

GARANZIE OSPEDALIERE		OPZIONE 1
Ricoveri con/senza intervento chirurgico-max annuo	€	50.000,00
- compreso Day Hospital		nel limite del massimale
- compreso Day Surgery		nel limite del massimale
In Network (forma diretta/indiretta)		al 100%
Out Network (*)	Percentuale di spesa a carico 10% min. non indennizzabile € 1.000 e max€ 2.500	
Pre ricovero		90 giorni
- accertamenti diagnostici compresi onorari medici e visite specialistiche		SI
Durante il ricovero		
- retta di degenza		max € 130 /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
Post ricovero		90 giorni
- 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
Indennità Sostitutiva		€ 50/g max 90 giorni annui
Sottolimiti per alcuni interventi chirurgici	Percentuale di spesa a carico 15%, sub- massimale annuo € 4.000 per tipologia di intervento	
- Appendicectomia		SI
- Interventi al naso (salvo infortuni documentati)		SI
- Ernie (escluse ernie discali della colonna vertebrale)		SI
- Colectomia		SI
- Meniscectomia		SI
- Legamenti crociati		SI
Altri Interventi Chirurgici Compresi		al 100%
- Parto Naturale - sub max annuo	€	2.000,00
- Parto Cesareo/Aborto terapeutico - sub max annuo	€	4.000,00
- Chirurgia Refrattiva e Trattamenti con laser ad eccimeri - sub max annuo		€ 1.000 per occhio (**)
- Interventi Ambulatoriali - sub max annuo	€	1.000,00
GARANZIE EXTRAOSPEDALIERE		
Alta Diagnostica (*) - Max Annuo	€	1.000,00
In Network (forma diretta/indiretta)	Percentuale di spesa a carico 20% min. € 50,00 per evento	
Out Network	Percentuale di spesa a carico 25% min. € 60,00 per evento	
Ticket Alta Diagnostica		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 (agevolazioni economiche)		SI
Contributo Sussidio SINGLE	€	480,00
Contributo Sussidio NUCLEO	€	650,00

(*) prevista anche la forma mista (Centri Convenz. e medici non Convenzionati): applicati i criteri di rimborso, rispettivamente, per la parte in convenzione e la parte non in convenzione, come da scheda.

(**) In caso di anisometropia superiore a tre diottrie e/o in caso di deficit visivo pari o superiore a 5 per ciascun