

PIANO SANITARIO DELLA COOPERAZIONE SOCIALE

GLI ISCRITTI

In corrispondenza a quanto previsto dal **CCNL Cooperazione Sociale**, la seguente copertura sanitaria integrativa è rivolta a tutti i **dipendenti** delle Cooperative che applicano il contratto CCNL Cooperazione sociale che sono stati iscritti a Cooperazione Salute e per i quali l'impresa cooperativa ha versato i contributi di adesione a suo carico. Tutti i sussidi e servizi sono operanti in caso di malattia e di infortunio avvenuto durante il periodo di copertura dell'assistenza sanitaria integrativa.

Gli aventi diritto alla copertura possono estendere la stessa copertura sanitaria anche al loro **Nucleo Familiare** convivente.

ESTENSIONE DELLA COPERTURA AL NUCLEO FAMILIARE CONVIVENTE

I lavoratori possono estendere la copertura ai componenti del proprio **Nucleo Familiare**, intendendosi per questi il **coniuge o convivente more uxorio e i figli conviventi**. Il lavoratore intenzionato, è tenuto ad iscrivere tutti i familiari conviventi, nessuno escluso, salvo la compresenza di analoghe coperture contrattuali in capo ad uno o più dei familiari, opportunamente documentate.

I contributi dovuti per estendere la copertura sanitaria al proprio nucleo familiare sono:

- € **60,00** annuali per il coniuge o convivente more uxorio, nonché per ciascun figlio convivente di età uguale o superiore a 26 anni;
- € **48,00 euro** annuali per ciascun figlio convivente avente meno di 26 anni.

Il lavoratore dovrà comunicare i dati dei propri familiari alla Cooperativa per cui lavora, 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 lavoratore per l'iscrizione del nucleo familiare, operando successivamente una trattenuta del valore equivalente dalla busta paga del lavoratore.

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

▪ Se l'iscrizione dei familiari avviene entro il termine di 30 giorni dalla data in cui la copertura sanitaria integrativa è operante per il lavoratore, verrà applicata la stessa **decorrenza** immediata dell'assistenza prevista per il lavoratore. Qualora l'iscrizione del nucleo familiare convivente avvenga successivamente al termine di 30 giorni, la decorrenza dell'assistenza inizierà dopo tre mesi il 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 lavoratore iscrive i familiari entro 30 giorni dal matrimonio, dall'inizio convivenza o dalla nascita, il familiare potrà godere immediatamente della copertura come il lavoratore. Se il nucleo familiare viene iscritto successivamente, si applicheranno le carenze sopra riportate.

▪ Se il lavoratore decide di estendere la copertura sanitaria al proprio nucleo familiare convivente, il lavoratore si impegna a versare i relativi contributi, attraverso la trattenuta in busta paga, fino a quando sarà attiva la copertura in capo alla sua persona e fin tanto che i familiari faranno parte del suo nucleo familiare convivente. Ovvero, i familiari conviventi iscritti non potranno recedere dalla **copertura** sino a quando non terminerà la copertura del lavoratore e/o usciranno dal nucleo familiare del lavoratore stesso. In caso di cessazione del rapporto di lavoro cessa automaticamente anche la copertura per il nucleo familiare. In particolare, la copertura del nucleo familiare durerà sino alla conclusione del periodo per cui è stato versato il contributo.

▪ Secondo quanto affermato nella Circolare 50/E del 12 giugno 2012 dell'Agenzia delle Entrate, **non concorrono a formare reddito da lavoro dipendente** i contributi versati in favore dei familiari del lavoratore, ancorché non siano fiscalmente a carico dello stesso, se destinati ad enti o casse aventi esclusivamente fine assistenziale in conformità a disposizioni di contratto o di accordo collettivo o di regolamento aziendale. Il contributo versato dal lavoratore per i propri famigliari è trattenuto dal datore di lavoro direttamente dalla retribuzione lorda del dipendente, a monte dell'imposizione fiscale. Pertanto, la certificazione che il datore di lavoro deve rilasciare ai propri lavoratori in qualità di sostituto di imposta a norma dell'art. 7bis del D.P.R. 29/9/73 n. 600 (modello CUD), dovrà indicare in apposita casella l'ammontare dei contributi sanitari versati alla Cassa di Assistenza che non hanno concorso a formare il reddito di lavoro dipendente.

