

PIANI SANITARI DI WELFARE COLLETTIVO

PIANO BASE 1

DESTINATARI	COOPERATIVE DI SOCI INTERESSATI A PROMUOVERE NELLA PROPRIA BASE SOCIALE L'ADESIONE COLLETTIVA AD UNA COPERTURA SANITARIA INTEGRATIVA	
CONTRIBUTO DI ISCRIZIONE	ANNUO PER CIASCUN SOCIO	A PARTIRE DA € 50
CONTRIBUTO PER ESTENSIONE VOLONTARIA DELLA COPERTURA A CIASCUN COMPONENTE DEL NUCLEO FAMILIARE	CONIUGE E FIGLI CON 26 ANNI COMPIUTI	A PARTIRE DA € 50
	FIGLI CON MENO DI 26 ANNI	60% DEL CONTRIBUTO

SOMMARIO PRESTAZIONI E ALLEGATI

A. AREA SPECIALISTICA:.....	2
1. Prestazioni di Alta Specializzazione diagnostica e strumentale;	2
2. Visite specialistiche;.....	2
3. Ticket per Accertamenti Diagnostici e Pronto Soccorso;.....	3
4. Gravidanza;.....	3
B. PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE:.....	4
5. Assistenza infermieristica e sociosanitaria tramite la rete di Cooperative Sociali e Sanitarie di Confcooperative;.....	4
C. ASSISTENZA ODONTOIATRICA:.....	4
6. Prevenzione	4
7. Impianti Osteointegrati;.....	4
8. Cure Odontoiatriche da Infortunio;	4
D. ACCESSO A TARIFFARI AGEVOLATI:	5
9. Il Dentista di Cooperazione Salute: accesso al tariffario convenzionato del Network Odontoiatrico di Cooperazione Salute ;.....	5
10. Accesso al tariffario convenzionato del Network Sanitario di Cooperazione Salute	5
ELENCO PRESTAZIONI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE DIAGNOSTICA E STRUMENTALE	6
FORME DI ASSISTENZA E MODALITA' DI FRUIZIONE DEI RIMBORSI.....	8
a. Definizioni	8
b. Assistenza via mail o fax.....	8
c. Assistenza via web	9
d. Assistenza tramite AppCard.....	9
ESTENSIONE DELLA COPERTURA AL NUCLEO FAMILIARE CONVIVENTE	10
ESTRATTO DELLE NORME DI ATTUAZIONE DEI PIANI DI WELFARE COLLETTIVO	10
CONTATTI DI COOPERAZIONE SALUTE	12

A. AREA SPECIALISTICA:

1. Prestazioni di Alta Specializzazione diagnostica e strumentale;

Il Piano sanitario prevede il rimborso delle spese per le prestazioni di alta specializzazione eseguite indipendentemente dal ricovero, in presenza di prescrizione del medico curante (MMG) indicante la patologia accertata o presunta per la quale la prestazione viene richiesta.

Assistenza in Forma Diretta

- Nel caso di utilizzo di **strutture/medici convenzionati** con il **Network Sanitario di Cooperazione Salute**: le spese per le prestazioni vengono liquidate direttamente alle strutture, lasciando una quota a carico dell'Iscritto di € **45,00** per ogni accertamento diagnostico, che dovrà essere versata dall'Iscritto direttamente alla struttura convenzionata.

Assistenza in Forma Indiretta

- Nel caso di utilizzo di **strutture private** (le strutture convenzionate presentano tariffari agevolati): le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del **70%** con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di € **60,00** per ogni accertamento diagnostico.
- Nel caso di utilizzo di strutture del **Servizio Sanitario Nazionale**: sono rimborsati i ticket sanitari con franchigia di € **15,00** per ciascun ticket.

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 4.000,00 per Iscritto.

I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata nella richiesta del medico curante (MMG), pena il diniego di rimborso o dell'attivazione della forma diretta. Per aver accesso ai tariffari agevolati è necessario identificarsi presso la struttura o medici convenzionati presentando la comunicazione di iscrizione a Cooperazione Salute in collaborazione con Blue Assistance.

Esempio Assistenza in Forma Indiretta:

Esempio A: un iscritto effettua una Risonanza Magnetica presso una struttura privata (struttura convenzionata, non convenzionata o di libera professione) e spende € 170,00. Cooperazione Salute rimborserà € 110,00, ovvero il totale fattura, al netto del minimo non indennizzabile di € 60,00. Ciò vale per tutte le richieste rimborso pari o inferiori a € 200,00, ovvero nei casi in cui il minimo non indennizzabile di €60,00 sia maggiore od uguale al 30% del valore della fattura.

