

GARANZIE OSPEDALIERE

Ricoveri con/senza intervento chirurgico - max annuo € 50.000,00

Assistenza Diretta	nessuna quota a carico del Socio
Assistenza Indiretta	quota a carico del Socio pari al 10%
Autorizzazione indiretta fuori Network	quota a carico del Socio pari al 20%
Pre ricovero	120 gg
- accertamenti diagnostici e visite specialistiche	SI
Durante il ricovero	
- retta di degenza - in network	al 100%
- retta di degenza - out network	max € 250/g - raddoppiata in caso di terapia
- 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 max 20gg annui
Post ricovero	120 gg
- 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) e relativo limite	€ 30 max 80 gg annui

Altri Interventi Chirurgici Compresi al 100% (validi limiti e sub limiti delle pre/post ove previste)

- Day Hospital/Day Surgery - sub max annuo	€ 2.000- 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	€ 1.500, no spese pre/post
- Parto Cesareo/Aborto terapeutico - sub max annuo	€ 2.000, no spese pre/post
- Cellule Staminali - sub max anno della garanzia "parto"	€ 1.500,00
- Interventi Ambulatoriali - sub max annuo	€ 750,00- previste spese pre e post
Diaria sostitutiva (escluse pre/post)	€ 180 max 90 gg annui
Diaria integrativa (incluse pre/post)	€ 90 max 45 gg annui, pre e post 120/120gg spese pre e post: nei sub limiti previsti - al 100% in network o presso SSN, percentuale a carico 10% se out
Trasporto Sanitario - sub max annuo	€ 1.100 in Italia € 2.000 all'Estero

GARANZIE EXTRAOSPEDALIERE

Alta Diagnostica e Terapie (*) - Max Annuo	€	1.600
In Network	percentuale spesa a carico 10% min. non indennizzabile	€ 30 per prestazione/ciclo di terapia
Out Network	percentuale spesa a carico 20% min. non indennizzabile	€ 60 per prestazione/ciclo di terapia
- Alta Diagnostica per Animale Domestico (rientrante nel Nucleo Familiare)- sub max annuo	€	200,00
Condizioni di rimborso		al 100%

Visite Specialistiche ed Accertamenti Diagnostici - Max Annuo	€	1.000
<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 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%, nei limiti dei massimali
Fisioterapie seguito gravi Malattie (**) - Max Annuo	€	1.000,00
In Network e Out Network		percentuale di spesa a carico 30%
Ticket SSN		100%
SOSTEGNO per Non Autosufficienza		
Rimborso Spese per Stato di Non Autosufficienza (valida solo per il socio titolare)		max € 150,00/mese, max 24 mesi
SERVIZI DI ASSISTENZA COOPSALUTE		
Invio di un Infermiere/Operatore Socio Sanitario a domicilio		2 interventi di minimo 2 ore e massimo 4 ore annue
A seguito di un Ricovero con intervento chirurgico subito nell'anno di copertura		degenza di almeno 3 notti
Consegna farmaci (°) e referti (°°)		2 interventi all'anno
A seguito di un Ricovero con intervento chirurgico subito nell'anno di copertura		degenza di almeno 3 notti
Fisioterapista a domicilio		2 interventi di minimo 2 ore e massimo 4 ore annue
A seguito di un Ricovero con intervento chirurgico subito nell'anno di copertura		degenza di almeno 3 notti
SERVIZI E ASSISTENZA DI CENTRALE SALUTE		
Centrale Salute per Supporto Copertura		SI
Assistenza H24, 7 giorni su 7 (consulenza medica telefonica, invio ambulanza, invio medico a domicilio)		SI
Conservazione cellule staminali (tariffe agevolate)		SI
Contributo Annuo Sussidio SINGLE + compreso contributo annuo		€ 1.300,00
Regolamento Associativo Base		€ 25,00
<i>Quota Associativa Annuo</i>		
<p>(°) Dieto prescrizione medica e qualora l'assistito sia impossibilitato ad uscire autonomamente, come valutato da referto medico</p> <p>(°°) Qualora l'assistito sia impossibilitato ad uscire autonomamente, come valutato da referto medico</p>		
(*) ALTA DIAGNOSTICA E TERAPIE		
a) ALTA DIAGNOSTICA		
Angiografia	Mammografia	
Broncoscopia	Mammotome (agobiopsia mammaria stereotassica)	
Cistografia o Cistoscopia	Mielografia	
Coronarografia	Pancolonscopia	
Ecocolordoppler cardiaco	Risonanza magnetica Nucleare (RMN)	
Ecocolordoppler vascolare	Scintigrafia di qualsiasi apparato o organo	
Elettroencefalogramma	Tomografia assiale computerizzata (TAC)	
Esofagogastroduodenoscopia	Tomografia ad emissione di Positroni (PET)	
Isterosalpingografia	Urografia	
	b) TERAPIE	
	Dialisi	
	Chemioterapia	
	Radioterapia	
	Laserterapia	