

**CONVENZIONE**

**GARANZIE OSPEDALIERE**

**BASE**

<b>Ricoveri con/senza intervento chirurgico - max annuo</b>	<b>€ 50.000,00</b>
In Network	al 100%
Out Network	percentuale di spesa a carico 10%, min. non indennizzabile 1.000 e max € 5.000 per evento
Misto	per parte in network come da "In Network", per la parte out network come da "Out Network" per evento
Pre ricovero (ed eventuale massimale)	90 gg
- accertamenti diagnostici compresi onorari medici e visite specialistiche	SI
Durante il ricovero	
- retta di degenza - in network	al 100%
- retta di degenza - out network	max € 150/g
- prestazioni del chirurgo, degli assistenti, dell'anestesista, nonché diritti di sala operatoria, materiale di intervent	si
- medicinali ed esami	si
- assistenza medica ed infermeristica	si
- apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durante l'intervento	si
- trattamenti fisioterapici e rieducativi	si
- retta accompagnatore	€ 50 max 20gg
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 infermeristica a domicilio (post intervento) e relativo limite	€ 26 max 40 gg annui
Indennità Sostitutiva SSN (escluse pre/post)	€ 100 max 90 gg
Indennità Integrativa SSN (incluse pre/post)	€ 50 max 45 gg

<b>Altri Interventi Chirurgici Compresi</b>	<b>al 100% (validi limiti e sub limiti delle pre/post ove previste)</b>
- Parto Naturale - sub max annuo	€ 1.500, no spese pre/post
- Parto Cesareo/Aborto terapeutico - sub max annuo	€ 2.000, no spese pre/post
- Interventi Ambulatoriali - sub max annuo	€ 750, previste spese pre e post
- Cellule Staminali - sub max anno dell'agranzia "parto"	€ 1.500

**GARANZIE EXTRAOSPEDALIERE**

<b>Alta Diagnostica (*) - Max Annuo</b>	<b>€ 1.200</b>
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
<b>- Alta Diagnostica per Animale Domestico (rientrante nel Nucleo Familiare)- sub max annuo</b>	<b>€ 100</b>
In Forma indiretta	al 100%
<b>Visite Specialistiche ed Accertamenti Diagnostici - Max Annuo</b>	<b>€ 1.000</b>
<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

<b>Cure Odontoiatriche - max annuo</b>	<b>€ 100</b>
Percentuale Spesa a carico	20% min. non indennizzabile € 40 per prestazione

**SOSTEGNO (solo NUCLEO)**

Sostegno economico per perdita anno scolastico (solo post-intervento chirurgico)	<b>€ 500</b>
Sussidio ai superstiti in caso di premorienza del socio (solo sussidio Nucleo)	<b>€ 500</b>

**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, 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>€ 724,00</b>
<i>Quota Associativa Annuo</i>	<i>+ € 15</i>

**RATEIZZAZIONE MENSILE**

Rata I trimestre - Copertura SINGLE	€ 199,00
Rata Mensile dal IV al XII mese - Copertura SINGLE	€ 60,00

**RATEIZZAZIONE TRIMESTRALE**

Rata I trimestre - Copertura SINGLE	€ 196,00
Rata Mensile II-III-IV trimestre - Copertura SINGLE	€ 181,00

**RATEIZZAZIONE SEMESTRALE**

Rata I semestre - Copertura SINGLE	€ 377,00
Rata II semestre - Copertura SINGLE	€ 362,00

<b>Contributo Annuo Sussidio NUCLEO</b>	<b>€ 1.240,00</b>
<i>Quota Associativa Annuo</i>	<i>€ 15,00</i>

**RATEIZZAZIONE MENSILE**

Rata I trimestre - Copertura NUCLEO	€ 328,00
Rata Mensile dal IV al XII mese - Copertura NUCLEO	€ 103,00

**RATEIZZAZIONE TRIMESTRALE**

Rata I trimestre - Copertura NUCLEO	€ 325,00
Rata Mensile II-III-IV trimestre - Copertura NUCLEO	€ 310,00

