

PIANO SANITARIO DELLE COOPERATIVE SOCIALI DELLA COOPERAZIONE TRENTINA

GLI ISCRITTI

La tutela è prestata a favore dei dipendenti assunti con contratto a tempo indeterminato full-time o part-time delle cooperative sociali della Cooperazione Trentina (d'ora in avanti *Beneficiari*).

Alcune garanzie presentano quote e massimali di rimborso distinti a seconda che il beneficiario sia lavoratore full-time o lavoratore part-time.

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

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

LAVORATORI FULL - TIME

- € 100,00 annuali per il coniuge o convivente more uxorio, nonché per ciascun figlio convivente di età uguale o superiore a 26 anni;
- € 70,00 annuali per ciascun figlio convivente avente meno di 26 anni.

LAVORATORI PART - TIME

- € 70,00 annuali per il coniuge o convivente more uxorio, nonché per ciascun figlio convivente di età uguale o superiore a 26 anni;
- € 48,00 annuali per ciascun figlio convivente avente meno di 26 anni.

Ai familiari di lavoratori assunti full-time saranno applicati garanzie e massimali previsti per lavoratori full-time; allo stesso modo, ai familiari di lavoratori assunti part-time saranno applicati garanzie e massimali previsti per lavoratori part-time.

Il beneficiario dovrà comunicare i dati dei 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 beneficiario per l'iscrizione del nucleo familiare, operando successivamente una trattenuta del valore equivalente dalla busta paga del beneficiario.

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 rinnovata per il beneficiario, verrà applicata la stessa **decorrenza** immediata dell'assistenza prevista per il beneficiario. 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 beneficiario iscrive i familiari entro 30 giorni dal matrimonio, dall'inizio convivenza o dalla nascita, il familiare potrà godere immediatamente della copertura come il beneficiario. Se il nucleo familiare viene iscritto successivamente, si applicheranno le carenze sopra riportate.

▪ Se il beneficiario decide di estendere la copertura sanitaria al proprio nucleo familiare convivente, il beneficiario 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 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 beneficiario e/o usciranno dal nucleo familiare del beneficiario 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 beneficiario, 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 beneficiario 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 beneficiari 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.

ADESIONE AL PIANO DI ASSISTENZA “IN COOPERAZIONE” PER I FAMILIARI

In alternativa all’estensione della copertura sanitaria al Nucleo familiare, gli aventi diritto hanno la possibilità di sottoscrivere per il proprio nucleo il **Piano di Assistenza In Cooperazione** con il versamento complessivo di € 15,00 per l’intero Nucleo. Il Piano di Assistenza In Cooperazione è un piano ad adesione volontaria individuale, rivolto al Nucleo familiare degli Iscritti a Cooperazione Salute. Il Piano di Assistenza prevede la possibilità di accedere ad una rete di strutture e professionisti convenzionati con Cooperazione Salute dislocati su tutto il territorio trentino, sia in ambito socio sanitario che odontoiatrico, presso i quali beneficiare di tariffari agevolati e prestabiliti, inferiori rispetto alle tariffe normalmente applicate dagli stessi. Il numero di accessi alle strutture della rete è illimitato, per tutta la durata della copertura del Piano di Assistenza.

LE PRESTAZIONI

Tutte le garanzie sono operanti in caso di malattia e di infortunio avvenuto durante il periodo di copertura dell’assistenza sanitaria integrativa.

Le prestazioni garantite dal Piano Sanitario sono le seguenti:

1. *Fondo di Solidarietà*
2. *Ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico*
3. *Prestazioni di alta specializzazione (diagnostica e terapia)*
4. *Visite specialistiche*
5. *Ticket per accertamenti diagnostici e pronto soccorso, prevenzione e controllo*
6. *Pacchetto maternità*
7. *Prevenzione e cure odontoiatriche*
8. *Accesso ai tariffari agevolati*

1. FONDO DI SOLIDARIETA’

A seguito della presentazione di specifica richiesta da parte del beneficiario, il Comitato di gestione del Fondo Sanitario può deliberare l’erogazione di contributi sanitari straordinari ai soci colpiti da eventi sanitari di particolare gravità.

La delibera del Comitato di gestione è insindacabile.

2. RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO A SEGUITO DI MALATTIA O INFORTUNIO

2.1. Sussidi

E' riconosciuto un sussidio per i grandi interventi chirurgici compresi nell'Allegato A al Piano Sanitario, che copra le spese effettivamente sostenute e documentate relative a:

- Pre-ricovero.** Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche sostenuti nei **90 giorni** precedenti l'inizio del ricovero, purchè resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero stesso. La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.
- Intervento chirurgico.** Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.
- Assistenza medica, medicinali, cure.** Prestazioni mediche ed infermieristiche, consulenze medico specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero.
- Retta di degenza.** Nel caso di ricovero in istituto di cura, le spese sostenute vengono rimborsate nei limiti che seguono:
LAVORATORI FULL – TIME: nel limite di € 250,00 al giorno.
LAVORATORI PART – TIME: nel limite di € 200,00 al giorno.
Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.
- Accompagnatore.** Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'istituto di cura o in struttura alberghiera, nel limite di € 50,00 al giorno per un massimo di **30** giorni per ricovero.
- Assistenza infermieristica privata individuale.** Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 60,00 al giorno per un massimo di **30** giorni per ricovero.
- Post-ricovero.** Esami ed accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei **90** giorni successivi alla cessazione del ricovero purchè resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

2.2. Indennità sostitutiva

Il Socio, qualora non richieda alcun rimborso alla Mutua, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto ad un'indennità pari a:

LAVORATORI FULL – TIME: € 60,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 100 giorni per ogni ricovero.

LAVORATORI PART – TIME: € 40,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 100 giorni per ogni ricovero.

2.3. Trasporto sanitario

Rimborso delle spese per trasporto in ambulanza, aereo sanitario o unità coronaria mobile all'istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione.

Il limite di spesa per la presente garanzia è di € 1.500,00 per ricovero.

2.4. Trapianti a seguito di malattia e infortunio

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, sono rimborsate le spese previste ai punti 2.1 e 2.3 con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo. Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto. Nel caso di donazione da vivente, la garanzia rimborsa le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza.

2.5. Neonati figli dei beneficiari

Rimborso delle spese per interventi chirurgici effettuati nel primo anno di vita del neonato per la correzione di malformazioni congenite.

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 2.000,00 per neonato.

2.6. Endoprotesi

Rimborso delle spese sostenute per l'acquisto di endoprotesi.

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 1.000,00 per persona.

Il limite di spesa annuo per la presente garanzia è di € 90.000,00 per Iscritto e per anno associativo.

Le spese sostenute presso strutture private vengono rimborsate al Socio con l'applicazione di uno scoperto del 20%, con applicazione di un minimo non indennizzabile di € 2.000,00, nel limite di un massimale di € 8.000,00 per intervento, fermi restando i limiti previsti dalle singole garanzie.

Qualora il ricovero avvenga in una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, il piano sanitario rimborsa integralmente le spese rimaste a carico del beneficiario per ticket sanitari o per trattamento alberghiero.

3. PRESTAZIONI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE (DIAGNOSTICA E TERAPIA)

3.1. Sussidi

Per le prestazioni elencate nell'Allegato B, è riconosciuto il rimborso delle spese sostenute secondo le seguenti modalità:

LAVORATORE FULL-TIME

- Spese sostenute presso strutture convenzionate: applicazione di una franchigia di € 35,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.
- Spese sostenute presso strutture non convenzionate: minimo non indennizzabile di € 50,00 per ogni accertamento diagnostico.
- Spese sostenute presso il Sistema Sanitario Nazionale: rimborso integrale.

LAVORATORE PART-TIME

- Spese sostenute presso strutture convenzionate: rimborso integrale della spesa con applicazione di una franchigia di € 35,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.
- Spese sostenute presso strutture non convenzionate: rimborso del 75% della spesa con applicazione di una franchigia di € 60,00 per ogni accertamento diagnostico.
- Spese sostenute presso il Sistema Sanitario Nazionale: rimborso integrale.

Il Beneficiario dovrà allegare la prescrizione del proprio medico curante contenente l'indicazione della patologia presunta o accertata.

3.2. Indennità sostitutiva per terapie

Qualora non sia presentato alcuna richiesta di rimborso relativa alle spese per cure di radioterapia o di chemioterapia, è riconosciuto per

LAVORATORE FULL – TIME: un sussidio di € 25,00 per ogni giorno di trattamento.

LAVORATORE PART – TIME: un sussidio di € 10,00 per ogni giorno di trattamento.

Il Beneficiario dovrà allegare la documentazione certificativa dei trattamenti effettuati.

Il limite di spesa annuo la presente garanzia è di

LAVORATORE FULL – TIME: € 4.000,00 per Iscritto e per anno associativo.

LAVORATORE PART – TIME: € 3.000,00 per Iscritto e per anno associativo.

