abbiano compiuto il 30° anno di età:
 - b1) con uno scoperto del 50% sulle spese effettivamente sostenute.
 - c. Per i figli ultratrentenni di cui al punto D) dell'art. 3):
 - c1) con uno scoperto del 50% sulle spese effettivamente sostenute nel caso in cui l'iscritto non si avvalga della convenzione di cui al successivo art.15);
 - c2) con uno scoperto del 20% sulle spese effettivamente sostenute nel caso in cui l'iscritto si avvalga della convenzione di cui al successivo art.15).

Art. 7 - Limiti delle prestazioni

Sono in tutti i casi 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 e 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 e in conseguenza di proprie azioni delittuose;
- e) conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- f) infortuni sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose;

Art. 9 - Contributo e regolazione

Il contributo annuo per nucleo familiare è comunicato alle diverse categorie di Associato 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. 10 - Criteri di liquidazione

Nei casi di ricovero per i quali l'istituto di cura richieda il pagamento di un anticipo quale deposito, Assidai anticipa su richiesta dell'iscritto un importo a tale titolo entro il 25% della somma assicurata per i ricoveri ospedalieri, salvo conguaglio a cure ultimate.

Art. 11. Rete Convenzionata – Pagamento diretto per l'intero nucleo familiare (sia assistiti FASI sia figli non assistiti FASI)

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 ad 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 a seconda delle 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.

Per gli iscritti assistiti dal FASI:

a) GESTIONE INTEGRATA DIRETTE

Qualora sia la struttura che l'equipe medica siano convenzionati sia con il FASI che con il Network Assidai/Previmedical – occorrerà richiedere l'attivazione della presa in carico diretta sia per la quota FASI che per la quota integrativa, comunicando alla Centrale operativa la struttura sanitaria convenzionata prescelta e l'equipe medica della quale intende avvalersi; sarà cura della struttura sanitaria attivare la presa in carico diretta con il FASI.

b) GESTIONE DIRETTE ALL RISKS®

Qualora:

- 1) Sia la struttura che l'equipe medica NON siano convenzionati con il FASI ma solo con il Network Assidai/Previmedical;
- 2) Solo la struttura sia convenzionata con il FASI ma non l'equipe medica, ma siano entrambe convenzionate con il Network Assidai/Previmedical;

In entrambi i casi il Dirigente potrà contattare la Centrale operativa e richiedere la presa in carico sia per la quota FASI che per la quota integrativa, indicando la struttura sanitaria convenzionata prescelta e l'equipe medica della quale intende avvalersi.

Al ricevimento della documentazione da parte della struttura sanitaria, la Centrale operativa provvederà a richiedere il rimborso al FASI relativamente alla quota del primo rischio.

Il FASI provvederà al rimborso della quota relativa al primo rischio ad Assidai/Previmedical.

Assidai/Previmedical provvederà al pagamento delle fatture alla struttura sanitaria sia relativamente alla quota FASI che alla quota integrativa.

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".