Esempio B: un iscritto effettua una Risonanza Magnetica presso una struttura privata (struttura convenzionata, non convenzionata o di libera professione) e spende € 250,00. Cooperazione Salute rimborserà € 175,00, ovvero il totale fattura meno il 30% della stessa. Ciò vale per tutte le richieste rimborso superiori a € 200,00, ovvero nei casi in cui il 30% del valore della fattura sia superiore al minimo non indennizzabile di € 60,00.

Esempio C: un iscritto effettua una Risonanza Magnetica in regime pubblico (pagando dunque il Ticket) e spende € 46,15. Cooperazione Salute rimborserà € 31,15, ovvero il totale fattura al netto della franchigia di € 15,00.

Presso le strutture/medici convenzionati è possibile accedere a tariffari agevolati. Per aver accesso ai tariffari agevolati è necessario identificarsi presso le strutture/medici convenzionati presentando il voucher de "Il Dentista e il Medico di Cooperazione Salute".

2. Visite specialistiche;

Il Piano sanitario prevede il rimborso delle spese per le visite specialistiche, in presenza di prescrizione del medico curante (MMG) indicante la patologia presunta o accertata per la quale la visita viene richiesta

Assistenza in Forma Diretta

- Nel caso di utilizzo di **strutture convenzionate/medici** con il **Network Sanitario di Cooperazione Salute**: le spese per le prestazioni vengono liquidate direttamente alle strutture, lasciando una quota a

carico dell'Isritto di € 45,00 per ogni accertamento diagnostico, che dovrà essere versata dall'Isritto direttamente alla struttura convenzionata.

Assistenza in Forma Indiretta

- Nel caso di utilizzo di **strutture private (le strutture convenzionate presentano tariffari agevolati)**: le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del **70%** con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di € 60,00 per ogni visita specialistica.
- Nel caso di utilizzo di strutture del **Servizio Sanitario Nazionale**: rimborso dei ticket sanitari con franchigia di € 15,00 per ciascun ticket.

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 500,00 per Isritto.

I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata nella richiesta del medico curante (MMG), pena il diniego di rimborso o della assistenza diretta. Per aver accesso ai tariffari agevolati è necessario identificarsi presso la struttura o medici convenzionati presentando la comunicazione di iscrizione a Cooperazione Salute in collaborazione con Blue Assistance.

Esempio Assistenza in Forma Indiretta:

Esempio A: Un iscritto effettua una Visita Ortopedica presso una struttura privata (struttura convenzionata, non convenzionata o di libera professione) e spende € 170,00. Cooperazione Salute rimborserà € 110,00, ovvero il totale fattura al netto del minimo non indennizzabile di € 60,00. Ciò vale per tutte le richieste rimborso pari o inferiori a € 200,00, ovvero nei casi in cui il minimo non indicizzabile di € 60,00 sia maggiore od uguale al 30% del valore della fattura.

Esempio B: Un iscritto effettua una Visita Ortopedica presso una struttura privata (struttura convenzionata, non convenzionata o libera professione) e spende € 250,00. Cooperazione Salute rimborserà € 175,00, ovvero il totale fattura meno il 30% della stessa. Ciò vale per tutte le richieste rimborso superiori a € 200,00, ovvero nei casi in cui il 30% del valore della fattura sia superiore al minimo non indicizzabile di € 60,00.

Esempio C: Un iscritto effettua una Visita Ortopedica in regime pubblico (pagando dunque il Ticket) e spende € 46,15. Cooperazione Salute rimborserà € 31,15, ovvero il totale fattura al netto della franchigia di € 15,00.

Presso le strutture/medici convenzionati è possibile accedere a tariffari agevolati. Per aver accesso ai tariffari agevolati è necessario identificarsi presso le strutture/medici convenzionati presentando la comunicazione di iscrizione a Cooperazione Salute.

3. Ticket per Accertamenti Diagnostici e Pronto Soccorso;

Rimborso dei ticket sanitari per accertamenti diagnostici – diversi da quelli previsti al punto 4 - conseguenti a malattia o a infortunio effettuati nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale e dei ticket di Pronto Soccorso relativi alle casistiche di maggiore complessità e quindi esclusi i codici bianchi, con applicazione di franchigia di € 15,00 per ciascun ticket.

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 500,00 per Isritto.

4. Gravidanza;

Rimborso delle spese sostenute in forma diretta o indiretta, per esami di laboratorio ed accertamenti diagnostici quali ecografie, amniocopia, amniocentesi e villocentesi, visite specialistiche di controllo sull'andamento della gravidanza, dietro presentazione di certificato medico che attesta lo stato di gravidanza.

