

Prestazioni sanitarie assicurate	Massimali per anno/nucleo
Ricoveri e day hospital con o senza intervento chirurgico, interventi ambulatoriali: Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, per i diritti di sala operatoria ed il materiale di intervento (compresi gli apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento); Assistenza medica ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami post-intervento riguardanti il periodo di ricovero; Rette di degenza; Accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, effettuati anche al di fuori dall'istituto di cura nei 120 giorni precedenti il ricovero; Esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari (incluse le carrozzelle ortopediche), cure termali (escluse le spese alberghiere) effettuate nei 150 giorni successivi al termine del ricovero e rese necessarie dall'intervento chirurgico.	€ 155.000,00 elevati a € 260.000 in caso di Grande Intervento Chirurgico In rete convenzionata: Nessuna franchigia Fuori rete convenzionata: - Ricoveri con/senza intervento chirurgico, parto non cesareo e day hospital con intervento: scoperto 25% minimo € 2.000 rette di degenza max € 300 al giorno - Day hospital senza intervento: scoperto 10% minimo € 750 e massimo € 2.000 - Intervento ambulatoriale: Franchigia € 250
Parto Relativamente ai ricoveri per parto sono previste anche le rette di degenza, gli onorari medici, gli accertamenti diagnostici, le cure, i medicinali e gli esami sostenuti per il neonato.	Sottolimito parto cesareo in caso di NON utilizzo della rete convenzionata € 8.000 annuo/nucleo con rette di degenza max € 300,00 al giorno Franchigie e scoperti come da punto precedente "Ricovero"
Trasporto dell'Assicurato in ambulanza all'istituto di cura e viceversa, nonché per trasporto dell'Assicurato e di un eventuale accompagnatore all'estero e ritorno, in treno o in aereo di linea.	Sottolimito spese trasporto € 1.800,00
Rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore: In caso di ricovero per intervento chirurgico in istituto di cura.	€ 70,00 con un massimo di giorni 30
Rimpatrio della salma In caso di decesso conseguente ad intervento chirurgico avvenuto all'estero, l'assicurazione è estesa al rimborso delle spese per il rimpatrio della salma.	€ 775,00
Indennità sostitutiva Se tutte le spese, esclusi eventuali "tickets" e le spese pre e post ricovero, sono a totale carico dell'Assistenza Sanitaria Sociale, la Società corrisponderà un'indennità.	€ 100 per pernottamento max. 150 giorni € 26 in caso di Day hospital

