



COPERTURA SANITARIA FEDERNOTAI/MUTUA MBA

Comparazione Piano BASE e Piano TOP



	PIANO BASE	PIANO TOP
GARANZIE OSPEDALIERE		
RICOVERI con e senza intervento chirurgico – Max ANNUO • Compreso Day Hospital • Compreso Day Surgery Grandi interventi chirurgici (* da elenco)	€ 200.000 nel limite del massimale nel limite del massimale nel limite del massimale	€ 200.000 nel limite del massimale nel limite del massimale nel limite del massimale
METODI DI FRUIZIONE		
Autorizzazione all'assistenza Diretta e Indiretta in Network (INSIEME A TE)	Rimborso al 100%	Rimborso al 100%
In Network	Rimborso al 100%	Rimborso al 100%
Out Network	Spesa a carico 15%	Spesa a carico 15%
SPESE PRE RICOVERO Accertamenti diagnostici compresi onorari medici e visite specialistiche	nei 90 giorni prima	nei 90 giorni prima
SPESE DURANTE IL RICOVERO - Retta di degenza - Prestazioni del Chirurgo, degli Assistenti, dell'Anestesiste, nonché diritti si sala operatoria, materiale d'intervento - Medicinali ed esami - Assistenza Medica ed Infermieristica - Apparecchi terapeutici ed Endoprotesi applicati durante l'intervento - Trattamenti fisioterapici e rieducativi - Retta accompagnatore	compresa comprese compresi compresa compresi compresi € 100 die max 45 gg	compresa comprese compresi compresa compresi compresi € 100 die max 45 gg
SPESE DOPO IL RICOVERO - Esami diagnostici e visite specialistiche - Prestazioni mediche - Trattamenti fisioterapici e rieducativi - Medicinali (con prescrizione medica) - Cure termali (escluse spese alberghiere) - Assistenza infermieristica a domicilio (post intervento)	nei 120 giorni dopo	nei 120 giorni dopo
INTERVENTI CHIRURGICI PARTICOLARI: - Appendicectomia - Interventi al naso (salvo infortuni documentati) - Ernie (escluse ernie discali della colonna vertebrale) - Colecistectomia - Meniscectomia - Legamenti crociati	Utilizzando il servizio INSIEME A TE rimborso al 100% Se IN o OUT Network spesa a carico 20%	Utilizzando il servizio INSIEME A TE rimborso al 100% Se IN o OUT Network spesa a carico 20%

INTERVENTI CHIRURGICI CON RIMBORSO SPECIFICO - Parto naturale e Domiciliare – sub massimale annuo - Parto Cesareo/Aborto Terapeutico – sub massimale annuo - Chirurgia Refrattiva – sub massimale annuo/per occhio - Interventi Ambulatoriali – sub massimale annuo	Sia IN che OUT Network € 3.000,00 € 6.000,00 € 2.500,00 € 5.000,00	Sia IN che OUT Network € 3.000,00 € 6.000,00 € 2.500,00 € 5.000,00
GARANZIE EXTRA OSPEDALIERE		
ALTA DIAGNOSTICA E TERAPIE (**da elenco) – MAX ANNUO In Network OUT Network Ticket Alta diagnostica e Terapie	€ 8.000,00 Spesa a carico 10% Spesa a carico 10% con minimo NON rimborsabile di € 60,00 Rimborso al 100%	€ 8.000,00 Rimborso al 100% Spesa a carico 5% con minimo NON rimborsabile di € 50,00 Rimborso al 100%
VISITE SPECIALISTICHE ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI – MAX ANNUO In Network OUT Network Ticket Visite e Accertamenti diagnostici -max 3 visite specialistiche pediatriche per minori di età non superiore a 14 anni	€ 5.000,00 Spesa a carico 10% Spesa a carico 20% con minimo NON rimborsabile di € 80,00 Rimborso al 100% Max rimborso 60€ per visita	€ 5.000,00 Rimborso al 100% Spesa a carico 5% con minimo NON rimborsabile di € 60,00 Rimborso al 100% Max rimborso 80€ per visita
CURE DENTARIE - MAX ANNUO CURE DENTARIE DA INFORTUNIO – MAX ANNUO IN Network OUT Network Ticket per cure dentarie	€ 400,00 € 1.500,00 Spesa a carico 10% Spesa a carico 40% Rimborso al 100%	€ 1.000,00 € 3.000,00 Rimborso al 100% Spesa a carico 30% Rimborso al 100%
TRATTAMENTI MEDICI – INFERMIERISTICI DOMICILIARI PER GRAVI MALATTIE (***)vedi elenco) IN e OUT Network	€ 1.500,00 Spesa a carico 30% Rimborso al 100%	€ 2.000,00 Spesa a carico 30% Rimborso al 100%

PREVENZIONE		
Esami laboratorio, Visite specialistiche e qualsiasi tipologia di accertamento a scopo preventivo (cardiologico, oncologico etc..)		
PREVENZIONE MAX ANNUO	1° anno € 300,00 2° anno € 400,00 3° anno € 500,00	Sempre 1.500,00
IN e OUT Network	Spesa a carico 50%	Spesa a carico 30%
Se effettuati con il S.S.N.	Rimborso al 100%	Rimborso al 100%
ALTRE PRESTAZIONI		
RIBORSO PER LENTI/LENTI A CONTATTO	NON PREVISTA	Rimborso € 200,00 franchigia 50€
TRATTAMENTI FISIOTERAPICI (con prescrizione medica per ogni ciclo di terapia)	NON PREVISTA	Massimale annuo € 700,00
PROTESI ORTOPEDICHE E APPARECCHI ACUSTICI	NON PREVISTA	Massimale annuo € 500,00
PACCHETTO MATERNITA'		
n. 2 visite di controllo n. 2 ecografie di controllo n. 2 esami di laboratorio	Rimborso al 100% in Network Massimale € 500,00 OUT Network	Rimborso al 100% in Network Massimale € 500,00 OUT Network
ASSISTENZA H 24		
- Consulenza medica telefonica - Invio di un medico a domicilio - Invio Ambulanza - - Trasporto da un Ospedale in cui è ricoverato ad un altro centro ospedaliero - Rientro al proprio domicilio a seguito di dimissioni da un centro ospedaliero a condizione che, a giudizio del Medico curante, l'Assistito non possa utilizzare altro mezzo	H24 Durante le ore notturne e festivi Dopo ricovero primo soccorso max 100 km a/r Si Si si	H24 Durante le ore notturne e festivi Dopo ricovero primo soccorso max 100 km a/r Si Si si
SERVIZI ASSISTENZA DI CENTRALE SALUTE		
- Centrale Salute per supporto copertura - Accesso al Network di Cliniche, case di cura e Professionisti convenzionati. - Conservazione cellule staminali	Si Si Tariffe agevolate	Si Si Tariffe agevolate
CONTRIBUTO ANNUO SINGLE (comprensivo di quota associativa di € 65,00)	€1.485,00	€ 2.165,00
CONTRIBUTO ANNUO NUCLEO (comprensivo di quota associativa di € 65,00)	€ 2.465,00	€ 3.845,00