Assistenza in Forma Diretta

- Nel caso di utilizzo di **strutture convenzionate/medici** con il **Network Sanitario di Cooperazione Salute**: le spese per le prestazioni vengono liquidate direttamente alle strutture, lasciando una quota a carico dell'Isritto di € 45,00 per ogni accertamento diagnostico, che dovrà essere versata dall'Isritto direttamente alla struttura convenzionata.

Assistenza in Forma Indiretta

- Nel caso di utilizzo di **strutture private (le strutture convenzionate presentano tariffari agevolati)**: le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del **70%** con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 60,00** per ogni visita specialistica.
- Nel caso di utilizzo di strutture del **Servizio Sanitario Nazionale**: rimborso integrale dei ticket sanitari.

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 500,00 per Iscritta.

I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata nella richiesta del medico curante (MMG), pena il diniego di rimborso o della assistenza diretta. Per aver accesso ai tariffari agevolati è necessario identificarsi presso la struttura o medici convenzionati presentando la comunicazione di iscrizione a Cooperazione Salute in collaborazione con Blue Assistance.

B. PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE:

5. Assistenza infermieristica e sociosanitaria tramite la rete di Cooperative Sociali e Sanitarie di Confcooperative;

Interventi sanitari a domicilio per terapia medica e/o specialistica, infermieristica, mobilizzazioni, prelievi, rilievi dei parametri biologici, fisioterapia e riabilitazione a seguito di ricovero con degenza ospedaliera notturna si rimborsa il 50% delle spese sostenute.

La disponibilità annua per la presente garanzia è di euro 1.000,00 nell'anno solare.

C. ASSISTENZA ODONTOIATRICA:

6. Prevenzione

Una volta all'anno, viene riconosciuto il rimborso della spesa per una seduta di ablazione semplice del tartaro del valore di **€ 35,00** sostenuta presso una struttura/dentista del Network Odontoiatrico Convenzionato di Cooperazione Salute.

7. Impianti Osteointegrati;

Viene riconosciuto un sussidio fino ad un massimo di **€ 200,00** a impianto e per un importo massimo di **€ 600,00** all'anno dietro presentazione documentazione di spesa e della fornitura odontoiatrica. Per ottenere il rimborso, le prestazioni dovranno essere effettuate presso una struttura/dentista del Network Odontoiatrico Convenzionato di Cooperazione Salute.

8. Cure Odontoiatriche da Infortunio;

In caso di infortunio certificato dal Pronto Soccorso Pubblico, viene riconosciuto un rimborso fino a **€ 1.500,00** all'anno per iscritto, fino ad un massimo del 50% della fattura del dentista convenzionato, fatta salva la rivalsa per responsabilità di terzi. La prestazione dovrà essere effettuata entro 6 mesi dalla data dell'infortunio.

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 600,00 per Iscritto.

Per i punti 6, 7, 8, saranno prese in considerazione solo fatture fiscali emesse da medici Odontoiatri convenzionati e regolarmente iscritti negli Albi dei Medici Chirurghi e Odontoiatri che operano presso strutture del Network Odontoiatrico Convenzionato di Cooperazione Salute.

Per ottenere il rimborso di cui ai punti 7, 8 è necessario produrre copia della fattura del dentista da cui si rilevi il dettaglio analitico delle prestazioni eseguite e dei denti su cui è intervenuto, le ortopantomografie e la documentazione radiografica pre e post prestazione a cui allegare copia del voucher di autorizzazione all'accesso al tariffario de "Il Dentista di Cooperazione Salute". Il rimborso non può essere riconosciuto per lo stesso dente per non più di una volta ogni 5 anni. Nell'ipotesi di rigetto non è ammesso nuovamente il rimborso per un nuovo impianto sullo stesso dente. Non potranno essere prese in esame fatture per prestazioni odontoiatriche iniziate ed eseguite prima della decorrenza della copertura.

D. ACCESSO A TARIFFARI AGEVOLATI:

9. Il Dentista di Cooperazione Salute: accesso al tariffario convenzionato del Network Odontoiatrico di Cooperazione Salute ;

Il servizio permette all'iscritto di accedere al Network Odontoiatrico convenzionato di Cooperazione Salute in collaborazione con Blue Assistance e di ottenere le visite/cure odontoiatriche con applicazione di un nomenclatore tariffario unico in tutta Italia con un costo fino al 70% inferiore rispetto al mercato. Il Network Odontoiatrico è composto da circa 1.000 strutture convenzionate presenti in tutta Italia.

L'accesso alla rete sarà possibile per l'Iscritto senza un limite massimo di accessi.