4. VISITE SPECIALISTICHE

Per le visite specialistiche è riconosciuto il rimborso delle spese sostenute secondo le seguenti modalità:

LAVORATORE FULL – TIME

- Spese sostenute presso strutture private: rimborso del 50% della spesa per un massimo di € 20,00. Il riconoscimento è limitato ad una visita all'anno per specializzazione.
- Spese sostenute presso il Sistema Sanitario Nazionale: rimborso integrale.

LAVORATORE PART – TIME

- Spese sostenute presso strutture private: rimborso del 50% della spesa per un massimo di € 20,00. Il riconoscimento è limitato ad un massimo di 5 visite specialistiche all'anno.
- Spese sostenute presso il Sistema Sanitario Nazionale: rimborso integrale.

Il Beneficiario dovrà allegare la prescrizione del proprio medico curante contenente l'indicazione della patologia presunta o accertata. 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 pena il diniego di rimborso.

Esclusioni. Sono escluse visite odontoiatriche e ortodontiche, le visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita, le visite omeopatiche, le dietologiche, le chiropratiche, nonché tutte quelle non previste dalla medicina ufficiale. Sono inoltre escluse le visite psichiatriche e psicologiche, ad eccezione della prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di eventuali patologie.

Il limite di spesa annuo la presente garanzia è

LAVORATORE FULL – TIME: € 500,00 per Iscritto e per anno associativo.

LAVORATORE PART – TIME: € 250,00 per Iscritto e per anno associativo.

5. TICKET PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRONTO SOCCORSO, PREVENZIONE E CONTROLLO

5.1. Ticket per accertamenti diagnostici e pronto soccorso

Rimborso integrale dei ticket sanitari per accertamenti diagnostici o di pronto soccorso, non compresi nel Punto 3) conseguenti a malattia o a infortunio effettuati nel Servizio Sanitario Nazionale.

Il Beneficiario dovrà allegare la prescrizione del proprio medico curante contenente l'indicazione della patologia presunta o accertata, o il documento di accettazione emesso dal pronto soccorso.

5.2. Prevenzione e controllo

Per consentire una adeguata prevenzione di tutte le possibili patologie sono rimborsati i ticket sostenuti presso il SSN per l'effettuazione di prestazioni diagnostiche e specialistiche, eseguite anche a solo scopo preventivo come ecografie, mammografie, doppler, analisi cliniche, pap test, markers tumorali.

Il limite di spesa annuo la presente garanzia è di

LAVORATORE FULL – TIME: € 500,00 per Iscritto e per anno associativo.

LAVORATORE PART – TIME: € 450,00 per Iscritto e per anno associativo.

6. PACCHETTO MATERNITA'

6.1. Gravidanza

Rimborso delle ecografie, delle visite di controllo ostetrico ginecologiche e delle analisi clinico chimiche (sono altresì ricomprese anche l'amnioscopia, amniocentesi e villocentesi. Queste vengono rimborsate solamente se la lavoratrice ha un'età superiore ai 35 anni oppure se esiste già una malformazione familiare, dove per famiglia si intende parenti di 1° grado) effettuate durante il periodo di gravidanza.

La disponibilità per la presente garanzia è di

LAVORATORE FULL – TIME: € 450,00 per Iscritto e per evento.

LAVORATORE PART – TIME: € 350,00 per Iscritto e per evento.

6.2. Parto

In occasione del parto e previa presentazione della relativa cartella clinica, è riconosciuta un'indennità di ricovero.

La disponibilità annua per la presente garanzia è di

LAVORATORE FULL – TIME: € 60,00 per ogni giorno di ricovero, per un massimo di 7 giorni per ogni ricovero.

LAVORATORE PART – TIME: € 40,00 per ogni giorno di ricovero, per un massimo di 7 giorni per ogni ricovero.

7. PREVENZIONE E CURE ODONTOIATRICHE

Sono rimborsabili le spese per prestazioni di igiene orale (visita intercettiva e ablazione tartaro), prestazioni odontoiatriche, ortodontiche, protesi dentali, effettuate **presso strutture convenzionate** con la Mutua.

Il limite di spesa annuo per la presente garanzia è di € 200,00 per Iscritto.

