

PIANO SANITARIO AD ADESIONE COLLETTIVA

SOCI DELLA CASSA RURALE SOC. COOPERATIVA - CREDITO COOPERATIVO DI CARAVAGGIO ADDA E CREMASCO

DESTINATARI	SOCI DELLA CASSA RURALE SOC. COOPERATIVA - CREDITO COOPERATIVO DI CARAVAGGIO ADDA E CREMASCO, CON ETÀ COMPRESA TRA 18 E 35 ANNI.	
CONTRIBUTO DI ISCRIZIONE	ANNUO PER CIASCUN SOCIO	€ 60
CONTRIBUTO PER ESTENSIONE VOLONTARIA DELLA COPERTURA ALL'INTERO NUCLEO FAMILIARE	ANNUO PER IL PARTNER CONIUGATO/ CONVIVENTE DI FATTO/ UNITO CIVILMENTE	€ 60
	ANNUO PER OGNI FIGLIO MINORE	€ 40

SOMMARIO

A.	AREA SPECIALISTICA	3
1.	PRESTAZIONI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE DIAGNOSTICA E STRUMENTALE	3
2.	VISITE SPECIALISTICHE	3
3.	TICKET PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRONTO SOCCORSO	4
B.	PACCHETTO MATERNITÀ	4
1.	GRAVIDANZA	4
C.	ASSISTENZA ODONTOIATRICA.....	4
1.	PREVENZIONE.....	4
2.	IMPIANTI OSTEOINTEGRATI.....	5
D.	ASSISTENZA ODONTOIATRICA PARTICOLARE.....	5
1.	CURE ODONTOIATRICHE DA INFORTUNIO	5
E.	PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE	5
1.	ASSISTENZA INFERMIERISTICA E SOCIO SANITARIA	5
F.	ACCESSO A TARIFFARI AGEVOLATI.....	6
1.	IL DENTISTA DI COOPERAZIONE SALUTE: ACCESSO AL TARIFFARIO CONVENZIONATO DEL NETWORK ODONTOIATRICO DI COOPERAZIONE SALUTE	6
2.	IL MEDICO DI COOPERAZIONE SALUTE: ACCESSO AL TARIFFARIO CONVENZIONATO DEL NETWORK SANITARIO DI COOPERAZIONE SALUTE	6
	ELENCO B PRESTAZIONI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE DIAGNOSTICA E STRUMENTALE	7
	FORME DI ASSISTENZA E MODALITA' DI FRUIZIONE DEI RIMBORSI.....	8
	ASSISTENZA VIA AREA RISERVATA O E-MAIL	8

GESTIONE DEI RIMBORSI	9
EVASIONE PRATICHE E TEMPI DI LIQUIDAZIONE.....	10
ESTENSIONE DELLA COPERTURA AL NUCLEO FAMILIARE CONVIVENTE.....	11
ESCLUSIONI	11
GLOSSARIO	13
NORME GENERALI	14
Estensione territoriale	14
Tutela dati personali.....	14
Controlli	14
Chiarimenti e reclami	14
CONTATTI DI COOPERAZIONE SALUTE.....	14

A. AREA SPECIALISTICA

1. PRESTAZIONI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE DIAGNOSTICA E STRUMENTALE

Il Piano sanitario prevede il rimborso delle spese per le prestazioni di alta specializzazione diagnostica e strumentale (come da elenco B allegato), 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. La modalità di fruizione delle prestazioni è la seguente:

Assistenza in Forma Diretta

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

Assistenza in Forma Indiretta

- Nel caso di utilizzo di **strutture private/medici non convenzionati** (le strutture convenzionate presentano tariffari agevolati): le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del **70%** con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 60** per ogni prestazione.
- Nel caso di utilizzo di strutture del **Servizio Sanitario Nazionale**: i ticket sanitari sono rimborsati con franchigia di **€ 5** per ciascun ticket.

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 4.000 per Isritto

I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico o del professionista 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 dall'area riservata.

3

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. La modalità di fruizione delle prestazioni è la seguente:

Assistenza in Forma Diretta

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

Assistenza in Forma Indiretta

- Nel caso di utilizzo di **strutture private/medici non convenzionati** (le strutture convenzionate presentano tariffari agevolati): le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del **70%** con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 60** per ogni prestazione.
- Nel caso di utilizzo di strutture del **Servizio Sanitario Nazionale**: i ticket sanitari sono rimborsati con franchigia di **€ 5** per ciascun ticket.

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

I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico o del professionista la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata nella richiesta del medico curante (MMG), pena il diniego di rimborso o della assistenza diretta. Per aver accesso ai tariffari agevolati è necessario identificarsi presso la struttura o medici convenzionati presentando il voucher scaricabile dall'area riservata.

3. TICKET PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRONTO SOCCORSO

Il Piano sanitario prevede il rimborso integrale 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 una franchigia di **€ 5** per ciascun ticket.

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

I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico o del professionista 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 dall'area riservata.

B. PACCHETTO MATERNITÀ

1. GRAVIDANZA

In caso di gravidanza, il Piano sanitario prevede il rimborso delle spese sostenute dall'Iscritta per se stessa, in presenza di un certificato di gravidanza indicante la data presunta del parto. Le prestazioni rimborsabili, fruite presso Strutture convenzionate e non convenzionate, sono: esami di laboratorio, accertamenti diagnostici, visite specialistiche di controllo sull'andamento della gravidanza e controlli ostetrici.