**RATEIZZAZIONE SEMESTRALE**

Rata I semestre - Copertura NUCLEO	€ 635,00
Rata II semestre - Copertura NUCLEO	€ 620,00

**CONVENZIONE**

GARANZIE OSPEDALIERE		MEDIA
<b>Ricoveri con/senza intervento chirurgico - max annuo</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	€
Misto	per parte in network come da "In Network", per la parte out network come da "Out Network" per evento	
Pre ricovero (ed eventuale massimale)		90 gg
- accertamenti diagnostici compresi onorari medici e visite specialistiche		SI
Durante il ricovero		
- retta di degenza - in network		al 100%
- retta di degenza - out network		max € 150/g
- prestazioni del chirurgo, degli assistenti, dell'anestesista, nonché diritti di sala operatoria, materiale di intervento		si
- medicinali ed esami		si
- assistenza medica ed infermeristica		si
- apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durante l'intervento		si
- trattamenti fisioterapici e rieducativi		si
- retta accompagnatore		€ 50 max 20gg
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 infermeristica a domicilio (post intervento) e relativo limite		€ 26 max 40 gg annui
Indennità Sostitutiva SSN (escluse pre/post)		€ 120 max 90 gg
Indennità Integrativa SSN (incluse pre/post)		€ 60 max 45 gg
<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
- Interventi Ambulatoriali - sub max annuo		€ 1.500, previste spese pre e post
- Cellule Staminali - sub max anno dell'agranzia "parto"		€ 1.500
<b>GARANZIE EXTRAOSPEDALIERE</b>		
<b>Alta Diagnostica (*) - Max Annuo</b>		<b>€ 3.500</b>
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	€
<b>- Alta Diagnostica per Animale Domestico (rientrante nel Nucleo Familiare)- sub max annuo</b>		<b>€ 100</b>
In Forma indiretta		al 100%
<b>Visite Specialistiche ed Accertamenti Diagnostici - Max Annuo</b>		<b>€ 2.000</b>
<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%, sub max annuo € 700
<b>Cure Odontoiatriche - max annuo</b>		<b>€ 150</b>
Percentuale Spesa a carico		20% min. non indennizzabile € 40 per prestazione
<b>PREVENZIONE</b>		
<b>Pacchetto gravidanza - Max annuo</b>		<b>€ 150</b>
<b>Rimborso Ticket Check Up prostatico/Mammario - Max annuo</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
Sussidio ai superstiti in caso di premorienza del socio (solo sussidio Nucleo)		€ 1.000
<b>SERVIZI E ASSISTENZA I DI CENTRALE SALUTE</b>		
Centrale Salute per Supporto Copertura		SI
Assistenza h24 7 giorni su 7 (Consulenza medica, invio Ambulanza, invio Medico a domicilio)		SI
Conservazione cellule staminali (tariffe agevolate)		SI
<b>Contributo Annuo Sussidio SINGLE</b>		<b>€ 1.000,00</b>
Quota Associativa Annua		+ € 15
<b>RATEIZZAZIONE MENSILE</b>		
Rata I trimestre - Copertura SINGLE		€ 268,00
Rata Mensile dal IV al XII mese - Copertura SINGLE		€ 83,00
<b>RATEIZZAZIONE TRIMESTRALE</b>		
Rata I trimestre - Copertura SINGLE		€ 265,00
Rata Mensile II-III-IV trimestre - Copertura SINGLE		€ 250,00
<b>RATEIZZAZIONE SEMESTRALE</b>		
Rata I semestre - Copertura SINGLE		€ 515,00
Rata II semestre - Copertura SINGLE		€ 500,00
<b>Contributo Annuo Sussidio NUCLEO</b>		<b>€ 1.600,00</b>
Quota Associativa Annua		€ 15,00
<b>RATEIZZAZIONE MENSILE</b>		
Rata I trimestre - Copertura NUCLEO		€ 418,00
Rata Mensile dal IV al XII mese - Copertura NUCLEO		€ 133,00
<b>RATEIZZAZIONE TRIMESTRALE</b>		
Rata I trimestre - Copertura NUCLEO		€ 415,00
Rata Mensile II-III-IV trimestre - Copertura NUCLEO		€ 400,00
<b>RATEIZZAZIONE SEMESTRALE</b>		
Rata I semestre - Copertura NUCLEO		€ 815,00
Rata II semestre - Copertura NUCLEO		€ 800,00