Tali prestazioni sono rimborsate a riparto, con riconoscimento di € 30,00 alla presentazione della prima fattura, a titolo di acconto provvisorio. L'eventuale successivo rimborso sarà erogato alla chiusura del bilancio di Cooperazione Salute, utilizzando la disponibilità del fondo istituito sul bilancio di previsione annuale per le cure odontoiatriche. Nel caso in cui la disponibilità annua non sia in parte impiegata, il residuo resterà disponibile nello specifico fondo, previsto nello stato patrimoniale del bilancio.*

** Modifica introdotta con il 1 gennaio 2016, a seguito della revisione del tariffario convenzionato delle prestazioni odontoiatriche, che prevede un costo minimo di € 30,00.*

8. ACCESSO A TARIFFARI AGEVOLATI

8.1 Il Dentista di Cooperazione Salute

Il servizio permette all'Iscritto di accedere alla rete odontoiatrica convenzionata di Cooperazione Salute e di ottenere le visite/cure odontoiatriche con **applicazione di un nomenclatore tariffario unico** con un costo fino al 70% inferiore rispetto ai prezzi medi del mercato. Il Network Odontoiatrico è attualmente composto da studi singoli e associati dislocati in tutto il Trentino. Per aver accesso ai tariffari agevolati è necessario identificarsi presso la struttura o i medici convenzionati presentando un documento identificativo ed il codice fiscale.

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

8.2 Accesso ai tariffari agevolati del Network Sanitario di Cooperazione Salute

Il servizio permette all'Iscritto di accedere **alle strutture e i professionisti convenzionati** con il Network Sanitario di Cooperazione Salute, che applicano sconti sulle tariffe della libera professione compresi tra il 10 e il 20%.

Per ottenere le tariffe da convenzione è necessario identificarsi presso la struttura o i professionisti convenzionati presentando un documento identificativo ed il codice fiscale.

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

Si ricorda la possibilità di estendere l'accesso ai tariffari agevolati anche al proprio nucleo familiare sottoscrivendo il Piano di Assistenza In Cooperazione con il versamento complessivo di € 15,00 per l'intero Nucleo. Il Piano di Assistenza In Cooperazione è un piano ad adesione volontaria individuale, rivolto al Nucleo familiare degli Iscritti a Cooperazione Salute, che prevede la possibilità di accedere alla rete di studi dentistici, strutture e professionisti sanitari convenzionati con la Mutua.

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 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.

FORME DI ASSISTENZA E MODALITA' DI LIQUIDAZIONE DEI RIMBORSI

Cooperazione Salute prevede due forme di assistenza:

- Rimborso delle spese sanitarie
- Accesso ai tariffari agevolati delle strutture sanitarie, degli studi odontoiatrici e dei professionisti sanitari convenzionati con la Mutua.

Rimborso delle spese sanitarie

Il Piano Sanitario prevede il rimborso di specifiche spese sanitarie, sostenute dall'Iscritto presso il Sistema Sanitario Nazionale, le Strutture private convenzionate con Cooperazione Salute e le Strutture private non convenzionate.

Per richiedere un rimborso l'Iscritto deve far pervenire a Cooperazione Salute entro **60 giorni** dall'evento sanitario [fa fede la data della fattura e/o notula] e comunque non oltre il **31 gennaio** dell'anno successivo la seguente documentazione:

- Il modulo, correttamente compilato, di **“Richiesta di Rimborso”** reperibile sul sito www.cooperazionesalute.it – Sezione *Modulistica*;
- 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/notula di spesa.

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 di prestazioni.

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 all'indirizzo: rimborsi@cooperazionesalute.it;
- b. Via fax: invio della documentazione in un'unica soluzione al numero 0461-1788002;
- c. Per posta ordinaria o direttamente presso i nostri uffici a Cooperazione Salute, Via Segantini 23, 38122, Trento (*modalità residuale*): il rimborso verrà realizzato soltanto a fine gestione dell'annualità. Si richiede di inviare solo copie dei documenti originali, in quanto non saranno restituiti.

Al momento dell'apertura della pratica, utilizzando il contatto e-mail dell'Iscritto, Cooperazione Salute invierà all'iscritto una comunicazione riportante la data di ricezione della richiesta ed il numero di protocollo assegnato. In caso di documentazione incompleta, l'iscritto verrà contattato direttamente. L'iscritto avrà a disposizione **10 giorni** per integrare la documentazione incompleta e/o non esaustiva. A conclusione della pratica, sempre via email, verrà comunicato all'iscritto l'esito della richiesta. In caso di esito negativo, verrà comunicata la ragione del diniego (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'Iscritto segnalato nel file excel “Dati Azienda e Dipendenti Prima Iscrizione”, Cooperazione Salute trasmetterà una comunicazione riepilogativa dei rimborsi accordati, con gli estremi delle fatture e/o notule di spesa presentate ed i relativi importi; questi dati serviranno 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. 16 e 17).

Accesso ai tariffari agevolati delle strutture sanitarie, degli studi odontoiatrici e dei professionisti sanitari convenzionati con la Mutua.

