

GARANZIE OSPEDALIERE

Ricoveri con/senza intervento chirurgico - max	€ 100.000,00
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
Sottolimiti per alcuni interventi chirurgici - out network	percentuale di spesa a carico 15%, sub massimale annuo € 4.000 per tipologia di intervento
- 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
Altri Interventi Chirurgici Compresi	al 100% (validi limiti e sub limiti delle pre/post ove previste)
- 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

Alta Diagnostica (*) - Max Annuo	€	3.500
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	
- Alta Diagnostica per Animale Domestico (rientrante nel Nucleo Familiare)- sub max annuo		
	€	100
Condizioni di rimborso		al 100%
Visite Specialistiche ed Accertamenti Diagnostici -	€	2.000
<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
Cure Odontoiatriche - max annuo	€	150
In Network		percentuale a carico 10%
Out Network		percentuale a carico 20%
Ticket		al 100%
PREVENZIONE		
Pacchetto gravidanza - Max annuo		€ 150
Rimborso Ticket Check Up prostatico/Mammario -	€ 100, quota spesa a carico € 20 per evento	
SOSTEGNO (solo NUCLEO)		
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
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 DI CENTRALE SALUTE		
Centrale Salute per Supporto Copertura Assistenza H24, 7 giorni su 7(consulenza medica telefonica, invio ambulanza, invio medico a Conservazione cellule staminali (tariffe agevolate)		SI
Contributo Annuo Sussidio SINGLE		€ 820,00
<i>Quota Associativa Annuo</i>		<i>€ 15,00</i>
Contributo Annuo Sussidio NUCLEO		€ 1.300,00
<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