

## GARANZIE OSPEDALIERE

<b>Ricoveri con/senza intervento chirurgico - max</b>	<b>€ 100.000,00</b>
In Network	al 100%
Out Network	percentuale di spesa a carico 10%, min. non indennizzabile € 1.000 e max € 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 intensiva
- prestazioni del chirurgo, degli assistenti, dell'anestesista, nonché diritti di sala operatoria,	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) e relativo limite	€ 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	€ 1.500
Diaria sostitutiva (escluse pre/post)	€ 120 max 90 gg annui € 60 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
Trasporto Sanitario - sub max annuo	€ 1.100 in Italia € 2.000 all'Estero

## GARANZIE EXTRAOSPEDALIERE

<b>Alta Diagnostica (*) - Max Annuo</b>	<b>€</b>	<b>3.500</b>
In Network	percentuale spesa a carico 10% min. non indennizzabile € 30 per prestazione	
Out Network	percentuale spesa a carico 20% min. non indennizzabile € 60 per prestazione	
<b>- Alta Diagnostica per Animale Domestico (rientrante nel Nucleo Familiare)- sub max annuo</b>	<b>€</b>	<b>100</b>
Condizioni di rimborso		al 100%
<b>Visite Specialistiche ed Accertamenti Diagnostici -</b>	<b>€</b>	<b>2.000</b>
<i>- escluse dalle garanzie previste, le visite con finalità dietologiche nonché le visite e gli accertamenti</i>		
In Network	percentuale spesa a carico 10% min. non indennizzabile € 30 per prestazione	
Out Network	percentuale spesa a carico 20% min. non indennizzabile € 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>€</b>	<b>150</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</b>
<b>Rimborso Ticket Check Up prostatico/Mammario -</b>	<b>€ 100, quota spesa a carico € 20 per evento</b>	
<b>SOSTEGNO (solo NUCLEO)</b>		
Sostegno economico per perdita anno scolastico (solo post-intervento chirurgico)		€ 1.000,00
Sussidio ai superstiti in caso di premorienza del socio (solo sussidio Nucleo)		€ 1.000,00
<b>SOSTEGNO per Non Autosufficienza</b>		
<b>Rimborso Spese per Stato di Non Autosufficienza (valida solo per il socio titolare)</b>		<b>max €150/mese, max 12 mesi</b>
<b>SERVIZI E ASSISTENZA DI CENTRALE SALUTE</b>		
<b>Centrale Salute per Supporto Copertura Assistenza H24, 7 giorni su 7(consulenza medica telefonica, invio ambulanza, invio medico a Conservazione cellule staminali (tariffe agevolate)</b>		<b>SI</b>
<b>Contributo Annuo Sussidio SINGLE</b>		<b>€ 820,00</b>
<i>Quota Associativa Annuo</i>		<i>€ 15,00</i>
<b>Contributo Annuo Sussidio NUCLEO</b>		<b>€ 1.300,00</b>
<i>Quota Associativa Annuo</i>		<i>+ €15</i>

**- (\*) Alta Diagnostica**

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