

# LINEA TRENTATRE' RICOVERO

**Nome del prodotto:** RICOVERO

**Tipologia di prodotto:** Piano Sanitario - Rimborso Spese Mediche

**Contraenza:** Persone Fisiche

**Compagnia assicurativa:** GROUPAMA

**Fondo sanitario:** Scigno – Cassa di Assistenza iscritto all'Anagrafe dei Fondi Sanitari con il numero 97277950156

## **Caratteristiche del Piano Sanitario:**

- Rimborso spese mediche da ricovero con e senza intervento, Day Hospital, Intervento ambulatoriale
- Assistenza sanitaria
- Durata annuale
- Età: max in ingresso: 64 anni - max in uscita: 75 anni
- Indisdettabilità a seguito di sinistro
  
- Tre livelli di copertura: +1 , +2, +3
- Presa a carico diretta presso Enti Convenzionati
- Spese dentarie e lenti garantite
- Impossibilità di aumentare il contributo ad personam per sinistro
- Tariffazione in base al livello di copertura
- Capillare network di strutture sanitarie convenzionate
- L' adesione alla Mutua dà diritto a garanzie di assistenza sanitaria ed ad una garanzia LTC.

**Validità:** 01/01/2017

**Sistema di emissione:** Esterna

*Documento non contrattuale. Prima dell'adesione prendere visione del fascicolo informativo.*

**TRENTATRE' RICOVERO +1**  
**Premio € 670,00 / Nucleo €920**

**Contributi dovuti Mutua: € 7,00/mese per persona / quota adesione una tantum € 10**

<b>PRESTAZIONE OSPDALIERE</b>	
<b>Ricoveri con e senza intervento</b> <b>Day Hospital con e senza intervento intervento ambulatoriale</b>	Massimale: € 100.000 In rete: Franchigia fissa: €1.000 Fuori rete: Scoperto 20% : €1.500
<b>Pre/Post Submassimali 60/60</b>	
Terapie	5000 (No scoperti/ Franchigie)
Parto Fisiologico	1000 (No scoperti/ Franchigie)
Parto Cesareo/Aborto Terapeutico	2000 (No scoperti/ Franchigie)
Chirurgia Refrattiva	NON INCLUSO
<b>Limite retta di degenza (fuori rete)</b>	€ 250
<b>Accompagnatore</b>	€ 30 giorno - max € 50 (no scoperti/franchigie)
<b>Trasporto dell' assicurato</b>	1000 (no scoperti/franchigie)
<b>Rimpatrio della salma</b>	1000 (no scoperti/franchigie)
<b>Indennità sostitutiva</b>	€ 80 giorno - max 50 gg
<b>PRE/POST Sostitutiva</b>	60/60 (100%)
<b>Ticket sulle prestazioni coperte</b>	100%
<b>PRESTAZIONE EXTRA OSPDALIERE</b>	
<b>Alta Diagnostica</b>	
Massimale	€ 1.000
Condizioni	scoperto 20% min. €100
<b>Visite specialistiche/Accertamenti/Analisi di laboratorio</b>	
Massimale	NON INCLUSO
Condizioni	
Assistenza infermieristica domiciliare	€ 40/giorno, max.€600
<b>T Trattamenti fisioterapici ed riabilitativi da infortunio</b>	
Massimale	€ 500
Condizioni	
<b>Lenti/Occhiali</b>	
Massimale	NON INCLUSO
Condizioni	
<b>Cure dentarie da infortunio</b>	
Massimale	€ 2.000
Condizioni	
<b>Preventivazione dentaria</b>	
Condizioni	1 ablazione all'anno/nucleo (inclusa visita) in rete; membri del nucleo possono usufruire di tariffe agevolate
<b>Cure dentarie da malattia</b>	
Massimale	€ 250
Condizioni	scoperto 20% min. €100
<b>Ticket sulle prestazioni coperte</b>	
100%	

