

CONVENZIONE	BASE PERSONALE IN QUIESCENZA VECCHIO	SENIOR B CARDEA NUOVO
GARANZIE OSPEDALIERE		
Ricoveri con/senza intervento chirurgico - max annuo	€ 100.000,00	€ 100.000,00
	IN NETWORK	IN NETWORK
Elenco A (Grandi Interventi)		quota di spesa a carico € 500,00 per evento - al 100% le spese pre e post
Elenco B (Interventi Plafonati. Vedi Regolamento per singoli massimali)	10% minimo € 1000	
Elenco C (Day Hospital/Day Surgery, interventi ambulatoriali)	10%	
Elenco D (Interventi Plafonati sub-max € 4000 per intervento)	15%	
Ogni altro tipo di intervento diverso da A, B, C, D (sub-max annuo/evento € 8000)	10% minimo € 1000	
	OUT NETWORK	OUT NETWORK
Elenco A (Grandi Interventi)	20% minimo € 2000	- percentuale di spesa a carico 10%, min. non indennizzabile € 1.000 e max € 3.000 per evento - percentuale spesa a carico 10% per le spese pre e post
Elenco B (Interventi Plafonati. Vedi Regolamento per singoli massimali)	20% minimo € 2000	
Elenco C (Day Hospital/Day Surgery, interventi ambulatoriali)	20%	
Elenco D (Interventi Plafonati sub-max € 4000 per intervento)	15%	
Ogni altro tipo di intervento diverso da A, B, C, D (sub-max annuo/evento € 8000)	20% minimo € 2000	
Pre ricovero	120 gg con sub massimale annuo € 600	120 gg nei limiti del massimale complessivo
- accertamenti diagnostici e visite specialistiche	SI	SI
Durante il ricovero		
- retta di degenza - in network	400 €/g	al 100%
- retta di degenza - out network	150 €/g	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	si
- medicinali ed esami	si	si
- cure ed assistenza medica	si	si
- apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durante l'intervento	si	si
- trattamenti fisioterapici e rieducativi	si	si
- retta accompagnatore	NON PREVISTO	€ 50 max 20gg annui
Post ricovero	120 gg con sub massimale annuo € 600	120 gg
- esami diagnostici e visite specialistiche	si	si
- prestazioni mediche	esami, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici o - rieducativi (con un sub-massimale di € 2.000,00);	si
- trattamenti fisioterapici e rieducativi		si
- medicinali (con prescrizione medica)	NON PREVISTO	si
- cure termali (escluse spese alberghiere)	NON PREVISTO	si
- assistenza infermieristica a domicilio (post intervento) e relativo limite	NON PREVISTO	€ 30 max 80 gg annui
Altri Interventi Chirurgici Compresi		al 100% (validi limiti e sub limiti delle pre/post ove previste)
- Day Hospital/Day Surgery - sub max annuo	Nei limiti del massimale e delle franchigie previste nei ricoveri in e out network	€ 4.000 - previste spese pre e post
- Parto Naturale - sub max annuo	€ 1000. Franchigia 10% in network; out network o misto 20%	€ 2.000, no spese pre/post
- Parto Cesareo/Aborto terapeutico - sub max annuo	Nei limiti del massimale e delle franchigie previste nei ricoveri in e out network	€ 2.500, no spese pre/post
- Cellule Staminali - sub max anno della garanzia "parto"	NON PREVISTO	€ 1.500,00
- Interventi Ambulatoriali - sub max annuo	1000 per evento.	€ 1500,00 previste spese pre e post
- Interventi Ambulatoriali		
In Network	10%	
Out Network	20%	
Diaria sostitutiva (escluse pre/post)	€ 80 primi 30 gg e € 100 dal 31° al 100° giorno. No esclusione pre-post.	€ 180 max 90 gg annui. No spese pre/post.
Diaria integrativa (incluse pre/post)	NON PREVISTO	€ 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
	NON PREVISTO	€ 1.100 in Italia
Trasporto Sanitario - sub max annuo	€ 1500 valido 90 gg prima e 90 gg. Dopo	€ 2.000 all'Estero
Rimpatrio Salma	€ 1.500	NON PREVISTO

GARANZIE EXTRAOSPEDALIERE		
Alta Diagnostica e Terapie - Max Annuo	5000. Previsti sub-massimali annui per alcuni gruppi di prestazioni. V. Regolamento	€ 4.000,00
In Network	€ 120	percentuale spesa a carico 10% min. non indennizzabile € 30 per prestazione/ciclo di terapia
Out Network	NON PREVISTO	percentuale spesa a carico 20% min. non indennizzabile € 60 per prestazione/ciclo di terapia
- Alta Diagnostica per Animale Domestico (rientrante nel Nucleo Familiare)- sub max annuo	NON PREVISTO	€ 200,00
Condizioni di rimborso		al 100%
Visite Specialistiche ed Accertamenti Diagnostici - Max Annuo	€ 1.000	€ 1.500,00
- escluse dalle garanzie previste, le visite con finalità dietologiche nonché le visite e gli accertamenti odontoiatrici e ortodontici.		