LE PRESTAZIONI

Le prestazioni garantite dal Piano Sanitario sono le seguenti:

- **Area Specialistica:**
 1. Prestazioni di Alta Specializzazione diagnostica e strumentale;
 2. Visite specialistiche;
 3. Ticket per Accertamenti Diagnostici e Pronto Soccorso;
 4. Maternità e Gravidanza;
- **Prestazioni Socio Sanitarie:**
 5. Assistenza Infermieristica e socio sanitaria tramite la rete di Cooperative Sociali e Sanitarie di Confcooperative;
- **Prestazioni di Assistenza Medica:**
 6. Assistenza medica tramite la rete di Cooperative Sociali e Sanitarie di Confcooperative;
- **Assistenza Odontoiatrica:**
 7. Impianti Osteointegrati;
 8. Cure Odontoiatriche da Infortunio;
- **Accesso a tariffari agevolati:**
 9. Il Dentista di Cooperazione Salute: accesso al tariffario convenzionato del Network Odontoiatrico di Cooperazione Salute;
 10. Accesso al tariffario convenzionato del Network Sanitario di Cooperazione Salute;
- **Campagne di Prevenzione:**
 11. Campagne di prevenzione sanitaria ad hoc;

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 cooperativi** convenzionati del Network Sanitario di Cooperazione Salute

Le spese per le prestazioni vengono liquidate direttamente alle strutture, lasciando una quota a carico dell'Iscritto di € 30,00 per ogni accertamento, che dovrà essere versata dall'Iscritto direttamente alla struttura convenzionata.

- Nel caso di utilizzo di **altre 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 direttamente dall'Iscritto alla struttura convenzionata.

Assistenza in Forma Indiretta

- Nel caso di utilizzo di strutture **private (le strutture/medici convenzionati 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 € 5.000,00 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 la comunicazione di iscrizione a 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/medici cooperativi** convenzionati del Network Sanitario di Cooperazione Salute

Le spese per le prestazioni vengono liquidate direttamente alle strutture, lasciando una quota a carico dell'Iscritto di € 30,00 per ogni visita specialistica, che dovrà essere versata direttamente dall'Iscritto alla struttura convenzionata.

- 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 direttamente dall'Iscritto alla struttura convenzionata.

Assistenza in Forma Indiretta

- Nel caso di utilizzo di strutture **private (le strutture/medici convenzionati 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 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 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 1 - 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 su ogni ticket.

Campagna di Prevenzione 2016: rimborso dei ticket sanitari per accertamenti diagnostici prescritti anche a solo scopo di prevenzione e controllo, con applicazione di franchigia di € 15,00 su ogni ticket.

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

4. Maternità e Gravidanza

E' previsto il rimborso dei ticket sostenuti presso il **SSN** per le analisi clinico chimiche e gli accertamenti diagnostici effettuati durante la gravidanza. Con applicazione di franchigia di **€ 15,00** su ogni ticket.

Le ecografie ed altri esami diagnostici strumentali (*esclusi esami di laboratorio*) relativi alla gravidanza possono essere effettuati in **forma diretta** solo nelle **strutture/medici convenzionati** del Network Sanitario di Cooperazione Salute:

- con quota a carico di **30,00** presso **strutture/medici cooperativi** convenzionati;
- con quota a carico di **45,00** presso **altre strutture** convenzionate.

La disponibilità annua per la presente garanzia rientra in quella generale dei ticket di € 500,00 per Iscritta.

PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE

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

Assistenza infermieristica e/o sociosanitaria a domicilio fornita, dove il servizio è attivo, dalle Cooperative sociali e Sanitarie di Confcooperative alla persona privata. La copertura si attiva in caso di convalida post ricovero di almeno 5 giorni per il recupero di temporanea inabilità certificata dal MMG in persone prive di assistenza familiare e parentale (rientrano nel punto 1 con medesimo massimale e regole) nel limite di **€ 50,00** al giorno per un massimo di **10** giorni.