Cooperazione Salute mette a disposizione degli Iscritti una rete di Strutture sanitarie e Professionisti sanitari convenzionati, che applicano sconti sulle tariffe della libera professione compresi tra il 10 e il 20%; nonché una rete di Studi dentistici, che hanno adottato un tariffario unico e notevolmente vantaggioso rispetto ai prezzi medi del mercato.

I lavoratori possono qualificarsi presso le Strutture come Iscritti di Cooperazione Salute e beneficiare delle tariffe convenzionate, indipendentemente dal fatto che la specifica prestazione sia o meno rimborsabile ai sensi del Piano Sanitario.

Usufruendo delle Strutture convenzionate è possibile abbattere la spesa complessiva, e dunque anche la quota rimanente a carico dell'Isritto a seguito di rimborso e il raggiungimento del massimale annuo rimborsabile.

DETRAIBILITÀ DELLE SPESE SANITARIE

L'art. 15, co. 1 lett. c) del Testo Unico Imposte sul Reddito consente la detraibilità delle spese sanitarie rimaste a carico del contribuente, specificando che "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".

Pertanto, 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. Per gli assistiti non è dunque possibile portare in detrazione spese sanitarie che sono state rimborsate da Cooperazione salute. A fine annualità, Cooperazione Salute provvede ad inviare a ciascun beneficiario il riepilogo delle spese sanitarie rimborsate, al fine di agevolare il calcolo delle somme effettivamente detraibili.

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 beneficiari 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 COOPERAZIONE SALUTE

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

ALLEGATO A: INTERVENTI CHIRURGICI

Qualsiasi trapianto di organo
Interventi di cardiocirurgia sia a cuore aperto sia con metodiche esterne (ad esclusione degli interventi transvascolari e applicazione di dispositivi regolatori del ritmo cardiaco)
Interventi su esofago, stomaco e duodeno per patologie oncologiche maligne non per via endoscopica
Interventi su bocca, faringe, laringe per patologie oncologiche maligne
Interventi sul pancreas, fegato e reni per patologie oncologiche maligne
Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori non conseguenti a trauma
Interventi di neurochirurgia per patologie oncologiche maligne
Ustioni estese con intervento chirurgico di trasferimento di lembo libero microvascolare
Reimpianto di arti, interventi su anca e femore anche con impianto di protesi non conseguenti a trauma
Tiroidectomia totale
Tiroidectomia allargata per patologie oncologiche maligne
Interventi sulle paratiroidi
Interventi sull'esofago cervicale non per via endoscopica
Resezione gastrica
Gastrectomia totale ed allargata
Chirurgia gastrointestinale per perforazioni
Colectomia totale
Appendicectomia con peritonite diffusa
Interventi chirurgici sull'ano e sul retto per patologie oncologiche maligne non per via endoscopica
Interventi chirurgici sulla mammella per patologie oncologiche maligne escluse le protesi
Interventi chirurgici sul polmone per patologie oncologiche maligne
Interventi chirurgici sul midollo spinale per patologie oncologiche maligne
Interventi chirurgici sulla aorta per aneurismi dissecanti
Interventi per ricostruzioni di gravi e vaste mutilazioni degli arti da trauma

ALLEGATO B: DIAGNOSTICA

Risonanza magnetica nucleare
TAC
Tomografia ad emissione di positroni
Clisma opaco semplice e a doppio contrasto
Colangiografia
Colecistografia
Mammografia
Scialografia
Urografia
Angiografia
Artrografia
Broncografia
Colangiografia
Isterosalpingografia
Elettromiografia
Elettroencefalogramma
Medicina nucleare in vivo
RX colonna vertebrale
RX di organo o apparato con contrasto
Tomografia di organi o apparati
Qualsiasi esame contrastografico in radiologia interventistica
Cisternografia
Cistografia
Discografia
Doppler
Ecocardiogramma
Ecodoppler
Fistolografia
Flebografia
Fluorangiografia
Galattografia
Gastrosopia
Linfografia
Mielografia
Retinografia

Rx esofago
Rx tubo digerente
Scintigrafia
Splenoportografia
Uroflussometria
Ureterosopia
Vesciculodeferentografia
Coloscopia
Dacriocistografia
Defecografia
Terapie
Chemioterapia *
Radioterapia *
Dialisi
Discografia
Doppler
Ecocardiogramma
Ecodoppler
Fistolografia
Flebografia
Fluorangiografia
Galattografia
Gastrosopia
Linfografia
Mielografia
Retinografia
Rx esofago
Rx tubo digerente
Scintigrafia
Splenoportografia
Uroflussometria
Ureterosopia
Vesciculodeferentografia
Coloscopia
Dacriocistografia
Defecografia