

## ALLEGATO B

Per i Quadri sono dovuti € 50,67 mensili così ripartiti:

<i>Descrizione</i>	<i>Contributo mensile</i>	<i>Contributo annuo</i>
<b><i>Gestione ordinaria:</i></b>		
<b>per le prestazioni sanitarie integrative al SSN</b>		
a carico dell'Azienda per ciascun Quadro	€ 7,50	€ 90,00
a carico del Quadro (con trattenuta in busta paga)	€ 1,50	€ 18,00
<b><i>Gestione speciale:</i></b>		
a carico dell'Azienda per ciascun Quadro	€ 40,67	€ 488,04
a carico del Quadro (con trattenuta in busta paga)	€ 1,00	€ 12,00
<b><i>Totale contributi mensili/annuali dovuti all'ENBIC</i></b>	<b>€ 50,67</b>	<b>€ 608,04</b>



# ALLEGATO B

Edizione 2021

SUSSIDIO SANITARIO Ente Bilaterale B - QUADRI 2021

<b>GARANZIE OSPEDALIERE</b>	
Grandi interventi chirurgici (*) - Max Annuo	€ 200.000,00
Ricoveri/Day Hospital/Day Surgery ed Interventi Ambulatoriali - Max Annuo	€ 100.000,00
In Network	al 100%
Out Network	rimborsato all'80% con minimo a carico € 2.000,00 e massimo a carico € 5.000,00 - rimborso all'80% in caso di Intervento Ambulatoriale
ticket SSN	al 100%
Pre ricovero	90 gg
- accertamenti diagnostici e visite specialistiche	Strutture private: rimborso all'80%; ticket SSN: al 100%
Durante il ricovero	
- retta di degenza	in network: al 100% - out network € 250,00 al giorno
- prestazioni del chirurgo, degli assistenti, dell'anestesista, nonché diritti di sala operatoria, materiale di intervento, medicinali ed esami,	sub massimale annuo unico € 1.100 Italia e € 2.000 Estero
- trasporto in ambulanza dell'Associato ad altro luogo di cura	€ 60 al giorno massimo 30 gg/anno
- retta accompagnatore	120 gg
Post ricovero	Strutture private: rimborso all'80%; ticket SSN: al 100%
- esami di laboratorio, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, restazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti	
- assistenza infermeristica a domicilio (post intervento)	€ 50,00 al giorno massimo 30 giorni
- assistenza domiciliare non sanitaria	€ 25,00 al giorno
- trasporto dell'Associato con ambulanza per il rientro al proprio domicilio	sub massimale annuo unico € 1.100 Italia e € 2.000 Estero
Rimpatrio della salma - Max Annuo	€ 1.600,00
<b>Altri Interventi Chirurgici/Eventi Compresi</b>	<b>al 100% (comprese spese pre e post evento)</b>
- Chirurgia refrattiva - sub max annuo	€ 1.000 per occhio
- Parto Naturale - sub max annuo	€ 2.600,00
- Parto Cesareo/Aborto terapeutico - sub max annuo	€ 5.000,00
<b>Indennità Sostitutiva</b>	<b>limite dei 365 giorni dell'anno</b>
<b>Indennità Sostitutiva Ricovero con/senza Intervento Chirurgico-Day Hospital/Surgery: € 100,00/notte - € 50,00/giorno in caso di</b>	
<i>Spese pre e post Ricovero- Day Hospital/Surgery: rimborso spese 90gg pre e 120 gg post, al 100% se ticket SSN e all'80% se in strutture private,</i>	
<b>Indennità Sostitutiva in caso di Grande Intervento Chirurgico: incrementata a € 130,00/notte -</b>	
<i>Spese pre e post Ricovero con grande Intervento Chirurgico: rimborso spese 90gg pre e 120 gg post, al 100% se ticket SSN e all'80% se in</i>	
<b>Neonati - correzione malformazioni congenite - Max Annuo</b>	<b>€ 10.000,00</b>
Condizione della garanzia	nel primo anno di vita del neonato
<b>GARANZIE EXTRAOSPEDALIERE</b>	
<b>Alta Diagnostica e Terapie (**)</b> da elenco - Max Annuo/Nucleo	€ 7.000,00
Condizioni In Network e Out Network	* "In" autorizzata/rimborsata al 100% - "Out" rimborso al 70%
ticket SSN	al 100%
<b>Protesi, Presidi e Ausili Medici Ortopedici e apparecchi acustici - nei limiti del massimale "Alta Diagnostica e Terapie"</b>	<b>sub massimale annuo € 1.100,00</b>
Condizioni di Rimborso	rimborso all'80%
<b>Visite specialistiche, accertamenti diagnostici e di laboratorio - Max Annuo</b>	€ 1.000,00
In Televisita - piattaforma Health Point	al 100%
Condizioni In Network e Out Network	** "In" autorizzata/rimborsata al 100% - "Out" rimborso al 70%
ticket SSN	al 100%
<b>Fisioterapie da infortunio - Sub massimale annuo</b>	<b>€ 500,00 - nei limiti del massimale di € 1.000,00</b>
Condizioni In Network e Out Network	"In" autorizzata/rimborsata all'80% - "Out" rimborso al 70%
ticket SSN	al 100%
<b>Cure Oncologiche (terapie, parrucca, tatuaggio sanitario)</b>	€ 10.000,00
Condizione del rimborso	al 100%
<b>* Cure Dentarie (***) - max annuo</b>	€ 1.200,00
Condizioni In Network e Out Network	come da tabella
ticket SSN	al 100%
<b>Cure Dentarie da infortunio- max annuo</b>	€ 1.500,00
Condizioni In Network	autorizzati/rimborsati al 70%
ticket SSN	al 100%
<b>Lenti e occhiali - Max Annuo</b>	<b>€ 250,00 (con modifica visus)</b>
Condizione del rimborso	rimborso al 70% con minimo a carico € 50,00/ evento