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA MEDICA

6. Assistenza medica tramite la rete di Cooperative Sociali e Sanitarie di Confcooperative

Possibilità di usufruire di prestazioni sanitarie a tariffe calmierate tramite Convenzione con la rete delle Cooperative sociali e sanitarie di Confcooperative che garantiscono tariffe preferenziali e servizi di urgenza. (Es: Guardia medica notturna e festivi; Codici Bianchi, Cure Primarie). Prestazioni di Fisioterapia, assistenza domiciliare, Logopedia e Domotica per il nucleo familiare del lavoratore a tariffe preferenziali.

Prestazioni Domiciliari:

La rete convenzionata di Federazione Sanità di Confcooperative offre la possibilità, dove il servizio è attivo, di effettuare le prestazioni diagnostiche a domicilio (rientrano nel punto 4 con medesimo massimale e regole) sempre con la sola quota a carico di **€ 30,00**.

ASSISTENZA ODONTOIATRICA

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.

Campagna di Prevenzione 2016: rimborso, sulla base al tariffario convenzionato del Network Odontoatrico di Cooperazione Salute (€ **35,00**), della prestazione di ablazione semplice del tartaro fatturata nel mese di **maggio 2016** da struttura/dentista del Network Odontoatrico Convenzionato di Cooperazione Salute.

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 Odontoatrico Convenzionato di Cooperazione Salute. Per ottenere il rimborso 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.

ACCESSO A TARIFFARI AGEVOLATI

9. Il Dentista di Cooperazione Salute

Il servizio permette all'iscritto di accedere al Network Odontoatrico convenzionato di Cooperazione Salute in collaborazione con Blue Assistance (www.dentistacoopsalute.it) 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 Odontoatrico 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.

CAMPAGNE DI PREVENZIONE

11. Campagne di prevenzione sanitaria ad hoc

Nel periodo di validità della copertura sanitaria potranno essere proposte agli iscritti Campagne di Prevenzione ulteriori a quelle già riportate nel Piano Sanitario, progettate ad hoc e opportunamente comunicate agli iscritti. Si riportano alcuni possibili esempi di Campagne di Prevenzione: Prevenzione odontoiatrica, Prevenzione oculistica, Prevenzione cardiovascolare, Prevenzione oncologica, Prevenzione della tiroide, Prevenzione dermatologica, Prevenzione ortopedica, ecc.

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
Fimetria esofagea e gastrica
Potenziamenti 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 di rimborso o dell'attivazione della forma diretta.

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.

Sono esclusi dalla copertura sanitaria 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 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.

ESTRATTO DELLE “NORME DI ATTUAZIONE DEL PIANO SANITARIO DELLA COOPERAZIONE SOCIALE”

Le “Norme di Attuazione del Piano della Cooperazione Sociale” costituiscono parte integrante del Piano Sanitario. Si riportano in particolare i seguenti Punti:

11. *Forme di Assistenza e modalità di fruizione dei rimborsi;*
12. *Escusioni*
13. *Evasione pratiche e tempi di liquidazione;*
14. *Sospensione dell’Assistenza e contribuzioni per aspettativa non retribuita del lavoratore;*
15. *Decadenza del diritto alle prestazioni;*
17. *Durata*
18. *Regime fiscale;*
19. *Detraibilità delle spese sanitarie;*
20. *Tutela dati personali;*
21. *Controlli;*
22. *Chiarimenti e reclami.*

11. Forme di Assistenza e modalità di fruizione dei rimborsi

Cooperazione Salute prevede due modalità di assistenza:


- Assistenza in Forma Diretta;
- Assistenza in Forma Indiretta.

Assistenza in Forma Diretta

L’assistenza in Forma Diretta permette all’iscritto di eseguire le prestazioni odontoiatriche e/o le prestazione prescritte dal proprio Medico di Medicina Generale (MMG) presso una struttura convenzionata al Network Sanitario o Odontoiatrico di Cooperazione Salute senza anticipare la spesa o al massimo pagando le quote/franchigie a suo carico, come previsto dal Piano. I Network Sanitari ed Odontoiatrici di Cooperazione Salute sono disponibili grazie alla collaborazione con Blue Assistance. Gli elenchi delle strutture convenzionate del Network Sanitario e del Network Odontoiatrico di Cooperazione Salute sono consultabili sul sito di Cooperazione Salute www.cooperazionesalute.it Gli elenchi comprendono:

- Le strutture cooperative convenzionate – ossia cooperative e/o imprese di proprietà cooperativa - del Network Sanitario e Odontoiatrico di Cooperazione Salute, contraddistinte nell’elenco con il **colore verde**;
- Le altre strutture convenzionate con il Network Sanitario o il Network Odontoiatrico di Cooperazione Salute.

