

# IMPRENDO

FONDO MUTUALISTICO PER IMPRESE

# PRINCIPALI PRESTAZIONI

IMPRENDO	BASE	MEDIA	PLUS	TOP	EXTRA
<b>GARANZIE OSPEDALIERE</b>					
<b>Grandi interventi chirurgici</b>	€ 150.000	€ 200.000	€ 200.000	€ 300.000	€ 500.000
<b>Ricoveri con/senza intervento</b>	NP	€ 100.000	€ 100.000	€ 150.000	€ 250.000
<i>IN Network</i>	<i>Quota a carico € 700</i>	<i>Quota a carico € 700 (€ 250 ambulatoriali)</i>			
<i>OUT Network</i>	<i>spesa a carico 20%; min. non rimborsabile € 1.500 e max € 8.000 x evento; 20% ambulatoriali</i>				
<b>Retta di degenza</b>	IN network 100%; OUT network €250/g				
<b>Pre e post</b>	90 giorni / 120 giorni				
<b>Retta accompagnatore</b>	massimo € 60 per 30 giorni				
<b>Spese pre e post</b>	90 giorni / 120 giorni				
<i>Ticket SSN</i>	<i>al 100%</i>	<i>al 100%</i>	<i>al 100%</i>	<i>al 100%</i>	<i>al 100%</i>
<b>Altri interventi chirurgici</b>					
<b>Chirurgia refrattiva</b>	NP	€ 1000 per occhio	€ 1.000 per occhio	€ 1000 per occhio	€ 1000 per occhio
<b>Parto Naturale</b>	NP	€ 2.600 /anno	€ 2.600 /anno	€ 2.600 /anno	€ 2.600 /anno
<b>Parto cesareo e aborto terapeutico</b>	NP	€ 7.500/anno	€ 7.500/anno	€ 7.500/anno	€ 7.500/anno
<b>Trasporto Italia / Estero</b>	NP	NP	€ 1.100/€ 2.000	€ 1.100/€ 2.000	€ 1.100/€ 2.000
<b>Rimpatrio della salma</b>	NP	NP	€ 1.600	€ 1.600	€ 1.600
<b>Indennità sostitutiva</b>	€ 100/notte max 150gg anno	€ 100/notte max 150 gg annui - (day hospital 50%)			
<i>Spese pre e post</i>	<i>90 gg / 120 gg; 20% a carico se strutture private - ticket al 100%</i>				
<b>GARANZIE EXTRA OSPEDALIERE</b>					
<b>Alta diagnostica e terapie</b>	€ 5.000 anno	€ 5.000 anno	€ 5.000 anno	€ 5.000 anno	€ 5.000 anno
<i>IN Network</i>	<i>spesa a carico € 30 a prestazione / ciclo di terapia</i>				
<i>OUT Network</i>	<i>spesa a carico 30% per prestazione</i>				
<i>Ticket SSN</i>	<i>al 100%</i>	<i>al 100%</i>	<i>al 100%</i>	<i>al 100%</i>	<i>al 100%</i>
<b>Protesi ortopediche e apparecchi acustici</b>	sub max € 1.100	sub max € 1.100	sub max € 1.100	sub max € 1.100	sub max € 1.100
<b>Visite specialistiche, accertamenti diagnostici e di laboratorio</b>	NP	NP	€ 1.000	€ 1.500	€ 2.500
<i>Ticket SSN</i>	NP	NP	<i>al 100%</i>	<i>al 100%</i>	<i>al 100%</i>
<b>Fisioterapie da infortunio (IN e OUT net)</b>	NP	NP	sub massimale € 500 spesa a carico 30 %		
<b>Cure dentarie (IN e OUT Network)</b>	€ 450/anno	€ 600 /anno	€ 1.200/anno	€ 1.700/anno	€ 2.500/anno
<b>Cure oncologiche</b>	€ 3.000/anno	€ 6.000/anno	€ 6.000/anno	€ 6.000/anno	€ 6.000/anno
<i>condizione di rimborso</i>	<i>al 100%</i>	<i>al 100%</i>	<i>al 100%</i>	<i>al 100%</i>	<i>al 100%</i>
<b>Lenti e occhiali</b>	NP	NP	NP	€ 400 / anno	€ 600 / anno
<i>condizione di rimborso</i>	<i>spese a carico 30% min. € 50/evento</i>				
<b>Cure dentarie da Infortunio (IN e OUT Network)</b>	NP	€ 1.500/anno	€ 1.500/anno	€ 1.500/anno	€ 1.500/anno
<i>condizione di rimborso</i>	<i>spese a carico 30% min. € 50/evento</i>				
<b>Fisioterapia per gravi malattie</b>	NP	€ 800 /anno	€ 1.000 /anno	€ 1.200 /anno	€ 1.500/anno
<i>IN e OUT Network</i>	<i>spesa a carico 30%</i>				
<i>Ticket SSN</i>	NP	<i>al 100%</i>	<i>al 100%</i>	<i>al 100%</i>	<i>al 100%</i>

<b>IMPRENDO</b>	<b>BASE</b>	<b>MEDIA</b>	<b>PLUS</b>	<b>TOP</b>	<b>EXTRA</b>
<b>PACCHETTO MATERNITÀ</b>				€ 400	€ 500
Visite di controllo, ecografie, monitoraggio dello sviluppo del feto, analisi di laboratorio, translucenza nucale	NP	NP	NP	SI nel limite del massimale	
<b>AREA PREVENZIONE</b>					
Check up cardiologico condizioni della garanzia	NP	NP	NP	NP	1 ogni 2 anni in network in forma diretta e al 100% al caponucleo
<b>AREA SOSTEGNO</b>					
Non Autosufficienza LTC Rimborso spese per stato di non autosufficienza	€ 250 mensili max 24 mesi (al socio titolare)			€ 500 mensili max 24 mesi (al socio titolare)	
<b>ASSISTENZA H24</b>					
Consulenza Medica Telefonica	3 volte l'anno	3 volte l'anno	3 volte l'anno	3 volte l'anno	3 volte l'anno
Invio di un medico a domicilio durante le ore notturne o festivi	3 volte l'anno	3 volte l'anno	3 volte l'anno	3 volte l'anno	3 volte l'anno
Invio ambulanza (post ricovero di primo soccorso)	3 volte l'anno	3 volte l'anno	3 volte l'anno	3 volte l'anno	3 volte l'anno

**NB:**  
Per il dettaglio completo delle prestazioni si rimanda alle specifiche tecniche contenute in ciascun Regolamento.

<b>IMPORTO CONTRIBUTO</b>	<b>BASE</b>	<b>MEDIA</b>	<b>PLUS</b>	<b>TOP</b>	<b>EXTRA</b>
<b>Single</b>	€ 220	€ 485	€ 644	€ 953	€ 1.273
<b>Aggiuntivo estensione nucleo stato di famiglia</b>	€ 396	€ 850	€ 1.110	€ 1.460	€ 1.860
<b>Single + nucleo a carico</b>	€ 409	€ 885	€ 1.144	€ 1.433	€ 1.933
<b>Contributo aggiuntivo per ciascun familiare non a carico</b>	€ 207	€ 480	€ 610	€ 850	€ 1.010
<b>Single + stato di famiglia</b>	€ 525	€ 1.145	€ 1.414	€ 1.933	€ 2.453



Via di Santa Cornelia, 5  
00060 Formello (RM)  
[www.cassamba.org](http://www.cassamba.org)