**CONVENZIONE**

<b>GARANZIE OSPEDALIERE</b>		<b>TOP</b>
<b>Ricoveri con/senza intervento chirurgico - max annuo</b>		<b>€ 200.000,00</b>
In Network		al 100%
Out Network	percentuale di spesa a carico 10%, min. non indennizzabile 1.000 e max € 3.000 per evento	€
Misto	per la parte in network come da "In Network", per la parte out network come da "Out Network" per evento	
Pre ricovero (ed eventuale massimale)		90 gg
- accertamenti diagnostici compresi onorari medici e visite specialistiche		SI
Durante il ricovero		
- retta di degenza - in network		al 100%
- retta di degenza - out network		max € 200/g
- prestazioni del chirurgo, degli assistenti, dell'anestesista, nonché diritti di sala operatoria, materiale di intervento		si
- medicinali ed esami		si
- assistenza medica ed infermeristica		si
- apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durante l'intervento		si
- trattamenti fisioterapici e rieducativi		si
- retta accompagnatore		€ 50 max 20gg
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 infermeristica a domicilio (post intervento) e relativo limite		€ 26 max 40 gg annui
Indennità Sostitutiva SSN (escluse pre/post)		€ 150 max 90 gg
Indennità Integrativa SSN (incluse pre/post)		€ 75 max 45 gg
<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		€ 6.000, previste spese pre e post
- Parto Naturale - sub max annuo		€ 2.500, no spese pre/post
- Parto Cesareo/Aborto terapeutico - sub max annuo		€ 3.000, no spese pre/post
- Interventi Ambulatoriali - sub max annuo		€ 2.000, previste spese pre e post
- Cellule Staminali - sub max anno dell'agranzia "parto"		€ 2.000
<b>GARANZIE EXTRAOSPEDALIERE</b>		
<b>Alta Diagnostica (*) - Max Annuo</b>		<b>€ 5.000</b>
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	€
<b>- Alta Diagnostica per Animale Domestico (rientrante nel Nucleo Familiare) - sub max annuo</b>		<b>€ 100</b>
In Forma indiretta		al 100%
<b>Visite Specialistiche ed Accertamenti Diagnostici - Max Annuo</b>		<b>€ 3.000</b>
- escluse dalle garanzie previste, le visite con finalità dietologiche nonché le visite e gli accertamenti odontoiatrici e ortodontici.		
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%, sub max annuo € 1.200
<b>Cure Odontoiatriche - max annuo</b>		<b>€ 500</b>
Percentuale Spesa a carico		20% min. non indennizzabile € 40 per prestazione
<b>Lenti da vista/Lenti a contatto - max annuo</b>		<b>€ 200</b>
Percentuale Spesa a carico		20% min. non indennizzabile € 40 per evento
<b>PREVENZIONE</b>		
<b>Pacchetto gravidanza - Max annuo</b>		<b>€ 200</b>
<b>Rimborso Ticket Check Up prostatico/Mammario - Max annuo</b>		<b>€ 150, quota spesa a carico € 20 per evento</b>
<b>SOSTEGNO (solo NUCLEO)</b>		
Sostegno economico per perdita anno scolastico (solo post-intervento chirurgico)		€ 1.500
Sussidio ai superstiti in caso di premorienza del socio (solo sussidio Nucleo)		€ 1.500
<b>SERVIZI E ASSISTENZA I DI CENTRALE SALUTE</b>		
Centrale Salute per Supporto Copertura		SI
Assistenza h24 7 giorni su 7 (Consulenza medica, invio Ambulanza, invio Medico a domicilio)		SI
Conservazione cellule staminali (tariffe agevolate)		SI
<b>Contributo Annuo Sussidio SINGLE</b>		<b>€ 1.600,00</b>
Quota Associativa Annua		+ € 15
<b>RATEIZZAZIONE MENSILE</b>		
Rata I trimestre - Copertura SINGLE		€ 418,00
Rata Mensile dal IV al XII mese - Copertura SINGLE		€ 133,00
<b>RATEIZZAZIONE TRIMESTRALE</b>		
Rata I trimestre - Copertura SINGLE		€ 415,00
Rata Mensile II-III-IV trimestre - Copertura SINGLE		€ 400,00
<b>RATEIZZAZIONE SEMESTRALE</b>		
Rata I semestre - Copertura SINGLE		€ 815,00
Rata II semestre - Copertura SINGLE		€ 800,00
<b>Contributo Annuo Sussidio NUCLEO</b>		<b>€ 2.320,00</b>
Quota Associativa Annua		€ 15,00
<b>RATEIZZAZIONE MENSILE</b>		
Rata I trimestre - Copertura NUCLEO		€ 598,00
Rata Mensile dal IV al XII mese - Copertura NUCLEO		€ 193,00
<b>RATEIZZAZIONE TRIMESTRALE</b>		
Rata I trimestre - Copertura NUCLEO		€ 595,00
Rata Mensile II-III-IV trimestre - Copertura NUCLEO		€ 580,00
<b>RATEIZZAZIONE SEMESTRALE</b>		
Rata I semestre - Copertura NUCLEO		€ 1.175,00
Rata II semestre - Copertura NUCLEO		€ 1.160,00