	Prestazioni sanitarie assicurate	Massimali per anno/nucleo
SPESE EXTRA OSPEDALIERE	Disforia di genere: spese sanitarie sostenute durante il periodo di validità della copertura e in seguito alla sentenza di approvazione emessa dal Tribunale in data successiva alla decorrenza della copertura. Sono comprese le sedute di psicoterapia/psichiatria; le spese per l'endocrinologo e la cura ormonale; il rimborso di farmaci prescritti. In caso di intervento chirurgico per il cambio di sesso, sono compresi: onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'anestesia e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti della sala operatoria, materiale d'intervento, trattamenti fisioterapici e rieducativi conseguenti all'intervento ed effettuati durante il periodo di ricovero; assistenza medica e infermieristica, cure anche omeopatiche, esami e medicinali effettuati durante il periodo di ricovero; rette di degenza; esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati 120 gg. prima e relativi al ricovero nonché esami, visite specialistiche, medicinali prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati nei 120 gg. successivi al ricovero; epilazione definitiva con il sottolimito di € 1.000,00; interventi puramente estetici non previsti dai principali protocolli applicabili con il sottolimito di € 4.000,00	€ 15.000,00 elevato a € 30.000,00 in caso d'intervento chirurgico La retroattività delle spese coperte è pari ad anni due dalla data di sentenza
	Spese di Alta Diagnostica Agopuntura (solo se effettuata da medico), Amniocentesi, Chemioterapia, Cobaltoterapia, Diagnostica radiologica, Dialisi, Doppler, Ecografia, Elettrocardiografia completa, Elettroencefalografia, Endoscopia (tutti gli esami endoscopici / invasivi, comprese Angiografia, Arteriografia, Coronarografia e Cistografia) Laserterapia, MOC, Risonanza magnetica nucleare, Scintigrafia, TAC, Telecuore, Urografia	€ 4.135,00 In rete convenzionata: Franchigia per sinistro € 30 Fuori rete convenzionata: Scoperto per sinistro 25% minimo € 50
	Visite specialistiche ed esami diagnostici e di laboratorio Visite specialistiche effettuate da medico fornito di specializzazione (escluse odontoiatriche e ortodontiche e pediatriche), analisi ed esami diagnostici di laboratorio	€ 1.050,00 In rete convenzionata: Franchigia per sinistro € 30 Fuori rete convenzionata: Scoperto per sinistro 25% minimo € 50
	Acquisto di protesi ortopediche	€ 1.100,00 Franchigia per sinistro € 26
PREVENZIONE	Medicina preventiva: spese relative alle prestazioni qui di seguito elencate: - Condizioni speciali "Donna": mammografia; pap-test; - elettrocardiogramma a riposo e da sforzo; esami del sangue: emocromo con forma leucocitaria, colesterolemia, HDL, trigliceridemia, glicemia e VES. - Condizioni speciali "Uomo": elettrocardiogramma a riposo e da sforzo; esame radiologico del torace; esami del sangue: emocromo con forma leucocitaria, colesterolemia, HDL, trigliceridemia, glicemia e VES.	€ 600,00 a biennio per nucleo In rete convenzionata: Franchigia per sinistro € 30 Fuori rete convenzionata: Scoperto per sinistro 25% minimo € 26

	Prestazioni sanitarie assicurate	Massimali per anno/nucleo
LTC	Garanzia Long Term Care Opera in caso di incapacità del caponucleo a svolgere almeno 4 delle seguenti attività: muoversi nella stanza – alzarsi e mettersi a letto – vestirsi e svestirsi – bere e nutrirsi – mantenere l'igiene personale – svolgere le funzioni fisiologiche.	€ 6.500 Rendita annua immediata, anticipata, rivalutabile per una durata massima di 3 anni – erogata con rateizzazione mensile
NOTE	Limiti di età: 85 anni – Limite di età in ingresso: 80 anni Limiti territoriali: Mondo Intero Nucleo Familiare: Il Medico Veterinario Socio Mutualitas appartenente ad associazione federata ANMVI, i rispettivi coniugi, i figli conviventi, da stato di famiglia, o anche non conviventi purché fiscalmente a carico o se vi è l'obbligo di mantenimento, altri familiari purché risultanti dallo stato di famiglia; il convivente more-uxorio risultante dallo stato di famiglia o da apposita autocertificazione nonché, il convivente more uxorio anche dello stesso sesso, purché risultante dallo stato di famiglia, se disponibile, oppure da certificato di residenza e autocertificazione di convivenza; coniugi legalmente separati o divorziati, purché vi sia l'obbligo di copertura assicurativa (con sentenza del giudice); in tale circostanza non è ammessa la copertura nei confronti della persona convivente.	



I dati riportati rappresentano semplicemente i punti salienti della copertura assicurativa e non costituiscono quindi in alcun modo elemento vincolante ai fini della garanzia per la quale fa testo unicamente la convenzione.

SERVIZI ASSISTENZIALI

MY RETE

Convenzionamento MYRETE

Il convenzionamento MyRete consente il pagamento diretto nel caso in cui **le Cliniche e l'Equipe medica siano entrambe convenzionate** con MyRete.

Il Convenzionamento:

- è operativo nei casi di ricovero con o senza intervento chirurgico, day hospital e parto.
- è esteso alle spese extra-ricovero e medicina preventiva (N.B. - esclusi esami di laboratorio).
- è operativo solo in Italia.

Per l'attivazione del convenzionamento è necessario inoltrare la richiesta accedendo all'area riservata di <https://anmvi.mutualitas.it>. La richiesta deve essere effettuata **almeno 72 ore lavorative prima della data della prestazione** per cui si vuole richiedere il convenzionamento diretto.

