

- **Rimborso Spese Mediche**

Sussidio previsto in favore del Socio nel caso in cui questi debba sostenere spese di natura medica e sanitaria a seguito di infortunio o malattia. Massimale € 200.000 sia dentro che fuori Network. Nessun questionario di ingresso.

Pregresse Previste dopo

- 3 anni consecutivi di associazione, per il 35% di quanto indicato in sezione “Medicina e Cure” con massimale € 25.000/anno;
- Dopo 5 anni consecutivi per il 50% con massimale € 35.000/anno;
- Dopo 7 anni consecutivi per il 75% con massimale € 50.000/anno.

- **Ricovero per grande intervento chirurgico**

- **Diretto:** Massimo indennizzo illimitato;
- **Indiretto:** Massimo indennizzo illimitato, quota del 20% delle spese con minimo di € 1.500 per evento a carico del Socio;
- **Misto:** Massimo indennizzo illimitato, nessuna quota a carico del Socio sulla parte convenzionata e quota del 20% delle spese con minimo di € 1.500 per evento a carico del Socio sulla parte non convenzionata;
- **SSN:** Massimo indennizzo illimitato, rimborso del 100% delle spese pre e post ricovero per evento oppure indennità sostitutiva del rimborso pari ad € 100 al giorno per un massimo di 100 gg.

- **Ricovero per gravi patologie**

- **Diretto:** Massimo indennizzo illimitato;
- **Indiretto:** Massimo indennizzo illimitato, quota del 20% delle spese con minimo di € 1.500 per evento a carico del Socio;
- **Misto:** Massimo indennizzo illimitato, nessuna quota a carico del Socio sulla parte convenzionata e quota del 20% delle spese con minimo di € 1.500 per evento a carico del Socio sulla parte non convenzionata;
- **SSN:** Massimo indennizzo illimitato, rimborso del 100% delle spese pre e post ricovero per evento oppure indennità sostitutiva del rimborso pari ad € 100 al giorno per un massimo di 100 gg.

- **Ricovero per intervento chirurgico non per gravi patologie**

- **Diretto:** Massimo indennizzo illimitato;
- **Indiretto:** Massimo indennizzo € 300.000, quota del 20% delle spese con minimo di € 1.500 per evento a carico del Socio;
- **Misto:** Massimo indennizzo € 300.000, nessuna quota a carico del Socio sulla parte convenzionata e quota del 20% delle spese con minimo di € 1.500 per evento a carico del Socio sulla parte non convenzionata;
- **SSN:** Massimo indennizzo € 300.000, rimborso del 100% delle spese pre e post ricovero per evento oppure indennità sostitutiva del rimborso pari ad € 100 al giorno per un massimo di 100 gg.

- **Ricovero senza intervento**

- **Diretto:** Massimo indennizzo € 300.000;
- **Indiretto:** Massimo indennizzo € 300.000, quota del 20% delle spese con minimo di

€ 1.500 per evento a carico del Socio;

- **Misto:** Massimo indennizzo € 300.000, nessuna quota a carico del Socio sulla parte convenzionata e quota del 20% delle spese con minimo di € 1.500 per evento a carico del Socio sulla parte non convenzionata;
- **SSN:** Massimo indennizzo € 300.000, rimborso del 100% delle spese pre e post ricovero per evento oppure indennità sostitutiva del rimborso pari ad € 100 al giorno per un massimo di 100 gg.

- **Spese Pre/Post**

Nei 90 giorni precedenti o successivi il ricovero o l'intervento chirurgico anche in Day Hospital/Day-Surgery.

- **Parto non cesareo (anche domiciliare)**

- **Diretto:** Massimo indennizzo € 1.000;
 - **Indiretto:** Massimo indennizzo € 1.000, rimborso al 100%;
 - **Misto:** Massimo indennizzo € 1.000, nessuna quota a carico del Socio sulla parte convenzionata e rimborso al 100% delle spese sulla parte non convenzionata;
 - **SSN:** Indennità sostitutiva del rimborso pari a € 100 al giorno per un massimo di 100 gg.

