

TARIFFARIO RIMBORSI e PRESTAZIONI INTEGRATIVE

(edizione 2026)

SPESA/PRESTAZIONE	%	MASSIMALE
CONTRIBUTO NATALITÀ	CON OBBLIGO DI ISCRIZIONE ALLA M.I.I. del nascituro entro sei mesi dalla nascita	€. 100
LATTE ARTIFICIALE	Prescritto dal Pediatra, solo per i primi 6 mesi di vita, con obbligo di iscrizione alla M.I.I. dalla nascita	40,00% MAX €. 300
BABY SITTER E ASILO NIDO	Per figlio socio fino a tre anni	10,00% MAX €. 600
PICCOLI INTERVENTI AMBULATORIALI	Interventi in day hospital	40,00% MAX €. 500
AMBULANZA	Per il trasporto al più vicino Ospedale: per ogni trasporto	40,00% MAX €. 200
CURE TERMALI e IDROPINICHE	n. 1 ciclo all'anno con esclusione delle spese alberghiere	40,00% MAX €. 500
ASSISTENZA DOMICILIARE STRUTTURA ASSISTENZIALE	Contributo spese badante e contributo per l'utilizzo della struttura assistenziale per socio	10,00% MAX €. 1200
CURE ORTODONTICHE - Minori	Fino all'età di 14 anni	40,00% MAX €. 500
CURE ORTODONTICHE - Adulti		40,00% MAX €. 500
CURE DENTARIE	Per socio e per coniuge e figli a carico (massimale unico su 2 anni)	40,00% MAX €. 1.200
CURE DENTARIE	Per coniuge e figli non a carico (massimale su 2 anni)	40,00% MAX €. 1.200
CURA ALIMENTAZIONE	Dieta prescritta da dietologo	40,00% MAX €. 300
CURE FISICHE E TERAPEUTICHE	<i>Manipolazione vertebrali, massoterapia, magnetoterapia, trazioni, meccanoterapia, elettrostimolazioni, riabilitazione, ginnastica correttiva</i>	40,00% MAX €. 500
ORTOFONIA	<i>Apparecchi acustici - protesi (ogni 3 anni)</i>	40,00% MAX €. 500
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	<i>Fasce, calze, plantari, gusci, busti, gorgere, cinti, ecc.</i>	40,00% MAX €. 400
PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	<i>Dialisi, doppler, ecografia, E.C.G. Scintigrafia, TAC d. radiologica, chemioterapia, cobaltoterapia, laserterapia, ecc.</i>	40,00% MAX €. 500
PSICOTERAPIA ANALITICA	Compresa la prima visita	40,00% MAX €. 500
MEDICINALI E OMEOPATICI		40,00% MAX €. 300
VISITE GENERICHE E SPECIALISTICHE	(pediatriche fino a 14 anni)	40,00% MAX €. 300
ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	<i>Analisi</i>	40,00% MAX €. 300
TERAPIE EFFETTUATE DA MEDICO	<i>Sclerosanti, desensibilizzazioni, infiltrazioni, vaccinazioni, flebo terapia, agopuntura, ecc.</i>	40,00% MAX €. 500
PRESTAZIONI INFERMIERISTICHE	<i>Iniezioni, medicazioni, ecc.</i>	40,00% MAX €. 300
OCCHIALI da vista lenti montatura	(massimali su 2 anni)	40,00% MAX €. 200 40,00% MAX €. 200
LENTI a CONTATTO		40,00% MAX €. 200

L'importo del rimborso non potrà superare il totale della spesa sostenuta dal Socio tenuto conto di eventuali riconoscimenti da società di assicurazione e in questo caso la percentuale di liquidazione potrà variare rispetto a quelle sopra esposte.

Tetto MASSIMO di RIMBORSO ANNUO per Iscritto/Socio, oppure Familiare "Aggregato", regolarmente iscritto, nel periodo che va dal 1° Gennaio al 31 Dicembre corrispondente al periodo di esercizio sociale previsto dallo STATUTO.
Per le cure dentarie il massimale è per nucleo familiare escluso il coniuge ed il figlio non a carico