

**GARANZIE OSPEDALIERE**

<b>Ricoveri con/senza intervento chirurgico - max annuo</b>	<b>€ 100.000,00</b>
In Network	al 100%
Out Network	percentuale di spesa a carico 10%, min. non rimborsabile € 1.000 e max non rimborsabile € 3.000 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 € 1.200 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
- 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 € 1.200 per ricovero
- esami diagnostici e visite specialistiche	si
- prestazioni mediche	si
- trattamenti fisioterapici e rieducativi - sub massimale	€ 180 per ricovero
- medicinali (con prescrizione medica) - sub massimale	€ 125 per ricovero
- cure termali (escluse spese alberghiere)	si
- assistenza infermieristica a domicilio (post intervento)	€ 26 max 40 gg annui
<b>Sottolimiti per alcuni interventi chirurgici - out network</b>	<b>percentuale di spesa a carico 15%, sub massimale annuo € 4.000 per tipologia di intervento</b>
- 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
<b>Altri Interventi Chirurgici Compresi</b>	<b>al 100% (validi limiti e sub limiti delle pre/post ove previste)</b>
- Day Hospital/Day Surgery - sub max annuo	€ 4.000- previste spese pre e post
- Parto Naturale - sub max annuo	€ 2.000, no spese pre/post
- Parto Cesareo/Aborto terapeutico - sub max annuo	€ 2.500, no spese pre/post
- Chirurgia refrattiva - sub max annuo	€ 1.000,00 per occhio - previste spese pre e post
- Interventi Ambulatoriali - sub max annuo	€ 1.500,00- 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)	€ 120 max 90 gg annui
Diaria integrativa (incluse pre/post)	€ 60 max 45 gg annui, pre e post 90/90 gg 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 € 3.500,00**In Network percentuale spesa a carico 10% min. non  
rimborsabile € 30 per prestazioneOut 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 € 2.000,00***- 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 prestazioneOut Network percentuale spesa a carico 20% min. non  
rimborsabile € 60 per prestazioneTicket Alta diagnostica, Visite Specialistiche e Accertamenti diagnostici  
(esclusi controlli di routine) al 100%, nei limiti dei massimali**Cure Odontoiatriche - max annuo € 150,00**

In Network percentuale a carico 10%

Out Network percentuale a carico 20%

Ticket al 100%

**PREVENZIONE****Pacchetto gravidanza - Max annuo € 150,00****Rimborso Ticket Check Up prostatico/Mammario - Max annuo € 100, quota spesa a carico € 20 per evento****SOSTEGNO (solo NUCLEO)**

Sostegno economico per perdita anno scolastico (solo post-intervento) € 1.000,00

Sussidio ai superstiti in caso di premorienza del socio (solo sussidio Nucleo) € 1.000,00

**SOSTEGNO per Non Autosufficienza****Rimborso Spese per Stato di Non Autosufficienza (valida solo per il socio titolare) max €150/mese, max 12 mesi****SERVIZI E ASSISTENZA I DI CENTRALE SALUTE****Centrale Salute per Supporto Copertura SI****Contributo Annuo Sussidio SINGLE € 720,00**

Assistenza di Base + € 40

**Contributo Annuo Sussidio NUCLEO € 1.200,00**

Assistenza di Base + € 40

**- (\*) Alta Diagnostica**

Angiografia

Broncoscopia

Cistografia o Cistoscopia

Ecocolordoppler cardiaco

Ecocolordoppler vascolare

Elettroencefalogramma

Esofagogastroduodenoscopia

Mammografia

Scintigrafia di qualsiasi apparato o organo