

**GARANZIE OSPEDALIERE**

<b>Ricoveri con/senza intervento chirurgico - max annuo</b>	<b>€ 100.000,00</b>
In Network	al 100%
	percentuale di spesa a carico 10%, min. non rimborsabile
Out Network	€ 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
- 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	90gg
- esami diagnostici e visite specialistiche	si
- prestazioni mediche	si
- trattamenti fisioterapici e rieducativi	si
- medicinali (con prescrizione medica)	si
- cure termali (escluse spese alberghiere)	si
- assistenza infermieristica a domicilio (post intervento)	€ 26 max 40 gg annui
<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
	€ 60 max 45 gg annui, pre e post 90/90gg
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**

<b>Alta Diagnostica e Terapie (*) - Max Annuo</b>	<b>€ 3.500,00</b>
In Network	percentuale spesa a carico 10% min. non rimborsabile € 30 per prestazione/ciclo di terapia
Out Network	percentuale spesa a carico 20% min. non rimborsabile € 60 per prestazione/ciclo di terapia
<b>- Alta Diagnostica per Animale Domestico (rientrante nel Nucleo Familiare)- sub max annuo</b>	<b>€ 100,00</b>
Condizioni di rimborso	al 100%

<b>Visite Specialistiche ed Accertamenti Diagnostici - Max Annuo</b>	<b>€ 2.000,00</b>
<i>- escluse dalle garanzie previste, le visite con finalità dietologiche nonché le visite e gli accertamenti odontoiatrici e ortodontici.</i>	
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
<b>Cure Odontoiatriche - max annuo</b>	<b>€ 150,00</b>
In Network	percentuale a carico 10%
Out Network	percentuale a carico 20%
Ticket	al 100%
<b>PREVENZIONE</b>	
<b>Pacchetto gravidanza - Max annuo</b>	<b>€ 150,00</b>
<b>Rimborso Ticket Check Up prostatico/Mammario - Max annuo</b>	<b>€ 100, quota spesa a carico € 20 per evento</b>
<b>SOSTEGNO per Non Autosufficienza</b>	
<b>Rimborso Spese per Stato di Non Autosufficienza (valida solo per il socio)</b>	<b>max €150/mese, max 12 mesi</b>
<b>SOSTEGNO (solo NUCLEO)</b>	
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
<b>SERVIZI E ASSISTENZA DI CENTRALE SALUTE</b>	
<b>Centrale Salute per Supporto Copertura</b>	<b>SI</b>

<b>Contributo Annuo Sussidio SINGLE</b>	<b>€ 960,00</b>
<b>Assistenza di Base</b>	<b>+ € 40</b>
<b>Contributo Annuo Sussidio NUCLEO</b>	<b>€ 1.560,00</b>
<b>Assistenza di Base</b>	<b>+ € 40</b>

**(\*) ALTA DIAGNOSTICA E TERAPIE**

**a) ALTA DIAGNOSTICA**

Angiografia  
 Broncoscopia  
 Cistografia o Cistoscopia  
 Coronarografia  
 Ecocolordoppler cardiaco  
 Ecocolordoppler vascolare  
 Elettroencefalogramma  
 Esofagogastroduodenoscopia  
 Isterosalpingografia  
 Mammografia  
 Mammotome ( agobiopsia mammaria stereotassica)  
 Mielografia  
 Pancolonoscopia  
 Risonanza magnetica Nucleare (RMN)  
 Scintigrafia di qualsiasi apparato o organo  
 Tomografia assiale computerizzata ( TAC)  
 Tomografia ad emissione di Positroni (PET)  
 Urografia

**b) TERAPIE**

Dialisi

Chemioterapia

Radioterapia

Laserterapia