**TRENTATRE' RICOVERO +2**  
**Premio € 935,00 / € 1300 Nucleo**

**Contributi dovuti Mutua: € 7,00/mese per persona / quota adesione una tantum € 10**

<b>PRESTAZIONE OSPDALIERE</b>	
<b>Ricoveri con e senza intervento</b> <b>Day Hospital con e senza intervento</b> <b>intervento ambulatoriale</b>	Massimale: € 150.000 In rete: Franchigia fissa: € 500 Fuori rete: Scoperto 20% : € 1.000
<b>Pre/Post Submassimali 90/90</b>	
Terapie	5000 (No scoperti/ Franchigie)
Parto Fisiologico	1500 (No scoperti/ Franchigie)
Parto Ces area/Aborto Terapeutico	2500 (No scoperti/ Franchigie)
Chirurgia Refrattiva	1.000 per occhio (no scoperti/franchigie)
<b>Limite retta di degenza (fuori rete)</b>	€ 300
<b>Accompagnatore</b>	30 giorno - max € 50 (no scoperti/franchigie)
<b>Trasporto dell' assicurato</b>	1000 (no scoperti/franchigie)
<b>Rimpatrio della salma</b>	1000 (no scoperti/franchigie)
<b>Indennità sostitutiva</b>	€ 100 giorno - max 50 gg
<b>PRE/POST Sostitutiva</b>	90/90 (100%)
<b>Ticket sulle prestazioni coperte</b>	100%
<b>PRESTAZIONE EXTRA OSPDALIERE</b>	
<b>Alta Diagnostica</b>	
Massimale	€ 2.000
Condizioni	scoperto 20% min. € 80
<b>Visite specialistiche/Accertamenti/Analisi di laboratorio</b>	
Massimale	€ 1.000
Condizioni	scoperto 20% min. € 80
Assistenza infermieristica domiciliare	€ 40/giorno, max.€600
<b>Trattamenti fisioterapici ed riabilitativi da infortunio</b>	
Massimale	€ 1.000
Condizioni	
<b>Lenti/Occhiali</b>	
Massimale	NON INCLUSO
Condizioni	
<b>Cure dentarie da infortunio</b>	
Massimale	€ 3.000
Condizioni	
<b>Preventivazione dentaria</b>	
Condizioni	1 ablazione all'anno/nucleo (inclusa visita) in rete; membri del nucleo possono usufruire di tariffe agevolate
<b>Cure dentarie da malattia</b>	
Massimale	€ 500
Condizioni	scoperto 20% min. € 150
<b>Ticket sulle prestazioni coperte</b>	
100%	

**TRENTATRE' RICOVERO +3**

Premio: € 1.200,00 / €1700 Nucleo

Contributi dovuti Mutua: € 7,00/mese per persona / quota adesione una tantum € 10

<b>PRESTAZIONE OSPDALIERE</b>	
<b>Ricoveri con e senza intervento</b>	Massimale: € 200.000
<b>Day Hospital con e senza intervento intervento ambulatoriale</b>	In rete: Franchigia fissa: € 500 Fuori rete: Scoperto 20% : € 750
<b>Pre/Post Submassimali 90/90</b>	
Terapie	5000 (No scoperti/ Franchigie)
Parto Fisiologico	3000 (No scoperti/ Franchigie)
Parto Cesareo/Aborto Terapeutico	4000 (No scoperti/ Franchigie)
Chirurgia Refrattiva	€ 1.000 per occhio (no scoperti/franchigie)
<b>Limite retta di degenza (fuori rete)</b>	€ 300
<b>Accompagnatore</b>	giorno - max € 50 (no scoperti/franchigie)
<b>Trasporto dell' assicurato</b>	1000 (no scoperti/franchigie)
<b>Rimpatrio della salma</b>	1000 (no scoperti/franchigie)
<b>Indennità sostitutiva</b>	€ 100 giorno - max 80gg
<b>PRE/POST Sostitutiva</b>	90/90 (100%)
<b>Ticket sulle prestazioni coperte</b>	100%
<b>PRESTAZIONE EXTRA OSPDALIERE</b>	
<b>Alta Diagnostica</b>	
Massimale	€ 3.000
Condizioni	scoperto 20% min. € 80
<b>Visite specialistiche/Accertamenti/Analisi di laboratorio</b>	
Massimale	€ 1.500
Condizioni	scoperto 20% min. € 80
Assistenza infermieristica domiciliare	€ 40/giorno, max.€600
<b>Trattamenti fisioterapici ed riabilitativi da infortunio</b>	
Massimale	€ 1.500
Condizioni	
<b>Lenti/Occhiali</b>	
Massimale	€ 150
Condizioni	Franchigia € 50
<b>Cure dentarie da infortunio</b>	
Massimale	€ 4.000
Condizioni	
<b>Preventivazione dentaria</b>	
Condizioni	1 ablazione all'anno/nucleo (inclusa visita) in rete; membri del nucleo possono usufruire di tariffe agevolate
<b>Cure dentarie da malattia</b>	
Massimale	€ 1.000
Condizioni	scoperto 20% min. € 150
<b>Ticket sulle prestazioni coperte</b>	
100%	