

PIANO SANITARIO DELLA COOPERAZIONE SOCIALE
in vigore dal 01 gennaio 2020

DESTINATARI	LAVORATORI DIPENDENTI ASSUNTI CON CONTRATTO A TEMPO INDETERMINATO IN APPLICAZIONE DEL CCNL COOPERAZIONE SOCIALE	
CONTRIBUTO DI ISCRIZIONE	ANNUO PER CIASCUN COLLABORATORE	€ 60
CONTRIBUTO PER ESTENSIONE VOLONTARIA DELLA COPERTURA A CIASCUN COMPONENTE DEL NUCLEO FAMILIARE	CONIUGE E FIGLI CON 26 ANNI COMPIUTI	€ 60
	FIGLI CON MENO DI 26 ANNI	€ 48

SOMMARIO

A.	RICOVERI.....	2
1.	Ricoveri per Grande Intervento Chirurgico	2
2.	Altri ricoveri con Intervento Chirurgico	2
B.	AREA SPECIALISTICA	2
3.	Prestazioni di Alta Specializzazione diagnostica e strumentale	2
4.	Visite specialistiche	3
5.	Ticket per Accertamenti Diagnostici e Pronto Soccorso.....	4
6.	Gravidanza	4
7.	Prestazioni fisioterapiche e riabilitative.....	5
C.	PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE.....	6
8.	Assistenza domiciliare sanitaria.....	6
9.	Assistenza sociale	6
D.	PRESTAZIONI DI ASSISTENZA MEDICA.....	6
10.	Assistenza medica tramite la rete di Cooperative Sociali e Sanitarie di Confcooperative	6
E.	ASSISTENZA ODONTOIATRICA GENERALE - PRESSO STRUTTURE CONVENZIONATE – RIMBORSO INDIRETTO	6
11.	Prevenzione presso strutture convenzionate.....	6
12.	Otturazioni presso strutture convenzionate.....	6
13.	Estrazioni presso strutture convenzionate	6
14.	Impianti Osteointegrati presso strutture convenzionate	7
F.	ASSISTENZA ODONTOIATRICA PARTICOLARE - PRESSO STRUTTURE CONVENZIONATE – RIMBORSO INDIRETTO	7
15.	Cure Odontoiatriche da Infortunio presso strutture convenzionate	7
16.	Protesi Odontoiatriche da Infortunio presso strutture convenzionate	7
G.	NON AUTOSUFFICIENZA.....	7
17.	Sussidio per non autosufficienza.....	7
H.	ACCESSO A TARIFFARI AGEVOLATI.....	7
18.	Il Dentista di Cooperazione Salute: accesso al tariffario convenzionato del Network Odontoiatrico di Cooperazione Salute	7

19. Il Medico di Cooperazione Salute: accesso al tariffario convenzionato del Network Sanitario di Cooperazione Salute	7
ELENCO A: INTERVENTI CHIRURGICI	9
ELENCO B: PRESTAZIONI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE DIAGNOSTICA E STRUMENTALE	10
ELENCO C: GRAVI MALATTIE.....	11
ESCLUSIONI	13
FORME DI ASSISTENZA E MODALITA' DI FRUIZIONE DEI RIMBORSI	14
a. Definizioni.....	14
b. Iscrizione all'Area Riservata di Cooperazione Salute	14
c. Iscrizione alla AppCard di Confcooperative	14
d. Assistenza in Forma Diretta e Indiretta	14
ESTENSIONE DELLA COPERTURA AL NUCLEO FAMILIARE CONVIVENTE.....	16
NORME GENERALI	17
CONTATTI DI COOPERAZIONE SALUTE	18

A. RICOVERI

1. Ricoveri per Grande Intervento Chirurgico

In caso di ricovero ospedaliero a seguito di Grande Intervento Chirurgico, rientrante tra quelli previsti nell'Elenco A, il Piano sanitario prevede il riconoscimento di un'indennità per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia e/o dell'infortunio.