10. Accesso al tariffario convenzionato del Network Sanitario di Cooperazione Salute

Possibilità per l'Iscritto di accedere ai tariffari agevolati presso le strutture sanitarie convenzionate con il Network Sanitario di Cooperazione Salute in collaborazione con Blue Assistance. Per aver accesso ai tariffari agevolati è necessario identificarsi presso la struttura o medici convenzionati presentando la comunicazione di iscrizione a Cooperazione Salute in collaborazione con Blue Assistance.

L'accesso alla rete sarà possibile per l'Iscritto senza un limite massimo di accessi.

ELENCO PRESTAZIONI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE DIAGNOSTICA E STRUMENTALE

RADIOLOGIA CONVENZIONALE (SENZA CONTRASTO)

Rx mammografia e/o bilaterale
Rx di organo apparato
Rx esofago ed RX esofago esame diretto
Rx tenue seriato
Rx tubo digerente e prime vie/seconde vie
Stratigrafia (di organi e apparati)

RADIOLOGIA CONVENZIONALE (CON CONTRASTO)

Angiografia (compresi gli esami radiologici apparato circolatorio)
Artrografia
Broncografia
Cisternografia
Cavernosografia
Cistografia/doppio contrasto
Cisturografia menzionale
Clisma opaco e/a doppio contrasto
Colangiografia percutanea
Colangiopancreatografia retrograda
Colecistografia
Colonscopia
Colpografia
Coronarografia
Dacriocistografia
Defecografia
Discografia
Esami radiologici apparato circolatorio
Esame urodinamico
Fistolografia
Flebografia
Fluorangiografia
Galattografia
Gastrosopia
Isterosalpingografia
Linfografia
Mielografia
Pneumoencefalografia
Retinografia
Rx esofogo con contrasto opaco/doppio contrasto
Rx piccolo intestino/stomaco con doppio contrasto
Rx stomaco con doppio contrasto
Rx tenue a doppio contrasto con studio selettivo
Rx tubo digerente completo compreso esofago con contrasto
Scialografia con contrasto
Splenoportografia
Uretrocistografia
Ureterosopia
Urografia
Vesciculodeferentografia
Wirsungrafia

ALTA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI (ECOGRAFIA)

Ecografia

ECOCOLORDOPPLERGRAFIA

Ecodoppler cardiaco compreso color
Ecocolor Doppler aorta addominale
Ecocolor Doppler arti inferiore e superiori
Ecocolor Doppler tronchi sovraortici

TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC)

Angio tc
Angio tc distretti eso o endocranici
Tc spirale multistrato (64 strati)
Tc con e senza mezzo di contrasto

RISONANZA MAGNETICA (RM)

Cine RM cuore
Angio RM con contrasto
RMN con e senza mezzo di contrasto

PET

Tomografia ad emissione di positroni (pet) per organo distretto apparato
Scintigrafia (medicina nucleare in vivo)
Tomo scintigrafia SPET miocardica
Miocardioscintigrafia
Scintigrafia qualunque organo/apparato
Scintigrafia totale corporea con cellule autologhe marcate

DIAGNOSTICA STRUMENTALE

Elettromiografia
Elettrocardiogramma (ECG) dinamico con dispositivi analogici (holter)
Elettroencefalogramma (EEG) con privazione del sonno
Elettroencefalogramma (EEG) dinamico 24 ore
Elettroretinogramma
Monitoraggio continuo (24 ore) della pressione arteriosa
Phmetria esofagea e gastrica
Potenziali evocati
Spirometria
Tomografia mappa strumentale della cornea

ALTRE PRESTAZIONI SANITARIE DIAGNOSTICHE (BIOPSIE)

Mapping vescicale

ENDOSCOPIE DIAGNOSTICHE

Colecistopancreatografia retrograda per via endoscopica diagnostica (C.P.R.E.)
Cistosopia diagnostica
Esofagogastroduodenoscopia
Rettosigmoidoscopia diagnostica
Tracheobroncoscopia diagnostica

ESTENSIONE TERRITORIALE

La copertura vale in tutto il mondo

ESCLUSIONI

- I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata nella richiesta del medico curante (MMG), pena il diniego del rimborso o dell'attivazione della forma diretta.
- **Non sono in copertura le seguenti visite specialistiche:** visite odontoiatriche ed ortodontiche (escluso quanto previsto ai punti 7 e 8), visite omeopatiche, visite psichiatriche e psicologiche, visite dietologiche, visite chiropratiche nonché tutte quelle non previste dalla medicina ufficiale.
- **Non sono in copertura le seguenti spese:** relative a cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici; relative a cura di disintossicazioni conseguenti all'abuso di alcolici od uso di allucinogeni nonché all'uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti; relative a malattie infettive, quando assumano carattere epidemico o pandemico; derivanti da sport pericolosi; conseguenza di azioni delittuose compiute dolosamente dall'iscritto, intendendosi invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche grave dell'iscritto stesso; relative a cure e interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla iscrizione alla copertura; relative ad applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio); relative a malattie professionali così definite dal d.p.r. 30 giugno 1965, n. 1124 e successive modifiche; relative a conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti; relative a conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed altre calamità naturali.

