

**GARANZIE OSPEDALIERE**

<b>Ricoveri con/senza intervento chirurgico - max annuo</b>	<b>€ 100.000,00</b>
In Network	quota di spesa a carico € 500,00 per evento - al 100% le spese pre e post percentuale di spesa a carico 10%, min. non
Out Network	rimborsabile € 1.000 e max non rimborsabile € 3.000 per evento - percentuale spesa a carico 10% per le spese pre e post
Pre ricovero	120 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	120 gg
- 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)	€ 30 max 80 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
- Chirurgia refrattiva - sub max annuo	€ 1.000,00 per occhio - 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
- Interventi Ambulatoriali - sub max annuo	€ 1.500,00- previste spese pre e post
- Cellule Staminali - sub max anno dell agaranzia "parto"	€ 1.500,00
Diaria sostitutiva (escluse pre/post)	€ 180 max 90 gg annui
Diaria integrativa (incluse pre/post)	€ 90 max 45 gg annui, pre e post 120/120gg spese pre e post: nei sub limiti previsti - al 100% in network o presso SSN, percentuale a carico 10% se out network
Trasporto Sanitario - sub max annuo	€ 1.100 in Italia € 2.000 all'Estero

**GARANZIE EXTRAOSPEDALIERE**

<b>Alta Diagnostica e Terapie (*) - Max Annuo</b>	<b>€ 4.000,00</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>€ 200,00</b>
Condizioni di rimborso	al 100%
<b>Visite Specialistiche ed Accertamenti Diagnostici - Max Annuo</b>	<b>€ 1.500,00</b>

- 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
--	-----------------------------------

<b>Fisioterapie seguito gravi Malattie (**) - Max Annuo</b>	<b>€ 2.000,00</b>
---	-------------------

In Network e Out Network	percentuale di spesa a carico 30%
--------------------------	-----------------------------------

Ticket SSN	€ 1,00
------------	--------

### PREVENZIONE

<b>Rimborso Ticket Check Up prostatico/Mammario - Max annuo</b>	<b>€ 100, quota spesa a carico € 20 per evento</b>
---	--

### SOSTEGNO per Non Autosufficienza

<b>Rimborso Spese per Stato di Non Autosufficienza (valida solo per il socio)</b>	<b>max € 200/mese, max 24 mesi</b>
---	------------------------------------

### SERVIZI DI ASSISTENZA COOPSALUTE

<b>Invio di un Infermiere/Operatore Socio Sanitario a domicilio</b>	<b>2 interventi di minimo 2 ore e massimo 4 ore annue</b>
---	---

A seguito di un Ricovero con intervento chirurgico subito nell'anno di copertura	degenza di almeno 3 notti
--	---------------------------

<b>Consegna farmaci (*) e referti (**)</b>	<b>2 interventi all'anno</b>
--	------------------------------

A seguito di un Ricovero con intervento chirurgico subito nell'anno di copertura	degenza di almeno 3 notti
--	---------------------------

<b>Fisioterapista a domicilio</b>	<b>2 interventi di minimo 2 ore e massimo 4 ore annue</b>
-----------------------------------	---

A seguito di un Ricovero con intervento chirurgico subito nell'anno di copertura	degenza di almeno 3 notti
--	---------------------------

### SERVIZI E ASSISTENZA DI CENTRALE SALUTE

<b>Centrale Salute per Supporto Copertura</b>	<b>SI</b>
---	-----------

<b>Contributo Annuo Sussidio SINGLE</b>	<b>€ 1.668,00</b>
---	-------------------

<b>Assistenza di Base</b>	<b>+ € 40</b>
---------------------------	---------------

<b>Contributo Annuo Sussidio NUCLEO</b>	<b>€ 2.868,00</b>
---	-------------------

<b>Assistenza di Base</b>	<b>+ € 40</b>
---------------------------	---------------

(\*) Dietro prescrizione medica e qualora l'assistito sia impossibilitato ad uscire autonomamente, come valutato da referto medico

(\*\*) Qualora l'assistito sia impossibilitato ad uscire autonomamente, come valutato da referto medico

### (\*) ALTA DIAGNOSTICA E TERAPIE

#### a) ALTA DIAGNOSTICA

Angiografia  
 Broncoscopia  
 Cistografia o Cistoscopia  
 Coronarografia  
 Ecocolor Doppler cardiaco  
 Ecocolor Doppler 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