

OPZIONI SOSTITUTIVE PER GLI ISCRITTI IN FORMA COLLETTIVA
OPZIONE COMPANY GOLD
(EX OPZIONE 4C)

PREMESSA
Le opzioni sostitutive per gli iscritti in forma collettiva, tra le quali rientra anche la presente **OPZIONE COMPANY GOLD**, sono destinate agli iscritti non assistiti dal Fasi o da altre forme di assistenza sanitaria analoghe, di cui all'Art. 17 Sez. II - Norme Regolamentari dello Statuto del Fondo.
L'iscrizione in forma collettiva è quella effettuata per la medesima opzione ed in un unico contesto da tutti i quadri di una stessa azienda, il cui numero non sia inferiore a due. In questo caso potranno, altresì, iscriversi in forma collettiva anche tutti i consulenti della medesima azienda.
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).
Si precisa che, sia per i ricoveri effettuati in forma diretta sia per quelli effettuati in forma indiretta, potrebbero rimanere a carico dell'iscritto, oltre a quanto precedentemente indicato, eventuali spese dovute al superamento del limite della retta di degenza, del limite per l'accompagnatore ed ogni altra prestazione per la quale il Piano Sanitario stabilisca una quota massima di rimborso o limite massimo di giorni di erogazione.
Massimale € 500.000 anno/nucleo.

- 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 quelli concernenti i bisogni non essenziali del degente, ad es telefono, televisione, ecc.), con il limite giornaliero di € 259 (comprensivo di IVA), più il 50% dell'eccedenza del predetto importo; 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 infartti) e trapianto di organi;
 - ricovero del donatore per accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico di espanto, 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 riscontrino la necessità del ricovero;
 - prestazioni fisioterapiche effettuate nei 90 giorni successivi al ricovero, purché pertinenti alla malattia/infarto 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/infarto 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 quelli concernenti i bisogni non essenziali del degente, ad es telefono, televisione, ecc.), con il limite giornaliero di € 259 (comprensivo di IVA), più il 50% dell'eccedenza del predetto importo;
 - 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 riscontrino la necessità del ricovero;
 - accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, effettuati nei 90 giorni precedenti e successivi al ricovero, purché pertinenti alla malattia/infarto che ha reso necessario il ricovero.
- 3) In caso di parto non cesareo, 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) 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.
- 7) Per i periodi di ricovero dovuti a forme morbose croniche, verrà erogata, 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%. In caso le prestazioni siano effettuate in regime di convenzionamento diretto presso strutture sanitarie e specialisti convenzionati con il Network, il rimborso delle prestazioni previste ai successivi punti 1), 2) e 3) verrà calcolato applicando una franchigia fissa di € 20 a prestazione.

- 1) Le seguenti prestazioni sanitarie, purché prescritte dal medico, escluse 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 nucleare; elettrocardiografia; elettromiografia; elettroencefalografia; epiluminescenza; fluorangiografia; holter (anche pressorio); isterosalpingografia; laserterapia; moc; pachimetria corneale; polisomnografia; radioterapia; risonanza magnetica nucleare; scintigrafia; spirometria; tac; telecore; topografia corneale; uroflussometria; urografia; nonché, nel limite complessivo di € 259 per anno/nucleo familiare, funzionalità ormonale e spermogramma.
- 2) Le spese per cure, trattamenti e tutte le terapie relative ad affezioni oncologiche, fino alla concorrenza di € 1.550 per anno/nucleo. Sono escluse dal rimborso le visite pediatriche, dentarie, ortodontiche ed 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. Con il sottolimito di € 500 per anno/nucleo sono, comunque, rimborsate le spese per colloqui e sedute psichiatriche, effettuati da medico specialista (psichiatra, neuropsichiatra o specialista in psicologia clinica), qualora tali prestazioni siano necessarie a seguito di patologie oncologiche o per malattie infettive; o, in caso di disturbi infantili, le spese per la psicoterapia di cui necessita il bambino fino al 10° anno di età a seguito di: dislessia o discalculia, autismo, disturbo di Tourette, epilessia e cerebropatie perinatali. Le suddette prestazioni saranno riconosciute al solo paziente e non ai familiari.
- 4) Cure, estrazioni e protesi dentarie ed ortodontiche per qualsiasi causa, fino alla concorrenza di € 1.550 per anno/nucleo. Il rimborso viene calcolato applicando uno scoperto del 20% con un minimo di € 155 per ciascuna fattura.

C – AMBULATORIALI: 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 specialisti convenzionati con il Network, il rimborso verrà calcolato applicando una franchigia fissa di € 100 a prestazione.
Le spese per interventi chirurgici (incluse le prestazioni biotiche), 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 – In caso di ricovero con intervento chirurgico di durata superiore a 20 giorni consecutivi (escluso il Day Hospital) e qualora siano prescritti giorni di convalescenza, sarà corrisposta un'indennità pari a € 26 per ogni giorno di convalescenza, in cui l'iscritto non è in grado di svolgere la propria attività lavorativa. Tale indennità viene corrisposta per un periodo pari alla durata del ricovero, con un massimo di 30 giorni per ciascun anno e per nucleo familiare.

