

GARANZIE OSPEDALIERE

Ricoveri con/senza intervento chirurgico - max annuo		€ 50.000,00
In Network		al 100%
Out Network	percentuale di spesa a carico 10%, min. non indennizzabile € 1.000 e max € 5.000 per evento	
Pre ricovero		90 gg
- accertamenti diagnostici e visite specialistiche		SI
Durante il ricovero		
- retta di degenza - in network		al 100%
- retta di degenza - out network		max € 250/gg
- 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		90gg
- 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		€ 26 max 40 gg annui
Diaria sostitutiva (escluse pre/post)		€ 100 max 90 gg annui
Diaria integrativa (incluse pre/post)		€ 50 max 45 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		€ 2.000- previste spese pre e post
- Parto Naturale - sub max annuo		€ 1.500, no spese pre/post
- Parto Cesareo/Aborto terapeutico - sub max annuo		€ 2.000, no spese pre/post
- Chirurgia refrattiva - sub max annuo		€ 1.000,00 per occhio - previste spese pre e post
- Interventi Ambulatoriali - sub max annuo		€ 750,00- previste spese pre e post
- Cellule Staminali - sub max anno dell'aggaranzia "parto"		€ 1.500
GARANZIE EXTRAOSPEDALIERE		
Alta Diagnostica e Terapie (*) - Max Annuo	€	1.200
In Network (forma diretta e indiretta)		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 - Max Annuo	€	1.000
<i>- escluse dalle garanzie previste, le visite con finalità dietologiche nonché le visite e gli accertamenti odontoiatrici e ortodontici.</i>		
In Network (forma diretta e indiretta)		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	€	100
Percentuale Spesa a carico		20% min. non indennizzabile € 40 per prestazione
SOSTEGNO per Non Autosufficienza		
Rimborso Spese per Stato di Non Autosufficienza (valida solo per il socio titolare)	max €100/mese, max 12 mesi	
SOSTEGNO (solo NUCLEO)		
Sostegno economico per perdita anno scolastico (solo post-intervento chirurgico)	€	500,00
Contributo Economico ai familiari del socio titolare deceduto (solo sussidio Nucleo)	€	500,00
SERVIZI E ASSISTENZA DI CENTRALE SALUTE		
Centrale Salute per Supporto Copertura	SI	

Contributo Annuo Sussidio SINGLE	€ 684,00
<i>Contributo Annuo Regolamento Associativo di Base</i>	<i>+ € 40</i>
<i>Quota Associativa Annua</i>	<i>+ € 25</i>
Contributo Annuo Sussidio NUCLEO	€ 1.200,00
<i>Contributo Annuo Regolamento Associativo di Base</i>	<i>+ € 40</i>
<i>Quota Associativa Annua</i>	<i>+ € 25</i>