

GARANZIE OSPEDALIERE		Caratteristiche
Ricoveri con/senza intervento chirurgico		€ 100.000
- compreso Day Hospital - sub max annuo		nei limiti del massimale
- compreso Day Surgery - sub max annuo		nei limiti del massimale
- compreso Interventi Ambulatoriali - sub max annuo		€ 1.000
Grandi Interventi Chirurgici ^(a) da elenco - Max annuo elevato a		€ 200.000
<i>Caratteristiche del rimborso</i>		
a. Grandi Interventi Chirurgici		
In Network - percentuale spesa a carico dell'assistito		10%
Out Network/misto - percentuale spesa a carico dell'assistito		20% min. non indennizzabile € 2.000
b. Ricovero con intervento plafonato (elenco interventi plafonati ^(b))		
In Network - percentuale spesa a carico dell'assistito		10% min. non indennizzabile € 1.000
Out Network/misto - percentuale spesa a carico dell'assistito		20% min. non indennizzabile € 2.000 con massimo annuo rimborsabile da elenco
c. Day Hospital, Day Surgery ed Intervento Ambulatoriale		
In Network - percentuale spesa a carico dell'assistito		10%
Out Network/misto - percentuale spesa a carico dell'assistito		20%
d. Altri Interventi Plafonati con sub massimale (da elenco ^(d))		
In Network/Out Network/Misto		percentuale spesa a carico 15%, sub massimale annuo € 4.000 per intervento
e. Ricoveri con/senza intervento chirurgico (diversi dal a., b., c. e d.)		
In Network - percentuale spesa a carico dell'assistito		10% min. non indennizzabile € 1.000
Out Network/misto - percentuale spesa a carico dell'assistito		20% min. non indennizzabile € 2.000 massimo annuo rimborsabile € 8.000 per ricovero
DI CUI		
Pre ricovero (in/out network)		120gg
- accertamenti diagnostici compresi onorari medici e visite specialistiche - sub max annuo		€ 600
Durante il ricovero (in/out network)		
- retta di degenza		max € 400 al giorno in network max € 150 al giorno out network
- 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
Post ricovero (in/out network)		120gg
-esami di laboratorio ed accertamenti diagnostici, compresi gli onorari dei medici - sub max annuo		€ 600
- esami, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi - sub max annuo		€ 2.000,00
Trasporto Sanitario (°)- Max annuo		€ 1500, valido dai 90 giorni pre ai 90 giorni post intervento
Rimpatrio salma- Max Annuo		€ 1.500
Indennità Sostitutiva		€ 80 primi 30 gg; € 100 dal 31-esimo fino ad un max 100 gg
GARANZIE EXTRAOSPEDALIERE		

Alta Diagnostica (**) - Max Annuo	€	5.000,00
In Network (°°)		quota spesa a carico € 120 per prestazione
Visite Specialistiche ed accertamenti diagnostici - Max Annuo	€	1.000,00
- escluse dalle garanzie previste, le visite con finalità dietologiche nonché le visite e gli accertamenti odontoiatrici e ortodontici.		
In Network (°°)		quota spesa a carico € 80 per prestazione
Cure Oncologiche	€	3.000
In e Out Network		100%
Cure dentarie da Infortunio (°°°) - Max annuo	€	1.500
Lenti e occhiali		
Max Annuo Formula Single	€	150,00
Max Annuo Formula Nucleo		€ 250, sub max pro-capite € 150
Percentuale Spesa a carico		perc. spesa a carico 20%, min. non indennizzabile € 50
Ticket - Max annuo		€ 500 al 100%
SERVIZI E ASSISTENZA I DI CENTRALE SALUTE		
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
Contributo SINGLE	€	1.300,00
Contributo COPPIA	€	1.500,00

Non possono essere garantite con il presente Sussidio le persone che, alla data di inserimento in assistenza, abbiano compiuto 79 (settantanove) anni, con uscita obbligatoria al compimento dell'80° anno di vita in concomitanza con la scadenza annuale del Sussidio sottoscritto.

⁽¹⁾ **I massimali indicati si intendono per nucleo, salvo diverse indicazioni**

⁽²⁾ **Compilazione obbligatoria del questionario anamnestico alla sottoscrizione del sussidio.**

(°) **Trasporto dell'Associato con ambulanza o altro mezzo attrezzato al trasporto sanitario fino al luogo di degenza, ad altro luogo di cura e per il rientro al proprio domicilio**

(°°) **Prestazione valida solo in network.**

(°°°) **Infortunio certificato da pronto soccorso**

(°°°°) **Prestazione estesa fino ai parenti di primo grado**