

**GARANZIE OSPEDALIERE****Ricoveri con/senza intervento chirurgico - max annuo € 100.000,00**

In Network	quota di spesa a carico € 500,00 per evento - al 100% le spese pre e post
Out Network	percentuale di spesa a carico 10%, min. non indennizzabile € 1.000 e max € 3.000 per evento - percentuale spesa a carico
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) e relativo limite	€ 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	€ 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 della garanzia "parto"	€ 1.500
Diaria sostitutiva (escluse pre/post)	€ 180 max 90 gg annui
	€ 90 max 45 gg annui, pre e post 120/120gg
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 e Terapie (\*) - Max Annuo € 4.000,00**

In Network	percentuale spesa a carico 10% min. non indennizzabile € 30 per prestazione/ciclo di terapia
Out Network	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 € 200,00**

Condizioni di rimborso al 100%

**Visite Specialistiche ed Accertamenti Diagnostici - Max Annuo € 1.500,00**

- escluse dalle garanzie previste, le visite con finalità dietologiche nonché le visite e ali accertamenti odontoiatrici e

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>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	100%

### PREVENZIONE

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

### SOSTEGNO per Non Autosufficienza

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

### 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>Assistenza H24, 7 giorni su 7 (consulenza medica telefonica, invio ambulanza. invio medico a domicilio)</b>	<b>SI</b>
<b>Conservazione cellule staminali (tariffe agevolate)</b>	<b>SI</b>
<b>Contributo Annuo Sussidio SINGLE</b>	<b>€ 1.768,00</b>
Quota Associativa Annuo	€ 15,00
<b>Contributo Annuo Sussidio NUCLEO</b>	<b>€ 2.968,00</b>
Quota Associativa Annuo	€ 15,00

(°) Dietro prescrizione medica e qualora l'assistito sia impossibilitato ad uscire autonomamente, come valutato da

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

### (\*) ALTA DIAGNOSTICA E TERAPIE

#### a) ALTA DIAGNOSTICA

Angiografia	Mielografia
Broncoscopia	Pancolonscopia
Cistografia o Cistoscopia	Risonanza magnetica Nucleare (RMN)
Coronarografia	Scintigrafia di qualsiasi apparato o organo
Ecocolordoppler cardiaco	Tomografia assiale computerizzata (TAC)
Ecocolordoppler vascolare	Tomografia ad emissione di Positroni (PET)
Elettroencefalogramma	Urografia
Esofagogastroduodenoscopia	<b>b) TERAPIE</b>
Isterosalpingografia	Dialisi
Mammografia	Chemioterapia
Mammotome ( agobiopsia mammaria stereotassica)	Radioterapia
	Laserterapia