L'indennità sarà pari ad **€ 60,00 per i ricoveri in Italia e € 100,00 per i ricoveri all'estero** e verrà erogata, previa applicazione di una franchigia di due giorni per ogni ricovero, fermo restando il limite massimo di 20 giorni per ciascun ricovero

2. Altri ricoveri con Intervento Chirurgico

In caso di ricovero ospedaliero a seguito di Intervento Chirurgico (diverso da quelli previsti nell'Elenco A ed escluso il parto cesareo), il Piano sanitario prevede il riconoscimento di un'indennità per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia e/o dell'infortunio.

L'indennità sarà pari ad **€ 30,00** e verrà erogata, previa applicazione di una franchigia di due giorni per ogni ricovero, fermo restando il limite massimo di 7 giorni per ciascun ricovero.

B. AREA SPECIALISTICA

3. Prestazioni di Alta Specializzazione diagnostica e strumentale

Il Piano sanitario prevede il rimborso delle spese per le prestazioni di alta specializzazione presenti nell'Elenco B eseguite indipendentemente dal ricovero, in presenza di prescrizione del medico curante/del medico specialista 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 **€ 25,00** per ogni accertamento, che dovrà essere versata dall'Iscritto direttamente 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 **€ 35,00** 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 **75%** 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**: rimborso integrale dei ticket sanitari.

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 il voucher scaricabile dalla propria Area Riservata.

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 € 240,00, ovvero nei casi in cui il minimo non indennizzabile di € 60,00 sia maggiore od uguale al 25% 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 € 187,50, ovvero il totale fattura meno il 25% della stessa. Ciò vale per tutte le richieste rimborso superiori a € 240,00, ovvero nei casi in cui il 25% 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 € 46,15, ovvero il totale fattura senza applicazione di alcuna franchigia.

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 scaricabile dalla propria Area Riservata.

4. Visite specialistiche

Il Piano sanitario prevede il rimborso delle spese per le visite specialistiche, in presenza di prescrizione del medico curante/del medico specialista indicante la patologia presunta o accertata per la quale la visita viene richiesta. Non sono in copertura le visite specialistiche: odontoiatriche ed ortodontiche, omeopatiche, psichiatriche e psicologiche, chiropratiche, nonché tutte quelle non previste dalla medicina ufficiale.

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 **€ 20,00** per ogni visita specialistica, che dovrà essere versata direttamente dall'Iscritto alla struttura convenzionata.
- 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'Iscritto di **€ 30,00** per ogni visita specialistica, 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 **75%** 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 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 / del medico specialista, 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 il voucher scaricabile dalla propria Area Riservata.. Le viste sono rimborsabili solo se effettuate da medici chirurgici iscritti all'albo.

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 € 240,00, ovvero nei casi in cui il minimo non indicizzabile di € 60,00 sia maggiore od uguale al 25% 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 € 187,50, ovvero il totale fattura meno il 25% della stessa. Ciò vale per tutte le richieste rimborso superiori a € 240,00, ovvero nei casi in cui il 25% 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 € 46,15, ovvero il totale fattura senza applicazione di alcuna franchigia.

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 scaricabile dalla propria Area Riservata.

5. Ticket per Accertamenti Diagnostici e Pronto Soccorso

Rimborso integrale dei ticket sanitari per accertamenti diagnostici, tra cui anche esami di laboratorio - diversi da quelli previsti al punto 1 - conseguenti a malattia o a infortunio e/o prescritti anche a solo scopo di prevenzione e controllo 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.