- **Parto cesareo – Aborto terapeutico o spontaneo o post traumatico**

- **Diretto:** Massimo indennizzo € 10.000 – Nessuna quota a carico;
 - **Indiretto:** Massimo indennizzo € 10.000, quota del 20% delle spese con minimo di € 1.500 per evento a carico del socio;
 - **Misto:** Massimo indennizzo € 10.000, nessuna quota a carico del Socio sulla parte convenzionata e quota del 20% delle spese con minimo di € 1.500 per evento a carico del socio sulla parte non convenzionata;
 - **SSN:** Indennità sostitutiva del rimborso pari a € 100 al giorno per un massimo di 100 gg.

- **Strumenti sanitari di supporto**

Fino all'ammontare di € 1.000 con una quota del 20% delle spese con un minimo di € 50 a carico del Socio, per periodo di copertura a nucleo familiare: l'acquisto di apparecchi protesici ortopedici sostitutivi di parti anatomiche; l'acquisto il noleggio di carrozzelle ortopediche; l'acquisto di amplificatore acustici; il noleggio di apparecchiature per emodialisi; l'acquisto e il noleggio di erogatori portatili di ossigeno per le malattie bronco polmonari.

- **Prestazioni fuori ricovero**

Plafond unico di € 3.500 con quota a carico del socio del 20% con minimo di € 50 con prescrizione del medico curante o specialista:

- **ECOGRAFIA;**
 - **ECODOPPLER;**
 - **ECOCARDIOGRAFIA;**
 - **ELETTROCARDIOGRAFIA;**
 - **ELETTROENCEFALOGRAFIA;**
 - **RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE;**
 - **TAC;**
 - **ESAMI DIAGNOSTICI:** fino alla concorrenza di € 2.000 per nucleo familiare e per anno per le spes sostenute, con quota a carico del Socio del 20% con un minimo di € 50 a carico del Socio per evento;

- *LENTI*: viene rimborsato il 70% fino alla concorrenza di € 5000 per lenti correttive dei vizi della vista per periodo di copertura e per nucleo familiare.
- *VISITE SPECIALISTICHE*: viene rimborsato il 70% delle spese sostenute fino alla concorrenza di € 1.000 per nucleo familiare e per anno;

- **Indennità sostitutiva del rimborso per spese di ricovero**

Fino a un massimo di 100 pernottamenti per periodo di copertura e per nucleo familiare.

- **Medicina preventiva per uno solo dei componenti del nucleo**

Percorso cardiovascolare per uomini/donne; percorso oncologico per uomini over 45 anni e donne over 40 anni; visita ginecologica e relativi accertamenti per donne over 40 anni; DOC e MOC € 500 per periodo di copertura e per nucleo familiare.

- **Trattamento fisioterapico rieducativo**

- € 350 per nucleo familiare e per anno presso struttura convenzionata;
- € 235 per fisioterapista non convenzionato.

- **Network Salute Italia**

Accesso a tariffe agevolate applicate presso le strutture del network convenzionato per il Titolare del Sussidio per visite ed esami, su tutto il territorio nazionale.

- **Network Salute Internazionale**

Accesso alla banca dati della rete estera delle Strutture Sanitarie in tutto il mondo a disposizione del Socio 24 ore su 24, 365 giorni all'anno per ogni tipo di informazione sanitaria.

- **Second Opinion**

Il Socio può richiedere tramite META MUTUA un secondo parere medico complementare da parte di uno specialista. La consulenza viene erogata principalmente con modalità telematica con la possibilità di predisporre la traduzione (se necessario) della documentazione clinica e diagnostica.

- **Teleassistenza: DOC24**

DOC24 è il servizio che, tramite una semplice e intuitiva applicazione mobile, per smartphone e tablet (iOS/Android), permette di ricevere una consulenza medica 24 ore su 24, 7 giorni su 7, via telefono o in VIDEOCONFERENZA e monitorare i propri parametri medici ovunque ci si trovi, a casa, a lavoro o anche durante un viaggio, registrandoli in una comoda cartella medica online e sapendoli, in caso di anomalie, sempre controllati da un medico.