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

- a. **Individuare** una struttura fra quelle convenzionate: le strutture convenzionate sono disponibili alla consultazione sul sito di Cooperazione salute www.cooperazionesalute.it, alla sezione *Enti Convenzionati*;
- b. **Contattare** la struttura scelta per richiedere una prestazione in forma diretta, da parte di un medico/professionista convenzionato con Blue Assistance, e prenotare.
In caso di strutture abilitate all’attivazione immediata, prenotare la visita/accertamento comunicando i propri estremi anagrafici e di copertura e chiedendo esplicitamente che la prestazione sia resa da un medico/professionista convenzionato con Blue Assistance. Le strutture sanitarie abilitate a questa gestione sono evidenziate con il simbolo “Blue”  nell’Elenco delle strutture convenzionate.
- c. 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.
- d. Cooperazione Salute fornirà a questo punto l’**autorizzazione** a beneficiare del servizio.

- e. L'iscritto dovrà sempre presentarsi presso la struttura convenzionata con un documento di identità in corso di validità. Al termine della prestazione sanitaria l'iscritto dovrà **saldare** presso la struttura la quota di sua competenza indicata sul modulo di autorizzazione di Cooperazione Salute.

L'invio della documentazione deve avvenire esclusivamente tramite e-mail in un unico file formato PDF al seguente indirizzo: dirette@cooperazionesalute.it; oppure via fax al numero: 0461-1788002.

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.

Per informazioni, contattare il numero 0461-1788990.

Assistenza in Forma Indiretta

L'Assistenza in Forma Indiretta prevede il rimborso delle spese sanitarie sostenute dall'iscritto in base a quanto previsto dal Piano. Per richiedere un rimborso l'iscritto deve far pervenire a Cooperazione Salute entro **60 giorni** dall'evento sanitario (fa fede la data della fattura/notula) e comunque non oltre il **28 febbraio** 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:

- a. Via E-mail (*modalità consigliata*): invio della documentazione in un UNICO file PDF al seguente indirizzo: liquidazioni@cooperazionesalute.it;
- b. 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 l'iscritto disponesse 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 contatto E-mail dell'iscritto, Cooperazione Salute invierà una comunicazione riportante la data di ricezione della documentazione ed il numero di protocollo assegnato. In caso di documentazione incompleta, l'iscritto verrà 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, verrà comunicato all'iscritto 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, sempre utilizzando il contatto e-mail dell'assistito segnalato nel file excel “Dati Azienda e Dipendenti Prima Iscrizione”, Cooperazione Salute trasmetterà agli Iscritti una comunicazione riepilogativa, con gli estremi delle fatture e/o notule di spesa presentate ed i relativi importi rimborsati; questi dati saranno necessari all'assistito per poter usufruire delle detrazioni fiscali su quella parte di spesa non rimborsata e rimasta effettivamente a suo carico (a tal riguardo, si rimanda agli art. 18 e 19).

12. 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** di rimborso o dell'attivazione della forma diretta.

Sono escluse le seguenti **visite specialistiche**: visite odontoiatriche ed ortodontiche (escluso quanto previsto ai punti 7 e 8 del Piano della Cooperazione Sociale), visite omeopatiche, visite psichiatriche e psicologiche, visite dietologiche, visite chiropratiche nonché tutte quelle non previste dalla medicina ufficiale. Sono inoltre esclusi dalla copertura sanitaria i rimborsi delle spese:

- Per la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- Per la cura di intossicazioni conseguenti all'abuso di alcolici od uso di allucinogeni nonché all'uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- Per malattie infettive, quando assumano carattere epidemico o pandemico;
- Derivanti da sport pericolosi;
- Sofferti in conseguenza di azioni delittuose compiute dolosamente dall'iscritto, intendendosi invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche grave dell'iscritto stesso.

Sono inoltre esclusi dalla copertura sanitaria:

- Le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla iscrizione alla copertura;
- Le applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio);
- Le malattie professionali così definite dal D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 e successive modifiche;
- Le 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;
- Le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed altre calamità naturali devastanti.