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

6. Gravidanza

Rimborso delle spese sostenute durante il periodo della gravidanza per:

- Esami di laboratorio (con modalità di assistenza, franchigia e limiti di disponibilità annua previsti dal **punto 5**. Ticket per Accertamenti Diagnostici e Pronto Soccorso).
- Accertamenti diagnostici quali ecografie, amniocopia, amniocentesi e villocentesi (con modalità di assistenza, franchigie e limiti di disponibilità annua previsti dal **punto 3**. Prestazioni di Alta Specializzazione diagnostica e strumentale).
- Visite specialistiche di controllo sull'andamento della gravidanza (con modalità di assistenza, franchigie e limiti di disponibilità annua previsti dal **punto 4**. Visite specialistiche).

La disponibilità annua per la presente garanzia coincide con le disponibilità previste rispettivamente ai Punti 3, 4 e 5.

I documenti di spesa dovranno essere accompagnati da un certificato medico che attesti lo stato di gravidanza o da una richiesta del medico curante/medico specialista. Per aver accesso ai tariffari agevolati è necessario identificarsi presso la struttura o medici convenzionati presentando il voucher scaricabile dalla propria Area Riservata.

7. Prestazioni fisioterapiche e riabilitative

Il Piano sanitario prevede il rimborso delle spese per prestazioni fisioterapiche e riabilitative a seguito di infortunio certificato al Pronto Soccorso Pubblico e richieste dal medico curante ovvero da medico specialista. Le prestazioni fisioterapiche e riabilitative a seguito di infortunio possono essere riconosciute entro un massimo di 12 mesi dal verificarsi dell'infortunio accertato dal Pronto Soccorso.

Assistenza in Forma Diretta

- Nel caso di utilizzo di **strutture/professionisti cooperativi** convenzionati appartenenti al Network Sanitario di Cooperazione Salute: le spese per le prestazioni vengono liquidate direttamente alle strutture, lasciando una quota a carico dell'Iscritto di € **10,00** per ogni prestazione/seduta, che dovrà essere versata direttamente dall'Iscritto alla struttura convenzionata.
- Nel caso di utilizzo di **strutture convenzionate/professionisti** 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 € **20,00** per ogni prestazione/seduta, 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 **75%** con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di € **60,00** per ogni ciclo di terapia.
- 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 Iscritto.

A fini del rimborso, i documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico/ diploma o laurea del professionista sanitario che ha effettuato la prestazione che dovrà risultare coerente la prescrizione rilasciata dal medico curante/ medico specialista, 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 il voucher scaricabile dalla propria Area Riservata..

Esempio Assistenza in Forma Indiretta:

Esempio A: Un iscritto effettua un ciclo di cure presso una struttura privata (struttura convenzionata, non convenzionata o di libera professione) e spende € 200,00. Cooperazione Salute rimborserà € 140,00, ovvero il totale fattura al netto del minimo non indennizzabile di € 60,00. Ciò vale per tutte le richieste rimborso pari o inferiori a € 240,00, ovvero nei casi in cui il minimo non indicizzabile di € 60,00 sia maggiore od uguale al 25% del valore della fattura.

Esempio B: Un iscritto effettua un ciclo di cure presso una struttura privata (struttura convenzionata, non convenzionata o libera professione) e spende € 250,00. Cooperazione Salute rimborserà € 187,50, ovvero il totale fattura meno il 25% della stessa. Ciò vale per tutte le richieste rimborso superiori a € 240,00, ovvero nei casi in cui il 25% del valore della fattura sia superiore al minimo non indicizzabile di € 60,00.

Esempio C: Un iscritto effettua una prestazione fisioterapica in regime pubblico (pagando dunque il Ticket) e spende € 46,15. Cooperazione Salute rimborserà € 46,15, ovvero il totale fattura senza applicazione di alcuna franchigia.

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 scaricabile dalla propria Area Riservata.

C. PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE

8. Assistenza domiciliare sanitaria

In caso di ricovero (dove per ricovero si intende la degenza ospedaliera notturna) a seguito del quale si necessiti di interventi sanitari a domicilio per praticare terapia medica e/o assistenza specialistica, infermieristica per medicazioni, mobilizzazioni, prelievi, rilievi dei parametri biologici, fisioterapia e riabilitazione, spetta un sussidio pari al **50%** delle spese sostenute fino ad un massimo di **€ 1.000,00** nell'anno solare.