GLOSSARIO

Ricoveri: per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento; solo intervento di Pronto soccorso o in day-hospital non costituisce ricovero.

Assistenza Forma Diretta: modalità di erogazione delle prestazioni dove Cooperazione Salute paga direttamente alla struttura sanitaria e ai medici chirurghi convenzionati – senza anticipo di spesa da parte dell'iscritto – il costo delle prestazioni indennizzabili a termini di piano sanitario al netto della quota prevista nel piano che rimane a carico dell'iscritto (assistenza fornita in collaborazione con Blue Assistance).

Assistenza Forma Indiretta: l'Assistenza in Forma Indiretta prevede il rimborso delle spese sanitarie sostenute dall'iscritto in base a quanto previsto dal Piano.

Strutture Cooperative Convenzionate del Network Sanitario e Odontoiatrico di Cooperazione Salute: le strutture sanitarie/medici riconducibili al sistema di Confcooperative che erogano, se attivate, le prestazioni in forma diretta e dove è possibile rivolgersi per l'assistenza in forma indiretta.

Strutture Convenzionate con il Network Sanitario e Odontoiatrico di Cooperazione Salute: le strutture sanitarie/medici non cooperative che erogano, se attivate, le prestazioni in in forma diretta e dove è possibile rivolgersi per l'assistenza in forma indiretta.

MMG: Medico di Medicina Generale, il medico scelto nell'elenco delle ASL dal cittadino tra quelli operanti nell'ambito territoriale di residenza e che presta il primo livello di assistenza sanitaria sul territorio.

FORME DI ASSISTENZA E MODALITA' DI FRUIZIONE DEI RIMBORSI

a. Definizioni

Assistenza in Forma Diretta. Ti permette di ottenere le prestazioni che ti sono state prescritte dal Medico di Medicina Generale o da altro medico specialista presso una struttura convenzionata al Network di Cooperazione Salute, senza anticipare l'intera spesa ma versando solamente eventuali franchigie che il Piano sanitario lascia a tuo carico.

Gli elenchi delle strutture convenzionate con Cooperazione Salute sono consultabili sul sito www.cooperazionesalute.it.

Assistenza in Forma Indiretta. Ti permette di ottenere il rimborso di spese sanitarie già sostenute, delle quali si è conservata la fattura/notula di spesa e una prescrizione medica, nei limiti e nelle modalità previste dal Piano Sanitario.

Accesso ai tariffari agevolati del Network convenzionato. Ti permette di ottenere le prestazioni di cui necessiti a tariffe agevolate rispetto ai prezzi di mercato, indipendentemente dal fatto che quelle prestazioni siano o meno rimborsabili dal Piano sanitario.

b. Assistenza via mail o fax

Assistenza in Forma Diretta

Per usufruire dell'Assistenza in Forma Diretta, è necessario seguire un preciso iter:

- Individuare** una struttura fra quelle convenzionate: le strutture convenzionate sono disponibili alla consultazione sul sito di Cooperazione salute www.cooperazionesalute.it;
- Contattare** la struttura scelta per richiedere una prestazione in forma diretta, da parte di un medico/professionista convenzionato con Blue Assistance, e prenotare.
- Successivamente alla prenotazione, **compilare** il modulo per la **“Richiesta di Prestazioni in Forma Diretta”** e inviarlo, unitamente alla copia della prescrizione del Medico di Medicina Generale (MMG), all'indirizzo dirette@cooperazionesalute.it o tramite fax al numero 0461-1788002 almeno **5 giorni** lavorativi prima della prestazione.
- Cooperazione Salute fornirà a te e alla Struttura l'**autorizzazione** a beneficiare del servizio.
- Dovrai sempre presentarsi presso la struttura convenzionata con un documento di identità in corso di validità. Al termine della prestazione sanitaria dovrai **saldare** presso la struttura la quota di sua competenza indicata sul modulo di autorizzazione di Cooperazione Salute.

L'assistenza in forma diretta è possibile unicamente quando si presentino tutte e tre le seguenti condizioni: ove prevista dal Piano Sanitario del beneficiario, se autorizzata da Cooperazione Salute e presso strutture convenzionate con medici convenzionati al Network Sanitario e/o Odontoiatrico di Cooperazione Salute.