- **Care Giver Assistance**

Il Care Giver Assistance è il servizio di assistenza al Care Giver e alla persona di cui si prende cura, volto a trovare una soluzione assistenziale più idonea alle esigenze dell'assistito grazie al servizio di assistenza domiciliare S.O.S. Home Care, in caso di malattia/infortunio del Care Giver, del servizio S.O.S. Home Care Covid19, in caso di impossibilità del Care Giver durante la quarantena e del Care Giver Assistance Plus h24, in caso di malattia non preesistente o infortunio superiore ai 90 giorni del Care Giver.

- **Accesso al Network odontoiatrico**

Accesso alle tariffe agevolate applicate presso le strutture odontoiatriche del Network convenzionato per il Titolare del Sussidio.

- **Copertura Emergenza + Prevenzione**

Il Sussidio assistenza Odontoiatrica Emergenza e Prevenzione garantisce l'assistenza diretta in caso di intervento in Network. L'assistenza indiretta per il rimborso dei costi della prestazione eseguita fuori

Network, fino all'importo massimo indicato nella Tabella delle Prestazioni Odontoiatriche e dei Rimborsi nell'ambito e con i limiti di seguito indicati:

➤ **Prevenzione**

in Network: senza limiti al numero degli interventi;

fuori Network: fino a un massimo di € 1.500,00 per anno di copertura mutualistica;

➤ **Emergenza**

in Network: senza limiti al numero degli interventi;

fuori Network: fino a un massimo di € 1.500,00 per anno di copertura mutualistica;

➤ **Infortunio**

in Network e fuori Network: fino a un massimo di € 1.500,00 per anno di copertura mutualistica.

- **Temporanea per il caso di morte***

In caso di decesso del Socio, prima della scadenza contrattuale, la Mutua si impegna a corrispondere al Beneficiario avente diritto, il pagamento del capitale pari ad € 25.000,00.

- **Long Term Care***

LTC è il Piano Mutualistico Long Term Care con il quale è possibile proteggere se stessi dal rischio di non autosufficienza, ottenendo, al verificarsi delle condizioni sotto riportate, che incidono sulla capacità di svolgere le principali attività elementari della vita quotidiana, il pagamento di una rendita posticipata vitalizia mensile non rivalutabile. Per non autosufficienza si intende la perdita della capacità di compiere almeno 4 fra le 6 seguenti azioni elementari della vita quotidiana: farsi il bagno o la doccia; mantenere l'igiene personale; vestirsi; nutrirsi; controllare le funzioni corporali; spostarsi.

Il Piano Mutualistico Long Term Care è un contratto con il quale **viene riconosciuta una rendita mensile pari ad € 1.000,00** nel caso in cui il Socio, nel corso del periodo di copertura, diventi non autosufficiente, perdendo la capacità di badare a se stesso a causa di infortunio o malattia. La rendita sarà pagata a partire dalla data di accertamento dello stato di non autosufficienza. Il decesso del Socio o il recupero dello stato di autosufficienza determinano l'interruzione dell'erogazione della rendita. Il pagamento della rendita al Socio è

garantito a condizione che sia stato regolarmente corrisposta la quota associativa annuale.

- **Area Assistenza Legale**

Supporto al socio nell'analisi di eventuali "danni" occorsi nella fruizione dei servizi sanitari inclusi nei piani mutualistici sottoscritti, identificando la possibilità di ricondurre i danni alle fattispecie di "errore medico" (negligenza, imperizia, imprudenza) e/o di casi di "malasanità" (fallimento nella prestazione dei servizi offerti al paziente da parte del medico o della struttura sanitaria) così da indirizzare i soci verso un'assistenza legale specializzata per valutarne la risarcibilità ed il relativo iter giudiziale.

*La prestazione del servizio è valida per un solo componente del nucleo familiare indicato all'atto di sottoscrizione del Piano Mutualistico. È possibile estendere la copertura offerta dal servizio ad ogni componente del nucleo familiare.