*Handwritten signature*

<b>Fisioterapie seguito gravi Malattie (****) - Max Annuo</b>	€	<b>1.000,00</b>
Condizioni In Network e Out Network	autorizzati/rimborsati al 70% o Ticket al 100%	
Ticket SSN		100%

<b>Pacchetto maternità - Max annuo</b>	€	<b>1.000,00</b>
<i>visite di controllo, ecografie, ecografie, analisi di laboratorio, traslucenza nucale</i>		<i>nel limite del massimale</i>
<i>Rimborso delle spese per Crioconservazione In Network</i>		<i>€ 500,00</i>

**SOSTEGNO FAMIGLIA**

<b>Contributo Economico alla famiglia causa morte da malattia del Titolare</b>	<b>sostegno complessivo pari a € 30.000,00</b>
--	--

<i>di cui</i>	
<b>Contributo economico una tantum</b>	<b>€ 15.000,00</b>
<b>Rimborso utenze, affitto e mutuo ai famigliari del socio deceduto per malattia</b>	<b>nel limite di € 1.250,00 al mese per 12 mesi</b>

**PREVENZIONE**

<b>Prevenzione Odontoiatrica (visita specialistica + ablazione tartaro) - In forma diretta</b>	<b>1 all'anno - al 100% - dal 2° anno 2 l'anno</b>
--	--

<b>1° anno Check Up di prevenzione nel SSN</b>	<b>1° ANNO Rimborso Ticket nel SSN al 100% max € 100 ,00</b>
<b>2° anno Check Up cardiologico/dermatologico a scelta - in forma diretta</b>	<b>2° ANNO un Check Up a scelta e ripetibile ogni 2 anni</b>
<b>4° anno Check Up cardiovascolare/oncologico a scelta - in forma diretta</b>	<b>4° ANNO un Check Up a scelta e ripetibile ogni 4 anni</b>

**ASSISTENZA H24**

**Valida tutto l'anno**

<b>Consulenza Medica Telefonica</b>	<b>3 volte all'anno</b>
24 ore su 24	

<b>Invio di un Medico a domicilio</b>	<b>3 volte all'anno</b>
Durante le ore notturne o nei giorni festivi	

<b>Invio Ambulanza successivamente al ricovero di primo soccorso</b>	<b>3 volte all'anno</b>
--	-------------------------

<i>trasporto dal proprio domicilio o da un ospedale in cui è ricovero presso un altro centro ospedaliero</i>	<i>SI</i>
--	-----------

<i>rientro al proprio domicilio a seguito dimissioni da un centro ospedaliero a condizioni che, a giudizio del medico curante, l'assistito non possa utilizzare altro mezzo</i>	<i>SI</i>
---	-----------

**SERVIZI E ASSISTENZA DI CENTRALE SALUTE**

<b>Accesso al Network di strutture convenzionate con sconti dal 10% al 35%</b>	<b>SI</b>
--	-----------

<b>Centrale Salute per Supporto Copertura</b>	<b>SI</b>
---	-----------

<b>Tariffe agevolate per la conservazione delle cellule staminali</b>	<b>SI</b>
---	-----------

**CONTRIBUTI ANNUI**

<b>Contributo Annuo Sussidio SINGLE (COLLETTIVA)</b>	€	<b>500,00</b>
--	---	---------------

<b>Contributo Annuo Aggiuntivo per Estensione NUCLEO</b>		<b>+ € 615,00</b>
--	--	-------------------

<b>+ Quota Associativa</b>		<b>+ € 25,00</b>
----------------------------	--	------------------