Assistenza in Forma Indiretta

L'Assistenza in Forma Indiretta prevede il rimborso delle spese sanitarie sostenute in base a quanto previsto dal Piano. Per richiedere un rimborso devi far pervenire a Cooperazione Salute entro **60 giorni** dall'evento sanitario (fa fede la data della fattura/notula) e comunque non oltre il **31 gennaio** dell'anno successivo, la seguente documentazione:

- Il modulo di **“Richiesta rimborso in Forma Indiretta”** correttamente compilato;
- La copia della documentazione medica che giustifica la fattura/notula di spesa (prescrizione del medico di base, certificazione del medico specialista);
- La copia della fattura/ della notula di spesa.

La richiesta di rimborso potrà essere presentata a Cooperazione Salute nei seguenti modi:

- Via E-mail (*modalità consigliata*): invio della documentazione in un UNICO file PDF al seguente indirizzo: liquidazioni@cooperazionesalute.it;
- Via fax: invio della documentazione in un'unica soluzione al numero: 0461-1788002;

- c. Per posta ordinaria: seguendo questa modalità il rimborso verrà realizzato soltanto a fine gestione dell'annualità. Si sconsiglia l'utilizzo di Raccomandate e si richiede di inviare solo copie dei documenti originali, in quanto non saranno restituiti. Inviare a: Cooperazione Salute, Via Segantini 23, 38122, Trento.

Nel caso in cui disponessi di **altre forme di copertura sanitaria** oltre a quella del SSN, si impegnerà a comunicare a Cooperazione Salute l'importo degli eventuali rimborsi percepiti da altri Enti per lo stesso evento per cui presenta richiesta alla mutua.

Al momento dell'apertura della pratica, utilizzando il tuo contatto e-mail, Cooperazione Salute invierà una comunicazione riportante la data di ricezione della documentazione ed il numero di protocollo assegnato. In caso di documentazione incompleta, verrai contattato direttamente e avrà a disposizione **10 giorni per integrare la documentazione** incompleta e/o non esaustiva. A conclusione della pratica, sempre via E-mail, ti verrà comunicato l'esito della richiesta. In caso di esito negativo, verrà comunicata la ragione del diniego del rimborso (prestazione non prevista dal piano, richiesta rimborso tardiva o incompleta, sfioramento massimali, irregolarità, abusi, controversie, ecc.).

In tempo utile per la dichiarazione dei redditi, utilizzando il contatto e-mail dell'assistito, Cooperazione Salute trasmetterà agli Iscritti una comunicazione riepilogativa, con gli estremi delle fatture e/o notule di spesa presentate ed i relativi importi rimborsati.

c. Assistenza via web

Visita il sito www.cooperazionesalute.it e clicca sull'icona di accesso all'area riservata, in alto a destra.



Inserisci il tuo codice fiscale e segui la procedura guidata di prima registrazione. Il sistema ti invierà una mail per chiederti di confermare i tuoi dati.

Una volta che avrai definito la tua password di accesso all'area riservata, potrai accedervi quante volte desideri per

- Consultare lo stato di lavorazione delle tue pratiche;
- Consultare l'elenco delle strutture convenzionate e contattarle per un appuntamento;
- Inviare una richiesta di rimborso, senza stampare e compilare moduli cartacei e allegando una copia delle fatture e delle prescrizioni mediche;
- Richiedere una prestazione in forma diretta, allegando una copia della tua prescrizione medica.

d. Assistenza tramite AppCard

Scarica dall'App store del tuo smartphone o tablet la nostra applicazione, digitando "**Confcooperative Node Soc. Coop.**" nella barra della ricerca.

Registrati seguendo la procedura guidata direttamente dall'applicazione, oppure collegati a questo indirizzo:



<http://id.airpim.com/confcooperative/subscriber>

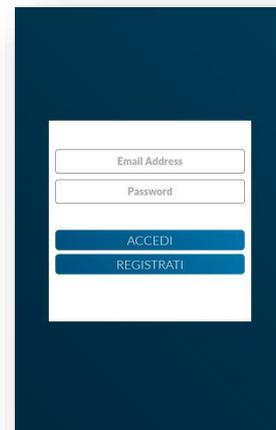
Le credenziali provvisorie per effettuare la registrazione ti sono state fornite, con apposita comunicazione, dalla tua Cooperativa.

Mentre effettui la registrazione, controlla che i tuoi dati siano corretti e crea una nuova password per tutti i tuoi accessi successivi.

Una volta conclusa la registrazione, puoi **accedere** all'applicazione utilizzando l'indirizzo e-mail che hai confermato in fase di registrazione e la password che hai scelto.