Il sussidio verrà liquidato a fronte di spese dettagliatamente documentate e riconducibili alla patologia in atto e al certificato attestante il ricovero ospedaliero.

9. Assistenza sociale

In caso di grave malattia ricompresa nell'Elenco C o infortunio che determinino una degenza domiciliare superiore a 7 giorni spetta un sussidio, fino ad un massimo di **€ 1.000,00** nell'anno solare, pari al 50% delle spese sostenute per:

- Assistenza alla persona
- Collaboratore/trice domestico/a

Qualora l'evento sia occorso a figli dell'iscritto con età inferiore a 14 anni, oppure a figli dell'iscritto studenti fino a 19 anni, a cui però sia stato esteso il Piano, il sussidio ricomprende anche le spese sostenute per la supervisione (educatore/trice, baby sitter) del figlio.

Il sussidio verrà liquidato a fronte di spese dettagliatamente documentate e riconducibili alle prestazioni di cui sopra effettuate nel periodo di degenza domiciliare debitamente certificata.

D. PRESTAZIONI DI ASSISTENZA MEDICA

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

La rete convenzionata di Federazione Sanità di Confcooperative offre la possibilità, dove il servizio è attivo, di usufruire di prestazioni sanitarie a tariffe calmierate (Guardia medica notturna e festivi; codici bianchi, cure primarie; fisioterapia, logopedia e domotica).

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 alle condizioni previste per l'assistenza in Forma Diretta al Punto 3. Prestazioni di Alta Specializzazione diagnostica e strumentale.

E. ASSISTENZA ODONTOIATRICA GENERALE - PRESSO STRUTTURE CONVENZIONATE – RIMBORSO INDIRETTO

11. Prevenzione presso strutture convenzionate

Una volta all'anno, viene riconosciuto il rimborso di una seduta di ablazione semplice del tartaro del valore di **€ 35,00**.

12. Otturazioni presso strutture convenzionate

Viene riconosciuto il rimborso delle spese per otturazioni dentarie, per un massimo di **€ 50,00** ad elemento. Il rimborso non è ripetibile in relazione allo stesso dente nell'arco dei successivi quattro anni.

13. Estrazioni presso strutture convenzionate

Viene riconosciuto il rimborso delle spese per estrazioni dentarie, per un massimo di **€ 50,00** ad elemento. Il rimborso non è ripetibile in relazione allo stesso dente.

14. Impianti Osteointegrati presso strutture convenzionate

Viene riconosciuto un sussidio fino ad un massimo di € 300,00 a impianto. Il rimborso non è ripetibile in relazione allo stesso dente nell'arco dei successivi cinque anni. Nell'ipotesi di rigetto non è ammesso nuovamente il rimborso per un nuovo impianto sullo stesso dente.

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

F. ASSISTENZA ODONTOIATRICA PARTICOLARE - PRESSO STRUTTURE CONVENZIONATE – RIMBORSO INDIRETTO

15. Cure Odontoiatriche da Infortunio presso strutture convenzionate

In caso di infortunio certificato dal Pronto Soccorso, viene riconosciuto un rimborso pari al 50% delle spese sostenute elencate nella fattura del dentista convenzionato fino ad un massimo di € 3.000,00 nell'anno solare per iscritto, fatta salva la rivalsa per responsabilità di terzi. La prestazione dovrà essere effettuata entro 6 mesi dalla data dell'infortunio.

16. Protesi Odontoiatriche da Infortunio presso strutture convenzionate

In caso di infortunio certificato dal Pronto Soccorso, viene riconosciuto un rimborso pari al 50% delle spese sostenute elencate nella fattura del dentista convenzionato fino ad un massimo di € 500,00 nell'anno solare per iscritto, fatta salva la rivalsa per responsabilità di terzi. La prestazione dovrà essere effettuata entro 6 mesi dalla data dell'infortunio.