Per info contattare il nr. 02.48538254, da lunedì al venerdì nei seguenti orari 09.15-12.00.

VIRTUAL HOSPITAL

VIRTUAL HOSPITAL – BLUE ASSISTANCE

1. Un numero massimo di 8 Televisitespecialistiche tra quelle disponibili sulla piattaforma online, che per facilità riportiamo di seguito:
Allergologia, Ortopedia, Ginecologia, Neuropsichiatria, Chirurgia Generale, Pneumologia, Cardiocirurgia, Otorinolaringoiatria, Medicina Generale, Oftalmologia, Dermatologia, Urologia, Cardiologia, Pediatria, Neurologia
2. Tramite la piattaforma Qurakare la possibilità di fruire di un servizio di raccolta documenti clinica digitale
3. Televisitegeneriche a pagamento h24 7/7, nonché la possibilità di acquistare Televisitespecialistiche nel caso in cui l'Assistito ed il suo nucleo familiare abbiano fruito delle 8 comprese nella presente offerta
4. La possibilità di usufruire di tariffe agevolate:
 - prestazioni mediche rese dal network di centri convenzionati
 - prestazioni odontoiatriche rese dal network di medici dentisti/centri odontoiatrici convenzionati
 - prestazioni fisioterapiche rese dal network di centri medici convenzionati
 - presso il network di ottici facenti parte del circuito Salmoiraghi e Viganò
 - presso il network di medici e pediatri in grado di intervenire a domicilio
 - per Pharmcure, servizio digitale di consegna farmaci

Le seguenti prestazioni sono fornite a seguito di Infortunio o Malattia con un massimo per assicurato di tre volte per ciascun tipo ed anno assicurativo:

A. Invio di un medico generico o di un'ambulanza

Qualora l'Assicurato richieda una visita medica presso la propria residenza nei giorni feriali dalle ore 20 alle ore 8, nei prefestivi dalle ore 14 alle ore 24 e nei festivi 24 ore su 24, la Centrale Operativa, nel caso che i propri medici lo valutino necessario, provvede ad inviare un medico presso la Residenza.

B. Consegna farmaci

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, certificati da prescrizione medica, necessiti di assumere farmaci -la Centrale Operativa per un periodo massimo di 3 settimane successive all'evento, provvede a garantire la consegna di medicinali non salvavita.

C. Second Opinion

Rivolta all'Assicurato affetto da una grave alterazione dello stato di salute per la quale sia già stata formulata una diagnosi o un approccio terapeutico e ritenga opportuno richiedere un approfondimento o una seconda valutazione clinico-diagnostica.

L'Assicurato potrà rivolgersi ai medici della Centrale Operativa di Blue Assistance, i quali forniranno indicazione all'Assicurato su tutta la documentazione che dovrà presentare al suo medico curante e seguito suo giudizio, contatterà i medici della Centrale Operativa, e, di concerto con loro, valuterà necessità ed appropriatezza della richiesta di Second Opinion. Nel caso in cui entrambi i medici ritenessero necessaria la Second Opinion, l'Assicurato disporrà l'invio, a sue spese e cura, di tutta la suddetta documentazione alla Centrale Operativa di Blue Assistance.

D. Segnalazione di un infermiere

Su richiesta dell'Assicurato, la Centrale Operativa provvederà a segnalare i recapiti di personale infermieristico, e/o ad inviare un infermiere presso la sua residenza, sulla base delle proprie disponibilità. Il costo della prestazione infermieristica resterà a carico dell'Assicurato.

EAP

EAP Employee Assistance Program

Servizi di supporto psicologico a distanza:

- Appuntamenti telefonici su richiamo del professionista al proprio numero di telefono
- Conversazioni con esperti su tematiche di benessere tramite chat
- Video consulenze direttamente con un professionista

Per i dettagli sull'utilizzo del servizio, visionare apposita Guida disponibile nell'area riservata.



I dati riportati rappresentano semplicemente i punti salienti della copertura assicurativa e non costituiscono quindi in alcun modo elemento vincolante ai fini della garanzia per la quale fa testo unicamente la convenzione.