A questo punto potrai

- Consultare il tuo piano sanitario, per conoscere quali prestazioni sanitarie sono previste dalla tua copertura sanitaria
- Consultare l'elenco delle strutture convenzionate e contattarle per un appuntamento
- Inviare una richiesta di rimborso, senza stampare e compilare moduli cartacei
- Richiedere una prestazione in forma diretta, fotografando la tua prescrizione medica.



ESTENSIONE DELLA COPERTURA AL NUCLEO FAMILIARE CONVIVENTE

Il Socio aderente può estendere la copertura a tutti i componenti (nessuno escluso) del proprio **Nucleo Familiare**, intendendosi per questi il **coniuge o convivente more uxorio e i figli conviventi**.

Il Socio dovrà comunicare i dati dei propri familiari alla Cooperativa, compilando il modulo di **“Richiesta Adesione Nucleo Familiare”**. La Cooperativa provvederà così a comunicare le adesioni raccolte a Cooperazione Salute e ad anticipare il contributo dovuto dal Socio per l'iscrizione del nucleo familiare.

Si riportano alcune precisazioni in merito all'estensione della copertura ai familiari:

- Se l'iscrizione dei famigliari avviene entro il termine di 30 giorni dalla data in cui la copertura sanitaria integrativa è operante per il Socio, verrà applicata la stessa **decorrenza** immediata dell'assistenza prevista per il Socio. Qualora l'iscrizione del nucleo familiare convivente avvenga successivamente al termine di 30 giorni, la decorrenza dell'assistenza inizierà dopo tre mesi dal versamento dei contributi di iscrizione a Cooperazione Salute. Restano escluse dalla copertura le spese relative a ricoveri conseguenti a patologie preesistenti o per la correzione di difetti congeniti e costituzionali. Per prestazioni di Alta specializzazione diagnostica, visite specialistiche e Impianti odontoiatrici sarà applicata una carenza di 12 mesi per le patologie preesistenti al momento della estensione della copertura.

- Nel caso di matrimonio o inizio convivenza o di nascita di un figlio, se il Socio iscrive i familiari entro 30 giorni dal matrimonio, dall'inizio convivenza o dalla nascita, il familiare potrà godere immediatamente della copertura come il Socio. Se il nucleo familiare viene iscritto successivamente, si applicheranno le carenze sopra riportate.

- Se il Socio decide di estendere la copertura sanitaria al proprio nucleo familiare convivente, si impegna a versare i relativi contributi, attraverso la Cooperativa, fino a quando sarà attiva la copertura in capo alla sua persona e fin tanto che i famigliari faranno parte del suo nucleo familiare convivente. Ovvero, i famigliari conviventi iscritti non potranno recedere dalla **copertura** sino a quando non terminerà la copertura del Socio e/o usciranno dal nucleo familiare del Socio stesso. Nel caso venga meno il rapporto associativo con la Cooperativa, la copertura del nucleo familiare durerà sino alla conclusione del periodo per cui è stato versato il contributo.

ESTRATTO DELLE NORME DI ATTUAZIONE DEI PIANI DI WELFARE COLLETTIVO

Evasione pratiche e tempi di liquidazione

Cooperazione Salute gestisce direttamente tutte le pratiche relative alle richieste di rimborso e garantisce che i tempi di liquidazione nell'assistenza in forma indiretta (attraverso accredito diretto sui c/c dei lavoratori) sono di ca. 60 giorni dal momento dell'acquisizione delle note di spesa complete di tutta la documentazione sanitaria occorrente. Nel caso in cui le richieste rimborso siano inviate per posta (si consiglia invio per posta ordinaria – non raccomandate – e si richiede di inviare solo copie degli originali) la liquidazione verrà fatta a

fine gestione dell'annualità (indicativamente entro febbraio/marzo dell'anno successivo all'anno di validità della copertura).

Decadenza del diritto alle prestazioni

Il diritto all'erogazione delle prestazioni previste dal Piano si estingue per:

- Decesso del beneficiario;
- Per cessazione del rapporto intercorrente tra cooperativa e Socio: gli iscritti conservano il diritto alle prestazioni sino alla fine del periodo per cui sono stati versati i contributi di iscrizione;
- Per esclusione disposta in presenza di omissioni contributive, irregolarità o abusi;

Durata

La durata della copertura è almeno biennale e perfezionata dal regolare versamento dei contributi di iscrizione. L'iscrizione si intende rinnovata automaticamente di anno in anno.

Sia la Cooperativa che Cooperazione Salute potranno scindere il rapporto con comunicazione inviata a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento da inviare alla controparte almeno 90 giorni prima della scadenza del biennio. Il recesso avrà effetto con il 1 gennaio dell'anno successivo all'invio della comunicazione.

