

<b>GARANZIE OSPEDALIERE</b>		<b>OPZIONE 2</b>
<b>Ricoveri con/senza intervento chirurgico-max annuo</b>	€	<b>100.000,00</b>
- 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	
<i>Pre ricovero</i>		<i>90 giorni</i>
- accertamenti diagnostici compresi onorari medici e visite specialistiche		SI
<i>Durante il ricovero</i>		
- retta di degenza		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
<i>Post ricovero</i>		<i>90 giorni</i>
- 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
<i>Indennità Sostitutiva</i>	€ 85/g max 150 giorni annui	
<b>Sottolimiti per alcuni interventi chirurgici</b>	<b>Percentuale di spesa a carico 15%, sub- massimale annuo € 4.000 per tipologia di intervento</b>	
- Appendicectomia		SI
- Interventi al naso (salvo infortuni documentati)		SI
- Ernie (escluse ernie discalidella colonna vertebrale)		SI
- Colecistectomia		SI
- Meniscectomia		SI
- Legamenti crociati		SI
<b>Altri Interventi Chirurgici Compresi</b>		<b>al 100%</b>
- 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
<b>GARANZIE EXTRAOSPEDALIERE</b>		
<b>Alta Diagnostica (*) - Max Annuo</b>	€	<b>2.000,00</b>
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%
<b>Cure Dentarie da Infortunio - max annuo</b>	€	<b>1.150,00</b>
Percentuale spesa a carico		20% min € 75 per ciclo di cura
<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 (agevolazioni economiche)		SI
<b>Contributo Sussidio SINGLE</b>	€	<b>690,00</b>
<b>Contributo Sussidio NUCLEO</b>	€	<b>930,00</b>

(\*) 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 occhio.