

GARANZIE OSPEDALIERE

| | |
|--|--|
| Ricoveri con/senza intervento chirurgico - max annuo | € 50.000,00 |
| In Network | al 100% |
| Out Network | percentuale di spesa a carico 10%, min. non rimborsabile € 1.000 e max non rimborsabile € 5.000 per evento (spese del durante); percentuale spesa a carico 10% per le spese pre e post |
| Pre ricovero | 90 gg - sub massimale unico per spese pre e post € 1.000 per ricovero |
| - accertamenti diagnostici e visite specialistiche | SI |
| Durante il ricovero | |
| - retta di degenza - in network | al 100% |
| - retta di degenza - out network | max € 250/g - raddoppiata in caso di terapia intensiva |
| - prestazioni del chirurgo, degli assistenti, dell'anestesista, nonché diritti di sala operatoria, materiale di intervento | si |
| - medicinali ed esami | si |
| - cure ed assistenza medica | si |
| - apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durante l'intervento | si |
| - trattamenti fisioterapici e rieducativi | si |
| - retta accompagnatore | € 50 max 20gg annui |
| Post ricovero | 90 gg - sub massimale unico per spese pre e post € 1.000 per ricovero |
| - esami diagnostici e visite specialistiche | si |
| - prestazioni mediche | si |
| - trattamenti fisioterapici e rieducativi - sub massimale | € 150 per ricovero |
| - medicinali (con prescrizione medica) - sub massimale | € 100 per ricovero |
| - cure termali (escluse spese alberghiere) | si |
| - assistenza infermieristica a domicilio (post intervento) | € 26 max 40 gg annui |
| Sottolimiti per alcuni interventi chirurgici - out network | percentuale di spesa a carico 15%, sub massimale annuo € 4.000 per tipologia di intervento |
| - Appendicectomia - comprese spese pre e post | Si |
| - Interventi al naso (salvo infortuni documentati) - comprese spese pre e post | Si |
| - Ernie (escluse ernie discali della colonna vertebrale) - comprese spese pre e post | Si |
| - Colectomia - comprese spese pre e post | Si |
| - Meniscectomia - comprese spese pre e post | Si |
| - Legamenti crociati - comprese spese pre e post | Si |
| Altri Interventi Chirurgici Compresi | al 100% (validi limiti e sub limiti delle pre/post ove previste) |
| - Day Hospital/Day Surgery - sub max annuo | € 2.000- previste spese pre e post |
| - Parto Naturale - sub max annuo | € 1.500, no spese pre/post |
| - Parto Cesareo/Aborto terapeutico - sub max annuo | € 2.000, no spese pre/post |
| - Chirurgia refrattiva - sub max annuo | € 1.000,00 per occhio - previste spese pre e post |
| - Interventi Ambulatoriali - sub max annuo | € 750,00, previste spese pre e post |
| - Cellule Staminali - sub max anno della garanzia "parto" | € 1.500,00 |
| Trasporto Sanitario - sub max annuo | € 1.100 in Italia - € 2.000 all'Estero |
| Diaria sostitutiva (escluse pre/post) | € 100 max 90 gg annui |
| | € 50 max 45 gg annui, pre e post 90/90 gg |

| | |
|---------------------------------------|--|
| Diaria integrativa (incluse pre/post) | spese pre e post: nei sub limiti previsti - al 100% in network o presso SSN, percentuale a carico 10% se out network |
|---------------------------------------|--|

GARANZIE EXTRAOSPEDALIERE

Alta Diagnostica (*) - Max Annuo € 1.200,00

| | |
|-------------|---|
| In Network | percentuale spesa a carico 10% min. non rimborsabile € 30 per prestazione |
| Out Network | percentuale spesa a carico 20% min. non rimborsabile € 60 per prestazione |

- Alta Diagnostica per Animale Domestico (rientrante nel Nucleo Familiare)- sub max annuo € 100,00

| | |
|------------------------|---------|
| Condizioni di rimborso | al 100% |
|------------------------|---------|

Visite Specialistiche ed Accertamenti Diagnostici - Max Annuo € 1.000,00

- escluse dalle garanzie previste, le visite con finalità dietologiche nonché le visite e gli accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

| | |
|-------------|---|
| In Network | percentuale spesa a carico 10% min. non rimborsabile € 30 per prestazione |
| Out Network | percentuale spesa a carico 20% min. non rimborsabile € 60 per prestazione |

| | |
|--|-----------------------------------|
| Ticket Alta diagnostica, Visite Specialistiche e Accertamenti diagnostici (esclusi controlli di routine) | al 100%, nei limiti dei massimali |
|--|-----------------------------------|

Cure Odontoiatriche - max annuo € 100,00

| | |
|-------------|--------------------------|
| In Network | percentuale a carico 10% |
| Out Network | percentuale a carico 20% |
| Ticket | al 100% |

SOSTEGNO per Non Autosufficienza

| | |
|--|----------------------------|
| Rimborso Spese per Stato di Non Autosufficienza (valida solo per il socio) | max €100/mese, max 12 mesi |
|--|----------------------------|

SOSTEGNO (solo NUCLEO)

| | |
|---|----------|
| Sostegno economico per perdita anno scolastico (solo post-intervento) | € 500,00 |
| Contributo Economico ai familiari del socio titolare deceduto (solo sussidio) | € 500,00 |

SERVIZI E ASSISTENZA I DI CENTRALE SALUTE

| | |
|--|----|
| Centrale Salute per Supporto Copertura | SI |
|--|----|

Contributo Annuo Sussidio SINGLE € 540,00

| | |
|--------------------|--------|
| Assistenza di Base | + € 40 |
|--------------------|--------|

Contributo Annuo Sussidio NUCLEO € 840,00

| | |
|--------------------|--------|
| Assistenza di Base | + € 40 |
|--------------------|--------|

- (*) Alta Diagnostica

- Angiografia
- Broncoscopia
- Cistografia o Cistoscopia
- Ecocolordoppler cardiaco
- Ecocolordoppler vascolare
- Elettroencefalogramma
- Esofagogastroduodenoscopia
- Mammografia
- Scintigrafia di qualsiasi apparato o organo