Regime fiscale

Cooperazione Salute è iscritta all'Anagrafe dei Fondi Sanitari presso il Ministero della Salute, pertanto i contributi di assistenza sanitaria versati dal datore di lavoro o dal Socio a Cooperazione Salute godono del regime previsto dall'art. 15, comma 1, lettera i-bis), TUIR: dall'imposta lorda si detrae un importo pari al 19 per cento dei seguenti oneri sostenuti dal contribuente, se non deducibili nella determinazione dei singoli redditi che concorrono a formare il reddito complessivo: "i contributi associativi, per importo non superiore a 2 milioni e 500 mila lire, versati dai soci alle società di mutuo soccorso che operano esclusivamente nei settori di cui all'articolo 1 della legge 15 aprile 1886, n. 3818, al fine di assicurare ai soci un sussidio nei casi di malattia, di impotenza al lavoro o di vecchiaia, ovvero, in caso di decesso, un aiuto alle loro famiglie. La detrazione è consentita a condizione che il versamento di tali contributi sia eseguito tramite banca o ufficio postale ovvero mediante gli altri sistemi di pagamento previsti dall'articolo 23 del decreto legislativo 9 luglio 1997, n. 241, e secondo ulteriori modalità idonee a consentire all'Amministrazione finanziaria lo svolgimento di efficaci controlli, che possono essere stabilite con decreto del Ministro delle finanze da emanarsi ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400".

Detraibilità delle spese sanitarie

Le spese rimborsate per effetto di contributi o premi versati non si considerano a carico del contribuente e dunque non sono detraibili. Specifica l'art. 15, comma 1, lettera c), TUIR: [...]. Si considerano rimaste a carico del contribuente anche le spese rimborsate per effetto di contributi o premi di assicurazione da lui versati e per i quali non spetta la detrazione d'imposta o che non sono deducibili dal suo reddito complessivo ne' dai redditi che concorrono a formarlo. Si considerano, altresì, rimaste a carico del contribuente le spese rimborsate per effetto di contributi o premi che, pur essendo versati da altri, concorrono a formare il suo reddito, salvo che il datore di lavoro ne abbia riconosciuto la detrazione in sede di ritenuta".

Tutela dati personali

A seguito dell'informativa scritta rilasciata da Cooperazione Salute al momento dell'iscrizione al Fondo e al momento della richiesta degli iscritti di attivazione della forma diretta e/o della richiesta di rimborso, tutte le informazioni e i documenti richiesti alle cooperative ed ai lavoratori sulla base del seguente Regolamento, sono tutelati ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. N. 196 del 30/06/2003.

Controlli

Cooperazione Salute al fine di accertare il diritto dell'iscritto alle prestazioni si riserva la facoltà di esercitare ogni controllo ed ogni accertamento tramite medici di propria fiducia o istituzioni pubbliche o private. Il rifiuto di presentare la documentazione richiesta o l'opposizione agli eventuali accertamenti decisi da Cooperazione Salute comportano la decadenza del diritto alle prestazioni

Chiarimenti e reclami

In caso di richieste di chiarimenti o reclami sulla ammissibilità delle prestazioni, o relativi alla misura dei rimborsi, da parte dei beneficiari della copertura sanitaria, sarà Cooperazione Salute attraverso i suoi organi a provvedere a fornire le risposte all'iscritto. In caso di ulteriore contenzioso, prima dell'eventuale ricorso all'autorità giudiziaria, Cooperazione Salute e l'iscritto si impegnano ad esperire un tentativo di conciliazione sottoponendo il caso ad una Commissione di Conciliazione appositamente costituita e formata da due medici, uno nominato da Cooperazione Salute e l'altro dall'iscritto. La Commissione esamina i casi ad essa sottoposti ed esprime il proprio parere che verrà comunicato all'iscritto. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il proprio medico designato.

CONTATTI DI COOPERAZIONE SALUTE

Molte delle informazioni che cerchi sono facilmente reperibili sul nostro sito internet!

www.cooperazionesalute.it

Puoi consultare il tuo piano sanitario, avere informazioni sulle modalità di assistenza, consultare gli elenchi delle strutture convenzionate e scaricare la modulistica per le tue richieste di rimborso.

Ti è rimasto qualche dubbio che credi di poter risolvere rapidamente con una semplice mail?

Allora formula il quesito scrivendo a info@cooperazionesalute.it

Desideri ricevere assistenza telefonica?

Prenota l'assistenza telefonica chiamando lo **0461/1788990** e registra il tuo nome e cognome dopo il segnale acustico. Sarai richiamato, in orario d'ufficio, entro un giorno lavorativo al numero di telefono da cui ci hai chiamato. Faremo due tentativi per contattarti, dopodiché sarà necessario prenotare nuovamente l'assistenza telefonica.