Per le garanzie di Assistenza odontoiatrica (E e F), 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 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 eventuali ortopantomografie e la documentazione radiografica pre e post prestazione a cui allegare copia del voucher di autorizzazione all'accesso al tariffario. Non potranno essere prese in esame fatture per prestazioni odontoiatriche iniziate ed eseguite prima della decorrenza della copertura.

G. NON AUTOSUFFICIENZA

17. Sussidio per non autosufficienza

Nel caso in cui l'iscritto incorra in una condizione di non autosufficienza verrà riconosciuto un **sussidio di € 450,00 al mese** garantito finché in vita e perdurino le condizioni di non autosufficienza. Le condizioni di operatività della prestazione, le condizioni di accesso al sussidio, così come le modalità di erogazione e gestione sono indicate nello specifico Reagolamento messo a disposizione da Cooperazione Salute.

In caso di estensione del piano al nucleo familiare la copertura è valida solo per il lavoratore.

H. ACCESSO A TARIFFARI AGEVOLATI

18. 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 e di ottenere le visite/cure odontoiatriche con un costo fino al 70% inferiore rispetto al mercato.

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

19. Il Medico di Cooperazione Salute: 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. Per aver accesso ai tariffari agevolati è necessario identificarsi presso la struttura o medici convenzionati presentando il voucher scaricabile dalla propria area riservata..

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

ELENCO A: INTERVENTI CHIRURGICI

NEUROCHIRURGIA

Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
Interventi di cranioplastica
Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
Asportazione tumori dell'orbita
Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore
Interventi sul plesso brachiale

CHIRURGIA GENERALE

Intervento per asportazione tumore maligno della mammella con eventuale applicazione di protesi

OCULISTICA

Interventi per neoplasie del globo oculare
Intervento di enucleazione del globo oculare

OTORINOLARINGOIATRIA

Asportazione di tumori maligni del cavo orale
Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
Interventi demolitivi del laringe (intervento di laringectomia totale parziale)
Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale e mascellare
Ricostruzione della catena ossiculare
Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

CHIRURGIA DEL COLLO

Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
Interventi per fistole bronchiali
Interventi per echinococchi polmonare
Pneumectomia totale o parziale
Interventi per cisti o tumori del mediastino

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

Interventi sul cuore per via toracotomica
Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale
Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
Asportazione di tumore glomico carotideo

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
Intervento per mega-esofago
Resezione gastrica totale

Resezione gastro-digiunale

Intervento per fistola gastro-digiunocolica
Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
Interventi di amputazione del retto-ano
Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
Drenaggio di ascesso epatico
Interventi per echinococchi epatica
Resezioni epatiche
Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
Interventi chirurgici per ipertensione portale
Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
Interventi per neoplasie pancreatiche
Interventi chirurgici sull'ano e sul retto per patologie oncologiche maligne per via endoscopica
Interventi su bocca, faringe, laringe per patologie oncologiche maligne
Interventi sul pancreas, fegato e reni per patologie oncologiche maligne

UROLOGIA

Nefroureterectomia radicale
Surrenalectomia
Interventi di cistectomia totale
Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
Cistoprostatovescicolectomia
Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica trans-sacrale
Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare

GINECOLOGIA

Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Interventi per costola cervicale
Interventi di stabilizzazione vertebrale
Interventi di resezione di corpi vertebrali
Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei

CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE

Interventi di chirurgia oro maxillo-facciale per mutilazioni del viso conseguenti ad infortunio che comportino una riduzione delle capacità funzionali >25%

TRAPIANTI DI ORGANO

Tutti

ELENCO B: PRESTAZIONI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE DIAGNOSTICA E STRUMENTALE

RADIOLOGIA CONVENZIONALE (SENZA CONTRASTO)