**CONVENZIONE**

<b>GARANZIE OSPEDALIERE</b>		<b>TOP +</b>
<b>Ricoveri con/senza intervento chirurgico - max annuo</b>		<b>€ 200.000,00</b>
In Network		al 100%
Out Network		percentuale di spesa a carico 10%, min. non indennizzabile € 1.000 e max € 3.000 per evento
Misto		per la parte in network come da "In Network", per la parte out network come da "Out Network" per evento
Pre ricovero (ed eventuale massimale)		90 gg
- accertamenti diagnostici compresi onorari medici e visite specialistiche		SI
Durante il ricovero		
- retta di degenza - in network		al 100%
- retta di degenza - out network		max € 200/gg
- prestazioni del chirurgo, degli assistenti, dell'anestesista, nonché diritti di sala operatoria, materiale di intervento		si
- medicinali ed esami		si
- assistenza medica ed infermeristica		si
- apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durante l'intervento		si
- trattamenti fisioterapici e rieducativi		si
- retta accompagnatore		€ 50 max 20gg
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 infermeristica a domicilio (post intervento) e relativo limite		€ 26 max 40 gg annui
Indennità Sostitutiva SSN (escluse pre/post)		€ 150 max 90 gg
Indennità Integrativa SSN (incluse pre/post)		€ 75 max 45 gg
<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		€ 6.000, previste spese pre e post
- Parto Naturale - sub max annuo		€ 2.500, no spese pre/post
- Parto Cesareo/Aborto terapeutico - sub max annuo		€ 3.000, no spese pre/post
- Interventi Ambulatoriali - sub max annuo		€ 2.000, previste spese pre e post
- Cellule Staminali - sub max anno dell'aggaranzia "parto"		€ 2.000
<b>GARANZIE EXTRAOSPEDALIERE</b>		
<b>Alta Diagnostica (*) - Max Annuo</b>		<b>€ 5.000</b>
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
In Forma indiretta		al 100%
<b>Visite Specialistiche ed Accertamenti Diagnostici - Max Annuo</b>		<b>€ 3.000</b>
- escluse dalle garanzie previste, le visite con finalità dietologiche nonché le visite e gli accertamenti odontoiatrici e ortodontici.		
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%, sub max annuo € 1.200
<b>Cure Odontoiatriche - max annuo</b>		<b>€ 500</b>
Percentuale Spesa a carico		20% min. non indennizzabile € 40 per prestazione
<b>Lenti da vista/Lenti a contatto - max annuo</b>		<b>€ 200</b>
Percentuale Spesa a carico		20% min. non indennizzabile € 40 per evento
<b>Cure oncologiche - max annuo</b>		<b>€ 2.500</b>
