

PROSPETTO RIEPILOGATIVO DELLE PRESTAZIONI OPZIONE "PREMIUM"

Il presente documento è stato redatto a scopo puramente informativo e di comprensione delle prestazioni offerte dal presente Piano Sanitario. In nessun caso il presente documento potrà sostituire il relativo Normativo tecnico della polizza assicurativa, a garanzia delle prestazioni offerte, che resta, pertanto, l'unico documento valido in combinato disposto con lo Statuto di Mutua MGA. Il Normativo Tecnico di polizza è depositato presso la sede di Mutua MGA.

| TELEASSISTENZA – Doc24 | PRESTAZIONE | LIMITI DI OPERATIVITÀ |
|---|-----------------------------|--|
| Consulta Telefonico con Medico Generico | Validé per il Nucleo - 24/7 | Illimitato |
| Video Visita con Medico Generico | Validé per il Nucleo - 24/7 | Illimitato |
| Telemonitoraggio Parametri Vitali e servizio Allert | Validé per il Nucleo - 24/7 | Illimitato |
| Check Salute | Validé per il Nucleo - 24/7 | 24 utilizzi |
| Storia Medica On Line | Validé per il Nucleo - 24/7 | Illimitato |
| Localizzazione GPS | Validé per il Nucleo - 24/7 | Operativa in caso di valori critici durante le misurazioni |
| Farmaco Expert | Validé per il Nucleo - 24/7 | Illimitato |

Come Utilizzare le prestazioni di TELEASSISTENZA

I seguenti servizi vengono forniti dalla Centrale Operativa di International Care Company telefonando 24/7 al numero verde **800383098**.

| PRESTAZIONI OSPEDALIERE | MASSIMALE | LIMITI DI OPERATIVITÀ |
|---|---|--|
| Ricovero con/senza intervento, Day Hospital con/senza intervento Grandi interventi chirurgici | € 250.000,00 € 500.000,00 | Diretta: Scoperto 20% minimo € 500,00 Scoperto 10% minimo € 300,00 per Day Hospital Indiretta: Scoperto 20% minimo € 2.000,00 Scoperto 10% minimo € 300,00 per Day Hospital |
| Intervento Ambulatoriale | € 20.000,00 | Diretta: Scoperto 20% Indiretta: Scoperto 30% |
| • Intervento chirurgico con uso di Robot • Rette di degenza in caso di Ricovero • Spese mediche PRE/POST Intervento • Parto naturale - aborto terapeutico o spontaneo • Parto Cesareo • Ospedalizzazione domiciliare | € 7.500,00 € 200,00 Nel limite del massimale Interventi € 2.500,00 € 10.000,00 € 10.000,00 | Per singolo ricovero Limite per giorno Massimo 100 giorni Limite per anno Limite per anno 120gg successivi alla dimissione |
| Retta Accompagnatore | € 70,00 | Limite massimo di 30 giorni |
| Assistenza infermieristica | € 35,00 | Limite massimo di 30 giorni |
| Trasferimento Medico Sanitario PLUS | € 20.000,00 | Limite per anno assicurativo |
| Rimpatrio Medico Sanitario PLUS | € 20.000,00 | Limite per anno assicurativo |
| Rimpatrio Salma dall'estero PLUS | € 3.000,00 | Limite per anno assicurativo |
| Indennità Sostitutiva massimo 120 giorni di ricovero | € 60,00 | Limite € 3.000,00 per anno |
| Ticket sulle prestazioni coperte | Compresi | Rimborsò al 100% |

| PRESTAZIONI EXTRA OSPEDALEIRE | MASSIMALE | LIMITI DI OPERATIVITÀ |
|---|-------------------------|--|
| Prestazioni di "Alta Specializzazione" | € 6.500,00 | Diretta: Scoperto 15% Minimo € 30,00 Indiretta: Scoperto 30% Minimo € 50,00 |
| Visite Specialistiche, Accertamenti Diagnostici | € 500,00 | Diretta: Scoperto 20% Minimo € 45,00 Indiretta: Scoperto 30% Minimo € 50,00 |
| Cure Oncologiche | € 5.000,00 | Diretta: 100% - Indiretta: Scoperto 20% |
| Ticket sulle prestazioni coperte da SSN | Compresi | Rimborsò al 100% |
| Visite preventive ginecologiche e/o urologiche | 1 visita annua € 150,00 | |

ACCESSO AI NETWORK PER PRESTAZIONI OSPEDALIERE ED EXTRA OSPEDALIERE

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di International Care Company telefonando al numero verde **039 6554 6412** dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30 che vi garantisce sempre l'**Accesso Al Network Convenzionato** e **Gestisce La Prenotazione Degli Appuntamenti** per vostro conto.

Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia **+39 039 6554 6412**

| CI PRENDIAMO CURA DI TE | PRESTAZIONE | LIMITI DI OPERATIVITÀ |
|--------------------------------|------------------|--|
| Prevenzione – Solo Capo Nucleo | 1 Check Up Annuo | Solo Capo Nucleo – Nel Network Convenzionato |

| ASSISTENZA PERSONA E FAMIGLIA | MASSIMALE | LIMITI DI OPERATIVITÀ |
|--|---|---|
| A seguito di ricovero o convalescenza superiore a 7 giorni: ○ Invio collaboratrice domestica, Invio badante. ○ Invio Spesa a casa ○ Invio di un insegnate per supporto scolastico ○ Invio baby Sitter – Dog Sitter | € 30,00 al giorno € 300,00 per anno assicurato € 300,00 per anno assicurato | Massimo di cinque giorni per sinistro 1 Volta all'anno con preavviso di tre giorni Massimo 3 giorni per sinistri e ore per giorno Massimo 3 giorni per sinistri e ore per giorno |
| A seguito di incendio o furto che rendano inagibile la casa: Invio guardia giurata | € 500,00 | Massimo 10 ore di piantonamento |
| Urgenza per guasti o malfunzionamenti: Invio Idraulico, fabbro, falegname, elettricista, vetraio | € 200,00 Per sinistro | Massimo 3 sinistri per anno. Pezzi di ricambio esclusi |

PREMESSA

Il Piano mutualistico **PREMIUM**, erogato da MGA - Mutua Generale di Assistenza, individua le prestazioni previste in favore del Socio nel caso in cui questi debba sostenere spese di natura medica e sanitaria a seguito di infortunio o malattia. L'adesione al presente piano mutualistico avviene in base alla precedente iscrizione alla Mutua. I massimali per le prestazioni intendono per PERSONA.

Le prestazioni sono soggette ad un periodo di carenza e sono da intendersi escluse le patologie pregresse conosciute e diagnosticate agli aderenti alla Mutua già al momento dell'adesione come normato nel piano mutualistico.

PRESTAZIONI OSPEDALIERE

Nel caso di Grande Intervento Chirurgico, il massimale di € 250.000,00 si intende raddoppiato.

- Per prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche **convenzionate** ed effettuate da medici convenzionati, le spese vengono **liquidate direttamente dalla Mutua** alle strutture sanitarie con uno **scoperto del 20%**, con il **minimo non indennizzabile di € 500,00** che, in caso di day Hospital diventa **scoperto del 10%**, con il **minimo non indennizzabile di € 300,00**, ad eccezione delle spese previste per: **Pre ricovero** in caso di Ricovero in Istituto di Cura, **Assistenza infermieristica privata individuale** in caso di Ricovero in Istituto di Cura, **Trasporto Sanitario, Rimpatrio della salma**.

Quest'ultima vengono rimborsate al Beneficiario nei limiti previsti ai punti indicati senza applicazioni di scoperti o franchigie.

Verranno invece liquidate, nei limiti previsti per le rispettive garanzie, direttamente alla struttura sanitaria convenzionata le seguenti spese: **Parto e Aborto, Ospedalizzazione Domiciliare**.

- Per prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche **NON convenzionate**, le prestazioni effettuate vengono **rimborsate** al Beneficiario con uno **scoperto del 20%, con il minimo non indennizzabile di € 2.000,00** che, in caso di day Hospital diventa **scoperto del 10%, con il minimo non indennizzabile di € 300,00** ad eccezione delle seguenti: **Retta di Degenza** in caso di Ricovero in Istituto di Cura, **Accompagnatore** in caso di Ricovero in Istituto di Cura, **Assistenza infermieristica privata individuale** in caso di Ricovero in Istituto di Cura, **Trasporto Sanitario, Parto e Aborto, Rimpatrio della salma**. Queste spese vengono rimborsate al Beneficiario nei limiti previsti per le rispettive garanzie.

- Ricovero In Istituto Di Cura.** Si provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

- Pre-Ricovero:** Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 100 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente **rimborsuale**.

- Intervento chirurgico:** Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi. Qualora durante l'effettuazione dell'intervento chirurgico ci si avvalga dell'uso di un robot, le relative spese sono liquidate dalla Mutua con il massimo di € 7.500,00 per ricovero.

- Assistenza medica, medicinali, cure:** Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero. Nel solo caso di ricovero con intervento chirurgico sono compresi nella garanzia i trattamenti fisioterapici e riabilitativi.

- Rette di degenza:** Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie. Nel caso di ricovero in istituto di cura non convenzionato, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di 200,00 € al giorno.

- Accompagnatore:** Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera. Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato, la garanzia è prestata nel limite di € 70,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

- Assistenza infermieristica privata individuale:** Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 35,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

- Post ricovero:** Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali, effettuati nei 100 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero; i trattamenti fisioterapici o rieducativi e le cure termali sono compresi nella garanzia nel caso di ricovero con intervento chirurgico.

- Trasporto Sanitario:** Vengono rimborsate le spese di trasporto del Beneficiario in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di € 1.500,00 ricovero.

- Day-Hospital:** Nel caso di day-hospital, Provvediamo al pagamento delle spese per le prestazioni previste per Ricovero in Istituto di Cura e Trasporto Sanitario con i relativi limiti in essi indicati. La garanzia non è operante per le visite specialistiche, le analisi cliniche e gli esami strumentali effettuati a soli fini diagnostici.