Rx mammografia e/o bilaterale
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 esofago 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

Ecocolordoppler arti inferiore e superiori
Ecocolordoppler 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.)
Cistoscopia diagnostica
Esofagogastroduodenoscopia
Rettosigmoidoscopia diagnostica
Tracheobroncoscopia diagnostica

ELENCO C: GRAVI MALATTIE

INFARTO MIOCARDICO ACUTO

**INSUFFICIENZA CARDIORESPIRATORIA SCOMPENSATA CHE PRESENTI
CONTEMPORANEAMENTE ALMENO TRE DELLE SEGUENTI MANIFESTAZIONI:**

- Dispnea;
- Edemi declivi;
- Aritmia;
- Angina instabile;
- Edema o stasi polmonare;
- Ipossiemia.

NEOPLASIA MALIGNA

**DIABETE COMPLICATO CARATTERIZZATO DA ALMENO DUE TRA LE SEGUENTI
MANIFESTAZIONI:**

- Ulcere torbide;
- Decubiti;
- Neuropatie;
- Vasculopatie periferiche;
- Infezioni urogenitali o sovrinfezioni.

VASCULOPATIA ACUTA A CARATTERE ISCHEMICO O EMORRAGICO CEREBRALE

USTIONI DI TERZO GRADO CON ESTENSIONE PARI ALMENO AL 20% DEL CORPO

TETRAPLEGIA

SCLEROSI MULTIPLA

SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA

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 / del medico specialista, pena il diniego del rimborso o dell'attivazione della forma diretta.

Sono esclusi – salvo deroghe specifiche indicate per ciascuna tipologia di garanzia prevista dal piano sanitario - dalla copertura sanitaria le prestazioni relative a:

- Gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
- Gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche e motonautiche, ed alle relative prove ed allenamenti;
- Gli infortuni determinati da ubriachezza o sofferti sotto influenza di allucinogeni, di stupefacenti e di psicofarmaci, nonché in conseguenza di proprie azioni dolose delittuose;
- Gli infortuni sofferti e le malattie verificatesi durante lo svolgimento del servizio di leva od il servizio sostitutivo di questo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
- Le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione del Contratto;
- Le cure e gli interventi di chirurgia per l'eliminazione o correzione di difetti della vista dovuti a vizi di rifrazione (ad esempio: correzione di miopia ed astigmatismo);
- Le cure delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere compresi i comportamenti nevrotici;
- Le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici e ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
- Le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale;
- Gli interventi di chirurgia plastica a scopo estetico salvo quelli a scopo ricostruttivo da infortunio o conseguente ad intervento chirurgico oncologico (limitatamente alla sede anatomica di lesione);
- Le protesi dentarie ed ortodontiche, le cure dentarie e del paradonzo, gli interventi preprotetici e di implantologia;
- Le conseguenze dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche salvo che siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche;
- Le conseguenze derivanti da guerra, insurrezione, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;
- Degenze in case di riposo, in strutture di lungodegenza o residenze sanitarie assistenziali, di convalescenza, di soggiorno, stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, dietologici o del benessere;
- Ricoveri per stati vegetativi, ricoveri per lunga degenza ovvero quelli determinati da condizioni fisiche dell'assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che diano luogo alla permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- Cure non rientranti nei protocolli riconosciuti dall'OMS;
- I ricoveri e i day hospital durante i quali vengono effettuati solo accertamenti diagnostici o terapie fisiche che, per la loro natura, possono essere effettuati anche in ambulatorio.

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 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 nella propria Area Riservata.

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. Iscrizione all'Area Riservata di Cooperazione Salute

Direttamente dal sito www.cooperazionesalute.it e cliccando sull'icona di accesso all'area riservata, in alto a destra: inserire i propri dati, il proprio codice fiscale e seguendo la procedura guidata di prima registrazione. Il sistema invierà una mail (all'indirizzo inserito) per ricevere la conferma dei dati inseriti e definire le credenziali di accesso all'area riservata.