In Network	€ 80	percentuale spesa a carico 10% min. non indennizzabile € 30 a prestaz.
Out Network	NON PREVISTO	percentuale spesa a carico 20% min. non indennizzabile € 60 a prestaz.
Cure dentarie da infortunio	€ 1.500	Nei limiti del massimale e delle franchigie previste per le spese ospedaliere
Lenti e occhiali	€ 150 nel single e € 250 nella formula coppia con sub massimale € 150 pro-capite. Franchigia 20% minimo € 50	NON PREVISTO
Ticket Alta diagnostica, Visite Specialistiche e Accertamenti diagnostici (esclusi controlli di routine)	€ 500 al 100%	al 100%, nei limiti dei massimali
Fisioterapie seguito gravi Malattie - Max Annuo	NON PREVISTO	€ 2.000,00
In Network e Out Network		percentuale di spesa a carico 30%
Ticket SSN		100%
Cure Oncologiche	€ 3.000,00	NON PREVISTO
In e Out Network	100%	
SOSTEGNO per Non Autosufficienza		
Rimborso Spese per Stato di Non Autosufficienza (valida solo per il socio titolare)	NON PREVISTO	max € 200,00/mese, max 24 mesi
SERVIZI E ASSISTENZA DI CENTRALE SALUTE		
Invio di un Infermiere/Operatore Socio Sanitario a domicilio	NON PREVISTO	2 interventi di minimo 2 ore e massimo 4 ore annue
A seguito di un Ricovero con intervento chirurgico subito nell'anno di copertura	NON PREVISTO	degenza di almeno 3 notti
Consegna farmaci e referti	NON PREVISTO	2 interventi all'anno
A seguito di un Ricovero con intervento chirurgico subito nell'anno di copertura		degenza di almeno 3 notti
Fisioterapista a domicilio	NON PREVISTO	2 interventi di minimo 2 ore e massimo 4 ore annue
A seguito di un Ricovero con intervento chirurgico subito nell'anno di copertura		degenza di almeno 3 notti
PREVENZIONE		
Rimborso ticket check-up prostatico mammario.	NON PREVISTO	Max. € 100. Spesa a carico € 20 per evento.
SERVIZI E ASSISTENZA DI CENTRALE SALUTE		
Centrale Salute per Supporto Copertura	SI	SI
Assistenza H24, 7 giorni su 7 (consulenza medica telefonica, invio ambulanza, invio medico a domicilio)	SI	SI
Conservazione cellule staminali (tariffe agevolate)	SI	SI
Contributo Annuo Sussidio SINGLE	€ 1.360,00	€ 1.768,00
Quota Associativa		€ 15,00
Contributo Annuo Sussidio NUCLEO	€ 1.560,00	€ 2.968,00
Quota Associativa		€ 15,00
(°) Dieto prescrizione medica e qualora l'assistito sia impossibilitato ad uscire autonomamente, come valutato da referto medico		(*) ALTA DIAGNOSTICA E TERAPIE
(°°) Qualora l'assistito sia impossibilitato ad uscire autonomamente, come valutato da referto medico		a) ALTA DIAGNOSTICA: Angiografia, Broncoscopia, Cistografia o Cistoscopia, Coronarografia, Ecocolordoppler cardiaco, Ecocolordoppler vascolare, Elettroencefalogramma, Esofagogastroduodenoscopia, Isterosalpingografia, Mammografia, Mammotome (agobiopsia b) TERAPIE: Dialisi, Chemioterapia, Radioterapia, Laserterapiamammaria stereotassica, Mielografia, Pancolonscopia, Risonanza magnetica Nucleare (RMN), Scintigrafia qualsiasi apparato o organo, Tomografia assiale computerizzata (TAC), Tomografia ad emissione di Positroni (PET), Urografia b) TERAPIE: Dialisi, Chemioterapia, Radioterapia, Laserterapia