G – PRESTAZIONI AGGIUNTIVE: Qualora non sia stata presentata, da parte dell'intero nucleo familiare, alcuna richiesta di rimborso per prestazioni mediche 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.

H - PACCHETTO PREVENZIONE:

Assidai riconosce, nel limite di € 350 biennio/persona per il capo nucleo ed il coniuge, i seguenti accertamenti diagnostici a scopo preventivo:

- a) **check-up DONNA (gino-test):** un esame mammografico, pap-test, un esame elettrocardiografico;
- b) **check-up UOMO (andro-test):** elettrocardiogramma a riposo e da sforzo, esame radiologico del torace, esami del sangue: emocromo con formula leucocitaria, glicemia, VES, LDL, azotemia, creatinemia, HDL, quadro lipidico (colesterolo, trigliceridi, lipoproteine).

Gli specifici esami saranno riconosciuti se effettuati in un'unica soluzione ed in forma diretta presso le Strutture convenzionate con Assidai.

Scheda riepilogativa del Piano Sanitario – Opzione Company Gold Sostitutiva

Prestazioni		Massimali anno/nucleo	Limiti /Scoperto / Franchigia
Area Ricovero A)	Ricovero/Day Hospital con o senza intervento chirurgico	€ 500.000	<u>Fuori - Rete:</u> 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 <u>In Rete (convenzione Diretta Assidai):</u> applicazione dello scoperto minimo di € 516 per il ricovero e di € 258 per il day hospital Retta di degenza: € 259 al giorno (compresa IVA) più il 50% dell'eccedenza 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 per intervento a scopo ricostruttivo a seguito di mastectomia o quadrantectomia e relativo intervento di adeguamento contro- laterale		<u>Fuori - Rete:</u> Scoperto 20% con un minimo di € 516 ed un massimo di € 1.549. <u>In Rete (convenzione Diretta Assidai):</u> 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
	Indennità di convalescenza	€ 26 al giorno	In caso di ricovero con intervento chirurgico di durata superiore a 20 giorni. L'indennità sarà riconosciuta per un periodo massimo pari alla durata del ricovero stesso e con il massimo di 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
RICOVERO FORME MORBOSE CRONICHE		€ 25 giornalieri	Importo massimo mensile erogabile di € 775
Area Extra - Ricovero B)	Extraspedaliere	€ 6.500 (38 tipologie di esami con sottomassimale di € 259 per funzionalità ormonale / spermioγραμμα)	<u>Fuori - Rete:</u> Scoperto del 25% <u>In Rete (convenzione Diretta Assidai):</u> applicazione di una franchigia fissa di € 20 a prestazione Rimborso al 100% in caso di tickets del SSN
	Cure per patologie oncologiche	€ 5.165	<u>Fuori - Rete:</u> Scoperto del 25% <u>In Rete (convenzione Diretta Assidai):</u> applicazione di una franchigia fissa di € 20 a prestazione. Rimborso al 100% in caso di tickets del SSN
	Interventi ambulatoriali	€ 5.165	<u>Fuori - Rete:</u> Scoperto del 25% <u>In Rete (convenzione Diretta Assidai):</u> applicazione di una franchigia fissa di € 100 a prestazione Rimborso al 100% in caso di tickets del SSN
	Visite specialistiche ed esami diagnostici di laboratorio	€ 1.550	<u>Fuori - Rete:</u> Scoperto del 25% <u>In Rete (convenzione Diretta Assidai):</u> applicazione di una franchigia fissa di € 20 a prestazione Rimborso al 100% in caso di tickets del SSN
	Colloqui e sedute psichiatriche a seguito di patologie oncologiche o per malattie infauste o, in caso di disturbi infantili, la psicoterapia di cui necessita il bambino fino al 10° anno di età a seguito di dislessia o discalculia, autismo, disturbo di Tourette, epilessia e cerebropatie perinatali (la prestazione si intende riconosciuta al solo paziente e non ai familiari)	€ 500 (sottolimito del massimale Visite specialistiche ed esami diagnostici di laboratorio)	Rimborso al 100% in caso di tickets del SSN
	Cure dentarie ed ortodontiche	€ 1.550	In Rete/Fuori Rete: Scoperto del 20% con una franchigia minima per ogni prestazione/fattura di € 155
	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
	Pacchetto Prevenzione	Per il biennio 2015 – 2016 sono riconosciuti gli specifici esami una volta a biennio fino a € 350 per il capo nucleo e di ulteriori € 350 per il coniuge	Fruibili esclusivamente in un'unica soluzione ed in forma diretta presso le Strutture convenzionate
	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

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.