Qui è possibile:

- Consultare il Piano Sanitario;
- 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;
- Consultare lo stato di lavorazione delle pratiche;
- Acquisire la comunicazione annuale riepilogativa, con gli estremi delle fatture e/o notule di spesa; dati utili per usufruire delle detrazioni fiscali su quella parte di spesa non rimborsata e rimasta effettivamente a carico.



c. Iscrizione alla AppCard di Confcooperative

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

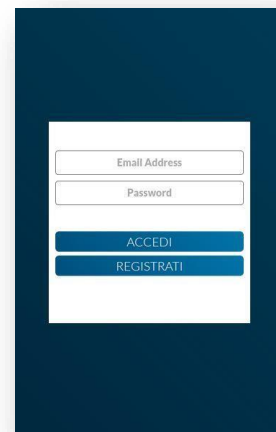
Cliccando su **“Registrati”** all'interno della APP e dopo aver inserito tutti i tuoi dati personali ti arriverà un'Email di conferma all'indirizzo di posta elettronica indicato al momento della registrazione.



Seguendo le indicazioni riportate nella Email e cliccando su “**Ricevi Pin**” riceverai un SMS sul tuo telefono cellulare con il codice da inserire per concludere la registrazione. Basterà aprire il link riportato nell’SMS per inserire **Username (Codice fiscale) e Codice**, a questo punto si può completare il processo di registrazione scegliendo la **password** che si preferisce.

Una volta registrato 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.



d. Assistenza in Forma Diretta e Indiretta

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 nell’Area Riservata di Cooperazione salute.
- Contattare** la struttura scelta per richiedere una prestazione in forma diretta, da parte di un medico/professionista convenzionato con Cooperazione Salute, e prenotare.
- Successivamente alla prenotazione, inviare a Cooperazione Salute la “**Richiesta di Prestazioni in Forma Diretta**” unitamente alla copia della prescrizione del Medico di Medicina Generale / del medico specialista, almeno **5 giorni** lavorativi prima della prestazione:
 - tramite Area riservata (*modalità consigliata*) dal sito www.cooperazionesalute.it, compilando il form online e allegando copia della prescrizione medica
 - tramite la App di Confcooperative (*modalità consigliata*)
- Cooperazione Salute, fornirà a te (su Area Riservata o Appcard) e alla Struttura l’**autorizzazione** a beneficiare del servizio.
- Dovrai sempre presentarti 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, per le spese sostenute nel mese di dicembre, non oltre il **31 gennaio** dell’anno successivo, la seguente documentazione:

- Il modulo di “**Richiesta rimborso in Forma Indiretta**” correttamente compilato; Per le richieste di rimborso inviate da Area riservata o App i dati si compilano direttamente nel form online;
- La copia della documentazione medica che giustifica la fattura/notula di spesa: prescrizione del medico di base, certificazione del medico specialista (sia per le prestazioni eseguite privatamente che in regime Ssn);
- La copia della fattura/ della notula di spesa.

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

- a. Tramite Area riservata (*modalità consigliata*) dal sito www.cooperazionesalute.it compilando il form online e allegando copia della prescrizione medica e fattura/notula
- b. Tramite la App di Confcooperative (*modalità consigliata*)
- c. Via E-mail: invio della documentazione in un UNICO file PDF al seguente indirizzo: liquidazioni@cooperazionesalute.it;
- d. Per posta ordinaria (*modalità sconsigliata*): seguendo questa modalità il rimborso verrà realizzato soltanto a fine gestione dell'annualità. Inviare a: Cooperazione Salute, Via Segantini 23, 38122, Trento.