13. Evasione pratiche e tempi di liquidazioni

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 dipendenti) 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).

14. Sospensione dell'Assistenza e contributi per aspettativa non retribuita del lavoratore

In ogni caso, il mancato versamento dei contributi determina la sospensione delle prestazioni:

- Per tutti i dipendenti: nel caso in cui il mancato versamento riguardi la generalità dei dipendenti;
- Per il singolo dipendente: nel caso in cui il versamento riguardi il singolo dipendente;

Il provvedimento di sospensione assunto da Cooperazione Salute sarà comunicato alla Cooperativa, sia per la totalità dei dipendenti, sia per la quota singola.

Le prestazioni possono essere riattivate solo a seguito dell'effettivo pagamento mediante bonifico bancario e la relativa ricevuta andrà inviata all'indirizzo amministrazione@cooperazionesalute.it. A questo punto, Cooperazione Salute, fatte le verifiche bancarie e amministrative del caso, riattiverà l'erogazione delle prestazioni per gli eventi successivi alla sanatoria, dandone conferma alla Cooperativa. Nel caso in cui la sospensione delle prestazioni si protragga per un periodo di oltre 180 giorni, senza che sia avvenuta alcuna segnalazione da parte della Cooperativa (cessazione, modifica rapporto di lavoro, ravvedimento, ecc), verrà meno l'iscrizione dell'assistito e si intenderà cessata l'Assistenza Sanitaria Integrativa del medesimo che pertanto, per essere nuovamente posto in copertura, dovrà essere iscritto ex novo.

Per i lavoratori che su richiesta siano collocati in **aspettativa non retribuita** che comporta la sospensione dell'attività lavorativa superiore ad 1 mese, il contributo ordinario non dovrà essere versato dal primo giorno successivo all'attivazione della sospensione stessa. La comunicazione della avvenuta collocazione in aspettativa non retribuita e, successivamente, la comunicazione del ritorno in servizio del lavoratore dovranno essere fatte secondo quanto previsto dall'art. 5, prefigurandosi l'inizio dell'aspettativa come una cessazione ed il ritorno in servizio come una Nuova Assunzione.

In nessun caso è da considerarsi aspettativa non retribuita il periodo di astensione, sia obbligatoria che facoltativa, per **maternità**.

Nel caso in cui il datore di lavoro volesse estendere la copertura sanitaria anche a lavoratori senza il contratto a tempo indeterminato, si specifica che in riferimento ad **altre forme contrattuali di lavoro subordinato** (es. contratti a termine o a tempo determinato, contratti stagionali, contratti a gestione verticale, contratti a lavoro intermittente, ecc) e **di lavoro parasubordinato** (lavoro a progetto, lavoro occasionale, ecc), la copertura sanitaria sarà valida dal momento dell'iscrizione/proroga sino a fine anno e dunque il versamento del contributo dovrà coprire il suddetto periodo, senza la possibilità di sospensione dell'Assistenza.

15. Decadenza del diritto alle prestazioni

Il diritto all'erogazione delle prestazioni previste dal Piano da parte di Cooperazione Salute si estingue per:

- Decesso del lavoratore;
- Per cessazione del rapporto di lavoro intercorrente tra a cooperativa ed il lavoratore: i lavoratori conservano le prestazioni sino al primo giorno del mese successivo al momento della comunicazione della cooperativa dell'avvenuta cessazione;
- Per esclusione disposta in presenza di omissioni contributive, irregolarità o abusi;
- I lavoratori che cessano il rapporto di lavoro per il raggiungimento dei requisiti necessari per il conseguimento del diritto alla pensione conservano le prestazioni sino alla fine dell'anno in corso;
- Nel caso di estensione della copertura sanitaria anche a lavoratori con altre forme contrattuali subordinate rispetto al rapporto di lavoro indeterminato (es. contratti a termine o a tempo determinato, contratti stagionali, contratti a gestione verticale, contratti a lavoro intermittente, ecc) e di lavoro parasubordinato (lavoro a progetto, lavoro occasionale, ecc), la copertura sanitaria sarà valida dal momento dell'iscrizione/proroga sino alla fine dell'anno in corso.

