

Il presente Sussidio non prevede alcun limite di età.

<b>GARANZIE OSPEDALIERE</b>	
<b>Ricoveri con/senza intervento chirurgico - max annuo</b>	<b>€ 100.000,00</b>
<b>Pre ricovero</b>	<b>120 gg</b>
- accertamenti diagnostici e visite specialistiche	SI
<b>Condizioni di rimborso</b>	
<i>al 100% In Network e Ticket SSN - al 90% Out Network</i>	
<b>Durante il ricovero</b>	
- retta di degenza - in network	al 100%
- retta di degenza - out network	max € 250/g - raddoppiata in caso di terapia intensiva
- 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/giorno max 20gg annui
<b>Condizioni di rimborso</b>	
<i>Assistenza Diretta: nessuna quota a carico del Socio</i>	
<i>Assistenza Indiretta in Network: quota a carico pari al 10%</i>	
<i>Autorizzazione Indiretta fuori Network: quota a carico pari al 20%</i>	
<b>Post ricovero</b>	<b>120 gg</b>
- 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)	€ 30/giorno max 80 gg annui
<b>Condizioni di rimborso</b>	
<i>al 100% In Network e Ticket SSN - al 90% Out Network</i>	
<b>Altri Eventi 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
- Chirurgia refrattiva - sub max annuo	€ 1.000,00 per occhio - 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	€ 1.500,00- previste spese pre e post
- Cellule Staminali - sub max anno dell'agranzia "parto"	€ 1.500,00
Trasporto Sanitario - sub max annuo	€ 1.100 in Italia € 2.000 all'Estero
<b>Diaria sostitutiva (escluse pre/post)</b>	<b>€ 180/giorno max 90 gg annui</b>
	<b>€ 90/giorno max 45 gg annui, pre e post</b>
<b>Diaria integrativa (incluse pre/post)</b>	<b>120/120gg</b>
	<b>spese pre e post: nei sub limiti previsti - al 100% in network o presso SSN, al 90% se out network</b>
<b>GARANZIE EXTRAOSPEDALIERE</b>	
<b>Alta Diagnostica e Terapie - Max Annuo</b>	<b>€ 4.000,00</b>
In Network	percentuale spesa a carico 10% min. non rimborsabile € 30 per prestazione/ciclo di terapia
Out Network	percentuale spesa a carico 20% min. non rimborsabile € 60 per prestazione/ciclo di terapia
<b>- Alta Diagnostica per Animale Domestico (rientrante nel Nucleo Familiare)- sub max annuo</b>	<b>€ 200,00</b>
Condizioni di rimborso	al 100%

<b>Visite Specialistiche ed Accertamenti Diagnostici - Max Annuo</b>	<b>€ 1.500,00</b>
<i>- escluse dalle garanzie previste, le visite con finalità dietologiche nonché le visite e gli accertamenti odontoiatrici e ortodontici.</i>	
In Network	percentuale spesa a carico 10% min. non rimborsabile € 30 per prestazione
Out Network	percentuale spesa a carico 20% min. non rimborsabile € 60 per prestazione
<b>Ticket Alta diagnostica, Visite Specialistiche e Accertamenti diagnostici (esclusi controlli di routine)</b>	<b>al 100%, nei limiti dei massimali</b>
<b>Fisioterapie seguito gravi Malattie - Max Annuo</b>	<b>€ 2.000,00</b>
In Network e Out Network	percentuale di spesa a carico 30%
Ticket SSN	€ 1,00
<b>PREVENZIONE</b>	
<b>Rimborso Ticket Check Up prostatico/Mammario - Max annuo</b>	<b>€ 100, quota spesa a carico € 20 per evento</b>
<b>SOSTEGNO per Non Autosufficienza</b>	
<b>Rimborso Spese per Stato di Non Autosufficienza (valida solo per il socio titolare)</b>	<b>max € 200/mese, max 24 mesi</b>
<b>SERVIZI E ASSISTENZA CENTRALE SALUTE</b>	
<b>Centrale Salute per Supporto Copertura</b>	<b>SI</b>
<b>CONTRIBUTI</b>	
<b>Contributo annuo Single</b>	<b>€ 1.668,00</b>
+ contributo annuo aggiuntivo per Assistenza di Base	+ € 40
+ quota associativa (una tantum)	+ € 25

**(\*) ALTA DIAGNOSTICA E TERAPIE**

**a) ALTA DIAGNOSTICA**

Angiografia  
 Broncoscopia  
 Cistografia o Cistoscopia  
 Coronarografia  
 Ecocolordoppler cardiaco  
 Ecocolordoppler vascolare  
 Elettroencefalogramma  
 Esofagogastroduodenoscopia  
 Isterosalpingografia  
 Mammografia  
 Mammotome ( agobiopsia mammaria stereotassica)  
 Mielografia  
 Pancolonscopia  
 Risonanza magnetica Nucleare (RMN)  
 Scintigrafia di qualsiasi apparato o organo  
 Tomografia assiale computerizzata ( TAC)  
 Tomografia ad emissione di Positroni (PET)  
 Urografia

**b) TERAPIE**

Dialisi  
 Chemioterapia  
 Radioterapia  
 Laserterapia