In/Out Network		al 100%
Ticket		al 100%
<b>PREVENZIONE</b>		
<b>Pacchetto gravidanza - Max annuo</b>		<b>€ 200</b>
<b>Rimborso Ticket Check Up prostatico/Mammario - Max annuo</b>		<b>€ 150, quota spesa a carico € 20 per evento</b>
<b>SOSTEGNO (solo NUCLEO)</b>		
Sostegno economico per perdita anno scolastico (solo post-intervento chirurgico)		€ 1.500
Sussidio ai superstiti in caso di premorienza del socio (solo sussidio Nucleo)		€ 1.500
<b>SERVIZI E ASSISTENZA I DI CENTRALE SALUTE</b>		
Centrale Salute per Supporto Copertura		SI
Assistenza h24 7 giorni su 7 (Consulenza medica, invio Ambulanza, invio Medico a domicilio)		SI
Conservazione cellule staminali (tariffe agevolate)		SI
<b>Contributo Annuo Sussidio SINGLE</b>		<b>€ 1.720,00</b>
Quota Associativa Annuo		+ € 15
<b>RATEIZZAZIONE MENSILE</b>		
Rata I trimestre - Copertura SINGLE		€ 448,00
Rata Mensile dal IV al XII mese - Copertura SINGLE		€ 143,00
<b>RATEIZZAZIONE TRIMESTRALE</b>		
Rata I trimestre - Copertura SINGLE		€ 445,00
Rata Mensile II-III-IV trimestre - Copertura SINGLE		€ 430,00
<b>RATEIZZAZIONE SEMESTRALE</b>		
Rata I semestre - Copertura SINGLE		€ 875,00
Rata II semestre - Copertura SINGLE		€ 860,00
<b>Contributo Annuo Sussidio NUCLEO</b>		<b>€ 2.560,00</b>
Quota Associativa Annuo		+ € 15
<b>RATEIZZAZIONE MENSILE</b>		
Rata I trimestre - Copertura NUCLEO		€ 658,00
Rata Mensile dal IV al XII mese - Copertura NUCLEO		€ 213,00
<b>RATEIZZAZIONE TRIMESTRALE</b>		
Rata I trimestre - Copertura NUCLEO		€ 655,00
Rata Mensile II-III-IV trimestre - Copertura NUCLEO		€ 640,00
<b>RATEIZZAZIONE SEMESTRALE</b>		
Rata I semestre - Copertura NUCLEO		€ 1.295,00
Rata II semestre - Copertura NUCLEO		€ 1.280,00

- (\*) **Alta Diagnostica**

- Angiografia
- Angiografia digitale
- Arteriografia digitale
- Artrografia
- Broncografia
- Broncoscopia
- Chemioterapia
- Cistografia
- Cobaltoterapia
- Colonscopia
- Coronarografia
- Dialisi
- Diagnostica radiologica
- Ecocardiografia
- Ecocardiogramma
- Ecocolordoppler (doppler, ecodoppler e colordoppler)
- Ecografia
- EGDS (esofago scopia + gastroscopia + duodenoscopia)
- Elettrocardiografia
- Elettroencefalografia
- Flebografia
- Gastroscopia
- Mammografia
- Mielografia
- Radionefrogramma
- Rettoscopia
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN)
- Scintigrafia
- Telecuore
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC)
- Urografia