Nel caso in cui si disponesse di **altre forme di copertura sanitaria** oltre a quella del SSN, l'Assistito 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, Cooperazione Salute metterà a disposizione **nell'Area riservata** degli Iscritti una comunicazione riepilogativa, con gli estremi delle fatture e/o notule di spesa. Questi dati serviranno all'assistito per poter usufruire delle detrazioni fiscali su quella parte di spesa non rimborsata e rimasta effettivamente a suo carico

ESTENSIONE DELLA COPERTURA AL NUCLEO FAMILIARE CONVIVENTE

L'iscritto può estendere la copertura a tutti i componenti (nessuno escluso) del proprio **Nucleo Familiare**, intendendosi per questi il coniuge/partner unito civilmente o in alternativa convivente more-uxorio (indipendentemente dal genere) e figli anche adottati risultanti dal certificato di stato di famiglia (sono comunque compresi i figli non conviventi purché studenti fino a 26 anni di età). La copertura per la "Non autosufficienza" non può essere estesa al nucleo familiare.

L'iscritto 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 Collaboratore 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 l'Iscritto, verrà applicata la stessa **decorrenza** immediata dell'assistenza prevista per l'Iscritto. 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 l'Iscritto iscrive i familiari entro 30 giorni dal matrimonio, dall'inizio convivenza o dalla nascita o dall'adozione, il familiare potrà godere immediatamente della copertura come l'Iscritto. Se il nucleo familiare viene iscritto successivamente, si applicheranno le carenze sopra riportate.
- Se l'iscritto decide di estendere la copertura sanitaria al proprio nucleo familiare convivente, si impegna a versare i relativi contributi attraverso la cooperativa per il periodo decorrente dall'accettazione della domanda (dal 1 del mese di attivazione della copertura al 31 dicembre) e i successivi 3 anni di attività mutualistica (dal 1 gennaio al 31 dicembre di ciascun anno per un totale di 36 mesi). Durante il suddetto

periodo, i familiari conviventi non potranno recedere dalla copertura salvo il realizzarsi di una o più tra le seguenti condizioni: disattivazione copertura in capo all'iscritto collaboratore della cooperativa; uscita dallo stato di famiglia di uno o più componenti iscritti a Cooperazione Salute; venir meno del rapporto associativo tra cooperativa e Cooperazione salute. In tal caso, la copertura del nucleo familiare durerà sino alla conclusione del periodo per cui è stato versato il contributo. L'estensione per il nucleo familiare si intenderà tacitamente rinnovata per ulteriori 3 anni di attività mutualistica (dal 1 gennaio al 31 dicembre di ciascun anno per un totale di 36 mesi) al termine delle successive scadenze, salvo non sia comunicata disdetta da una delle parti mediante invio di lettera raccomandata a/r 60 (sessanta) giorni prima della scadenza dei 3 anni di attività mutualistica".

NORME GENERALI

Estensione territoriale

La copertura vale in tutto il mondo

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. Le richieste di rimborso vengono gestite entro 60 giorni dalla data del protocollo. 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).

Regime fiscale

Cooperazione Salute è iscritta all'Anagrafe dei Fondi Sanitari presso il Ministero della Salute, consentendo di beneficiare delle agevolazioni fiscali previste dall'art. 51 comma 2, lettera a) del TUIR D.P.R. 917/86 (non concorrenza alla determinazione del reddito da lavoro dipendente).

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, ancorché 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.

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.

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 Regolamento UE 2016/679.

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 comunicazione?

Inviaci la tua **Richiesta Informazioni** direttamente dalla Home page o dalla sezione Contatti del nostro **Sito** www.cooperazionesalute.it oppure tramite **Area Riservata**

Desideri ricevere assistenza telefonica?

Prenota l'assistenza telefonica chiamando lo **0461.1788990**. 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.

Indirizzo di Cooperazione Salute

Cooperazione Salute - Società di Mutuo Soccorso
Via Segantini, 23 – Trento
info@cooperazionesalute.it