



ISOKINETIC

Sport Rehabilitation Network

Isokinetic Milano srl

Via Vivaio 22-20122 Milano

Via Morimondo 26-20143 Milano

Tel.02.76009310 fax 02.76009152

P.IVA 11133520152

e-mail: milano@isokinetic.com

web site: www.isokinetic.com - www.traumisportivi.it

CONVENZIONE PER L'ASSISTENZA SANITARIA, MEDICA E FISIOTERAPICA

Con la presente convenzione, la società Isokinetic Milano S.r.l, nella persona del Direttore Dr. Pierfrancesco Perini s'impegna a garantire tutti i servizi di seguito indicati agli atleti della società sportiva _____, che a sua volta, per nome del suo Presidente Sig. _____ (in qualità di legale rappresentante) ne accetta il contenuto alle seguenti condizioni:

1. Livelli di convenzione

Livello A

Comprende tutti i tesserati, siano essi atleti, tecnici o dirigenti.

A tali soggetti viene garantito, in esclusiva, un accesso a tutti servizi riabilitativi con uno sconto pari al 30 % sul listino in vigore mentre la visita medica iniziale avrà un costo di € 100,00.

Livello B

Comprende i familiari di tutti i tesserati. A questi ultimi viene offerto un trattamento privilegiato che prevede l'accesso a tutti i servizi Isokinetic, trattamenti e visite, con uno sconto su prezzo di listino pari al 15 %.

2. Erogazione delle prestazioni

Le prestazioni in regime di convenzione saranno erogate solo e esclusivamente agli atleti che esibiranno un documento che attesti la appartenenza alla società convenzionata (allegato 3).

3. Pagamento delle prestazioni:

Il pagamento delle prestazioni (livello di convenzione B e C) sarà a carico dei soggetti che usufruiranno delle stesse e sarà effettuato tramite rimessa diretta a vista della regolare fattura.

4. Esclusioni dalla convenzione

- **Prestazioni post infortunio che preveda l'intervento chirurgico**

Nel caso si dovesse instaurare l'esigenza di usufruire di servizi sanitari in seguito ad un intervento chirurgico, sarà riservato un preventivo agevolato sulla spesa complessiva, tenendo in considerazione le esigenze specifiche dell'atleta convenzionato.

- **Soggetti coperti da polizza personale o fondo sanitario**

I tesserati o parenti di tesserati, coperti da una propria polizza infortuni o da un fondo sanitario non hanno diritto allo sconto.

- **Materiale sanitario**

Non rientrano nella presente i materiali sanitari quali ortesi, protesi ginocchiere ecc.

5. Prestazioni erogate

Prestazioni Mediche:

Visita medica specialistica, Terapia onda d'urto, Test isocinetico, Test di soglia, Manipolazione chiropratica.

Prestazioni Fisioterapiche:

Fisiokinesiterapia, Idrokinesiterapia, Rieducazione sul campo sportivo, Laserterapia, Ipertermia, Ultrasuoni, Bendaggio funzionale, Massaggio, Elettrostimolazione, TENS.

Listino in vigore al 01/01/2014

Prestazioni Mediche

Visite mediche specialistiche	180,00
Visita medica di controllo	90,00
Visita nutrizionale	180,00
Terapia ad onda d'urto	155,00
Test isocinetico	150,00
Test isocinetico di controllo	90,00
Test di soglia	150,00
Test di soglia di controllo	90,00
Manipolazione chiropratica	90,00
Artrocentesi (infiltrazione)	60,00

Prestazioni Fisioterapiche

Fisiokinesiterapia	90,00
Idrokinesiterapia	90,00
Rieducazione sul campo	90,00
Laserterapia	32,00
Ipertermia	40,00
Ultrasuoni	30,00
Bendaggio funzionale	50,00
Elettrostimolazione	30,00
Massaggio	50,00

I prezzi potranno subire, nel corso della durata della convenzione, modifiche che saranno comunicate da Isokinetic tempestivamente alla Società Sportiva, che accetta sin d'ora dette eventuali modifiche.

La durata della presente convenzione viene irrevocabilmente stabilita a tempo determinato, dalla data odierna fino al, Non è ammessa nessuna proroga; pertanto, questo accordo cesserà di avere efficacia alla data del non potrà essere rinnovato e le parti, se lo riterranno opportuno, dovranno stipulare un nuovo accordo scritto .

Milano, lì _____

Società Sportiva
(timbro ragione società)

.....

Isokinetic Milano S.r.l.

.....

DATI ANAGRAFICI SOCIETÀ

Denominazione società _____

Via _____ N° _____

C.A.P. _____

Località _____ Prov. (____)

Partita I.V.A. _____

C.F. _____

e-mail _____

sito web _____

Medico Sociale: Dott. _____

Tel. _____

Referente convenzione: _____

Tel. _____

e-mail: _____

MODULO DI PRESENTAZIONE TESSERATO O FAMILIARE DI TESSERATO

Società: _____

Si attesta che il sig.: _____

- É un nostro tesserato (livello **A**)
- É parente di un nostro tesserato (livello **B**)

Timbro e firma Società