- Intervento Chirurgico Ambulatoriale:** La garanzia è prestata fino ad un **massimo di € 2.500,00** per anno assicurativo. Nelle strutture convenzionate le spese vengono **liquidate direttamente dalla Mutua** alle strutture sanitarie con uno **scoperto del 20%**, mentre nelle strutture **NON CONVENZIONATE** le prestazioni effettuate vengono **rimborsate** al Beneficiario con uno **scoperto del 30%**

- Trapianti:** Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, la Mutua liquida le spese previste per Ricovero In Istituto Di Cura e Trasporto Sanitario con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo.

- Parto Cesareo:** La garanzia è prestata fino ad un **massimo di € 10.000,00** per anno assicurativo, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate.
- Parto Non Cesareo, Aborto Terapeutico E Spontaneo:** La garanzia è prestata fino ad un massimo di **€ 2.500,00** per anno assicurativo, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate.
- Indennità Sostitutiva:** Il Beneficiario, qualora non richieda alcun rimborso alla Mutua, né per il ricovero né per altre prestazioni ad esso connesse in quanto i costi sono a carico del Servizio Sanitario Nazionale, ferma restando la possibilità di provvedere al pagamento delle spese di "pre" e "post ricovero", avrà diritto a un'indennità di € 60,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 120 giorni per ogni ricovero. Le spese relative alle garanzie di "pre" e "post ricovero" sono assoggettate ad un massimale annuo pari a € 2.000,00.
- Ospedalizzazione Domiciliare:** per un periodo di 120 giorni successivo alla data di dimissioni, per ricovero indennizzabile a termini di polizza, e avvenuto successivamente alla data di effetto della copertura, vengono messe a disposizione tramite il network convenzionato, prestazioni di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendente al recupero della funzionalità fisica. Il massimale annuo Beneficiario corrisponde a € 10.000,00.

PRESTAZIONI EXTRA RICOVERO

- Alta Specializzazione:** La Mutua provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere di alta specializzazione come da elenco presente nel regolamento. Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale **convenzionato**, le spese per le prestazioni erogate al Beneficiario vengono **liquidate direttamente** alle strutture medesime con applicazione di uno scoperto del 15% con il minimo non indennizzabile di € 30,00 che dovrà essere versato dal Beneficiario alla struttura sanitaria convenzionata al momento dell'emissione della fattura.

Nel caso in cui il Beneficiario si rivolga a strutture sanitarie o a personale **non convenzionato**, le spese sostenute **vengono rimborsate** con l'applicazione di uno scoperto del 30% con il minimo non indennizzabile di € 50,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

Nel caso in cui il Beneficiario si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Mutua rimborsa i ticket sanitari a carico del Beneficiario.

Il massimale annuo Beneficiario per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 6.500,00.

- Visite Specialistiche e Accertamenti Diagnostici:** Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato, le spese per le prestazioni erogate al Beneficiario vengono liquidate direttamente dalla Mutua alle strutture medesime con applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 45 che dovrà essere versato dal Beneficiario alla struttura sanitaria convenzionata al momento dell'emissione della fattura.

Nel caso in cui il Beneficiario si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 30% con il minimo non indennizzabile di € 50,00 per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico.

Il massimale annuo garantito per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 500,00.

- Cure Oncologiche:** Nei casi di malattie oncologiche, vengono liquidate le spese relative a chemioterapia e terapie radianti (da effettuarsi sia in regime di ricovero o day hospital che in regime di extraricovero), con massimale autonomo. Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato, le spese per le prestazioni erogate al Beneficiario vengono liquidate direttamente alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia. Nel caso in cui il Beneficiario si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20%. Nel caso in cui il Beneficiario si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, vengono rimborsati integralmente i tickets sanitari a carico del Beneficiario. Il massimale annuo garantito per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 5.000,00.

- Visite preventive ginecologiche e/o urologiche:** una volta all'anno viene liquidata una visita preventiva ginecologica e/o urologica. Il massimale annuo Beneficiario per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 150,00.

Nel caso in cui il Beneficiario si rivolga a strutture del Servizio Sanitario nazionale o da esso accreditate, la Mutua rimborsa integralmente i ticket sanitari.

CI PRENDIAMO CURA DI TE

- Prevenzione – Solo Capo Nucleo:** una volta all'anno in strutture convenzionate per le seguenti prestazioni: *Alanina aminotransferasi ALT, Aspartato Aminotransferasi AST, colesterolo HDL, colesterolo totale, creatinina, esame emocromocitometrico e morfologico completo, gamma GT, glicemia, trigliceridi, tempo di tromboplastina parziale (PTT), tempo di protrombina (PT), urea, VES, Urine; esame chimico, fisico e microscopico, Feci: Ricerca del sangue occulto.*

- Prestazioni Odontoiatriche Particolari – Igiene Dentaria:** Provvediamo al pagamento del "pacchetto" di prestazioni odontoiatriche particolari fruibile una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

CONTATTI ED ULTERIORE DOCUMENTAZIONE

Ulteriore documentazione disponibile nell'area riservata del sito www.ideawelfare.it