

<b>MODULO 1 RICOVERO</b>	<b>MICRO PIANO 1</b>	<b>MICRO PIANO 2</b>	<b>MICRO PIANO 3</b>
<b>Limite massimo/persona/anno Può prevedere una franchigia da 0 USD a 5000 USD</b>	<b>1.000 USD</b>	<b>2.000 USD</b>	<b>5.000 USD</b>
Vitto e alloggio in camera semi-privata o privata al giorno	20 USD (massimo 180 giorni)	40 USD (massimo 180 giorni)	80 USD (massimo 180 giorni)
Terapia intensiva o altra specialità	50 USD	60 USD	100 USD
Spese di ricovero	300 USD	500 USD	1.000 USD
Chirurgia	500 USD	1.000 USD	1.500 USD
Anestesista	Incluso nel ricovero ospedaliero	Incluso nel ricovero ospedaliero	Incluso nel ricovero ospedaliero
Visita del ricoverato da parte del medico	Incluso nel ricovero ospedaliero	Incluso nel ricovero ospedaliero	Incluso nel ricovero ospedaliero
Letto per l'accompagnatore per bambino ricoverato di età	Copertura completa	Copertura completa	Copertura completa
Assistenza ambulatoriale d'emergenza (solo infortuni)	90 USD	100 USD	130 USD
Ambulanza di emergenza via terra LIMITATA A UN VIAGGIO VERSO L'OSPEDALE PIÙ VICINO	80 USD	100 USD	150 USD
Servizi di assistenza sanitaria domiciliare L'assistenza deve iniziare al momento della dimissione dall'ospedale e deve essere accompagnata da prescrizione del medico curante fino a 30 giorni	100% fino a 200 USD/anno	100% fino a 250 USD/anno	100% fino a 300 USD/anno
Oncologia ospedaliera e ambulatoriale	800 USD	900 USD	1.000 USD
Prestazioni per il trapianto di organi	Incluso nel ricovero ospedaliero	Incluso nel ricovero ospedaliero	Incluso nel ricovero ospedaliero
HIV	100 USD	150 USD	200 USD
Dialisi renale	300 USD	500 USD	1.000 USD
Estensione della copertura a livello mondiale in caso di infortunio o malattia accidentale durante un viaggio di 6 settimane al massimo	100% fino a 70 USD/anno	100% fino a 80 USD/anno	100% fino a 90 USD/anno
Estensione della copertura nel paese di nascita o di origine	COPERTO	COPERTO	COPERTO
Condizione preesistente	CONSIDERATA	CONSIDERATA	CONSIDERATA
Periodo di attesa	Covid 14 giorni	Covid 14 giorni	Covid 14 giorni

<b>MODULO 2 PRESTAZIONI AMBULATORIA</b>	<b>MICRO PIANO 1</b>	<b>MICRO PIANO 2</b>	<b>MICRO PIANO 3</b>
<b>Limite massimo/persona/anno</b>	<b>400 USD</b>	<b>500 USD</b>	<b>1.000 USD</b>
Prestazione ambulatoriale per visita	40 USD/visita	50 USD/visita	70 USD/visita
Fisioterapista, chiropratico, osteopata, omeopata e agopunturista (previo consenso)	15 USD/visita e 400 USD/anno	20 USD/visita e 400 USD/anno	25 USD/visita e 400 USD/anno
Check up	NON COPERTO	NON COPERTO	NON COPERTO
<b>MODULO 3 OPZIONALE ASSISTENZA</b>	<b>MICRO PIANO 1</b>	<b>MICRO PIANO 2</b>	<b>MICRO PIANO 3</b>
<b>Limite massimo/persona/anno</b>	<b>40 USD/anno</b>	<b>60 USD/anno</b>	<b>100 USD/anno</b>
Solo cure dentistiche	20 USD/visita	30 USD/visita	60 USD/visita
Periodo di attesa	10 mesi	10 mesi	10 mesi
<b>OTTICO</b>	<b>MICRO PIANO 1</b>	<b>MICRO PIANO 2</b>	<b>MICRO PIANO 3</b>
<b>Limite massimo/persona/anno</b>	<b>30 USD/anno</b>	<b>50 USD/anno</b>	<b>100 USD/anno</b>
Lenti per occhiali, montature e lenti a contatto prescritte,	20 USD/visita	30 USD/visita	50 USD/visita
Cataratta e degenerazione maculare (ricovero o prestazione ambulatoriale)	NON COPERTO	NON COPERTO	NON COPERTO
Periodo di attesa	10 mesi	10 mesi	10 mesi