17. Durata

La durata della copertura coincide con l'iscrizione a Cooperazione Salute dei dipendenti e, eventualmente, dei familiari ed il regolare versamento delle quote annuali per ciascun anno. L'iscrizione è rinnovata automaticamente di anno in anno. Sia la Cooperativa che Cooperazione Salute potranno recedere con comunicazione inviata a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento da inviare all'altra controparte con almeno 90 giorni di anticipo prima della fine dell'anno. Il recesso avrà luogo con il 1 gennaio dell'anno successivo alla comunicazione inviata.

18. Regime fiscale

Cooperazione Salute è iscritta come Fondo Sanitario all'Anagrafe dei Fondi Sanitari presso il Ministero della Salute e consente di beneficiare delle agevolazioni fiscali previste dall'art. 51 comma 2, lettera a) del TUIR D.P.R. 917/86.

In riferimento ai **contributi versati in favore del nucleo familiare convivente del lavoratore**, in base alla Circolare 50/E del 12 giugno 2012 dell'Agenzia delle Entrate si può affermare che non concorrono a formare reddito del lavoratore dipendente i contributi versati ad enti o casse aventi esclusivamente fine assistenziale in conformità a disposizioni di contratto o di accordo collettivo o di regolamento aziendale, in favore dei familiari del lavoratore, ancorchè non siano fiscalmente a carico dello stesso. Il contributo versato dal lavoratore per i propri familiari è trattenuto dal datore di lavoro direttamente dalla retribuzione lorda del dipendente, a monte dell'imposizione fiscale. Pertanto, la certificazione che il datore di lavoro deve rilasciare ai propri lavoratori in qualità di sostituto di imposta a norma dell'art. 7bis del D.P.R. 29/9/73 n. 600 (modello CUD), dovrà indicare in apposita casella l'ammontare dei contributi sanitari versati alla Cassa di Assistenza che non hanno concorso a formare il reddito di lavoro dipendente.

19. Detraibilità delle spese sanitarie

La normativa prevede che quando si usufruisce della deduzione dal reddito dei contributi di Assistenza Sanitaria (come in questo caso), per gli iscritti la spesa sanitaria detraibile è solo quella residua non rimborsata. Pertanto, per gli assistiti non è possibile portare in detrazione spese sanitarie che sono state rimborsate da

Cooperazione salute. Gli iscritti potranno dunque portare in detrazione **unicamente** le spese sanitarie rimaste effettivamente a loro carico, cioè quelle (o quella quota) non rimborsata.

20. 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.

21. 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

22. Chiarimenti e reclami

In caso di richieste di chiarimenti o reclami sulla ammissibilità delle prestazioni, o relativi alla misura dei rimborsi, da parte dei dipendenti delle cooperative iscritti al Fondo sanitario, 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 COOPERAZIONE SALUTE

Per informazioni

Cooperazione Salute Società di Mutuo Soccorso
Via Segantini 23 – 38122 Trento
Telefono: 0461-1788990
info@cooperazionesalute.it
www.cooperazionesalute.it

Assistenza in Forma Diretta

La richiesta di autorizzazione ad effettuare le prestazioni in forma diretta (modulo di richiesta accompagnato da prescrizione medica con sospetto diagnostico) può essere inviata per:

- Email: dirette@cooperazionesalute.it
- Fax: 0461-1788002

Assistenza in Forma Indiretta

L'invio delle fatture e/o notule di spesa per il rimborso (in copia e utilizzando il modulo per la richiesta di rimborso delle spese sanitarie a cui vanno allegare le copie delle prescrizioni mediche) è possibile tramite:

- Email: liquidazioni@cooperazionesalute.it
- Fax: 0461-1788002
- Per posta: inviare modulo e documentazione allegata a Cooperazione Salute (**Attenzione:** il rimborso verrà realizzato a fine gestione dell'annualità. Si richiede di inviare **solo fotocopie** degli originali. La documentazione inviata non verrà restituita)

Network Sanitario e Network Odontoiatrico di Cooperazione Salute

L'elenco delle Strutture che fanno parte dei Network Sanitario e Odontoiatrico di Cooperazione Salute è consultabile nella sezione dedicata del sito di Cooperazione Salute. I Network Sanitario ed Odontoiatrico di Cooperazione Salute sono disponibili grazie alla collaborazione con Blue Assistance.