Si precisa che le Visite specialistiche devono essere effettuate da medici specializzati in ginecologia e ostetricia e i controlli ostetrici da personale sanitario abilitato all'esercizio della professione di ostetrica/o Iscritto all'apposito albo professionale. Dalla presente Garanzia sono esclusi i test genetici prenatali su DNA fetale.

La modalità di fruizione delle prestazioni è la seguente:

Assistenza in Forma Diretta

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

Assistenza in Forma Indiretta

- Nel caso di utilizzo di **strutture private/medici non convenzionati** (le strutture convenzionate presentano tariffari agevolati): le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del **70%** con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 60** per ogni prestazione.
- Nel caso di utilizzo di strutture del **Servizio Sanitario Nazionale**: i ticket sanitari sono rimborsati integralmente.

La disponibilità annua per la presente garanzia è di euro 500 per Iscritta

I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono essere accompagnati da un certificato medico che attesti lo stato di gravidanza/ certificato di ricovero ospedaliero per il parto. Per aver accesso ai tariffari agevolati è necessario identificarsi presso la struttura o medici convenzionati presentando il voucher scaricabile dall'area riservata.

C. ASSISTENZA ODONTOIATRICA

1. PREVENZIONE

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

2. IMPIANTI OSTEOINTEGRATI

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

Il massimale annuo a disposizione per l'assistenza odontoiatrica è di € 600 per Iscritto

D. ASSISTENZA ODONTOIATRICA PARTICOLARE

1. CURE ODONTOIATRICHE DA INFORTUNIO

Il Piano sanitario prevede il Rimborso delle spese sostenute per cure odontoiatriche a seguito di infortunio, certificato dal Pronto Soccorso del Sistema Sanitario Nazionale, e ad esso riconducibili, previa presentazione del Piano terapeutico alla Società. La prestazione dovrà essere effettuata entro 6 mesi dalla data dell'infortunio.

Il massimale annuo a disposizione per l'assistenza odontoiatrica particolare è di € 1.500 per Iscritto

Saranno prese in considerazione solo fatture fiscali emesse da medici Odontoiatri regolarmente iscritti negli Albi dei Medici Chirurghi e Odontoiatri.

Per ottenere il rimborso è necessario produrre copia della fattura del dentista da cui si rilevi il dettaglio analitico delle prestazioni eseguite, dei denti su cui è intervenuto e, ove richiesto, le ortopantomografie e la documentazione radiografica pre e post prestazione. Il rimborso non può essere riconosciuto per lo stesso dente per 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.

E. PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE

1. ASSISTENZA INFERMIERISTICA E SOCIO SANITARIA

Nel caso di infortunio certificato dal Pronto Soccorso del Sistema Sanitario Nazionale entro 7 giorni dall'accaduto, con prognosi superiore a 10 giorni ed esplicita necessità di prestazioni a domicilio, il Piano sanitario prevede il Rimborso delle spese sostenute per interventi sanitari a domicilio per terapia medica e/o specialistica, infermieristica, mobilizzazioni, prelievi, rilievi dei parametri biologici, effettuati da professionisti sanitari e socio-sanitari riconosciuti dal Ministero della Salute, il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa, che dovrà riportare la specifica dei trattamenti effettuati. Per richiedere l'accesso alla prestazione in forma diretta o indiretta, l'Aderente deve presentare un certificato del Medico di Medicina Generale (MMG) o del Medico specialista, indicante la necessità di assistenza infermieristica e socio sanitaria a seguito di infortunio. Nel caso di prescrizione di un Medico specialista, quest'ultimo non deve coincidere con il medico che effettua la prestazione e deve avere una specializzazione attinente con quanto prescritto.

La disponibilità annua per la presente garanzia è di euro 1.000 per Iscritto

I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico o del professionista 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 dall'area riservata.

F. ACCESSO A TARIFFARI AGEVOLATI

1. IL DENTISTA DI COOPERAZIONE SALUTE: ACCESSO AL TARIFFARIO CONVENZIONATO DEL NETWORK ODONTOIATRICO DI COOPERAZIONE SALUTE

Il servizio permette all'Isritto di accedere al Network Odontoiatrico convenzionato di Cooperazione Salute e di ottenere le visite/cure odontoiatriche con applicazione di un nomenclatore tariffario con un costo fino al 70% inferiore rispetto al mercato. Per aver accesso ai tariffari agevolati è necessario identificarsi presso la struttura o medici convenzionati presentando il [voucher](#) scaricabile dall'area riservata

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

2. IL MEDICO DI COOPERAZIONE SALUTE: ACCESSO AL TARIFFARIO CONVENZIONATO DEL NETWORK SANITARIO DI COOPERAZIONE SALUTE

Possibilità per l'Isritto 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 dall'area riservata.

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

ELENCO B 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/secondo 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
Fistelografia
Flebografia
Fluorangiografia
Galattografia
Gastrosocopia
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
Ureterosocopia
Urografia
Vesciculodeferentografia
Wirsunografia

ALTA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Ecografia

ECOCOLORDOPPLERGRAFIA

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

TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC)

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

RISONANZA MAGNETICA (RM)

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

PET

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

DIAGNOSTICA STRUMENTALE

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

ALTRE PRESTAZIONI SANITARIE DIAGNOSTICHE (BIOPSIE)

Mapping vescicale

ENDOSCOPIE DIAGNOSTICHE

Colecistopancreatografia retrograda per via endoscopica diagnostica (C.P.R.E.)
Cistosocopia diagnostica
Esofagogastroduodenoscopia
Rettosigmoidoscopia diagnostica
Tracheobroncosocopia diagnostica

FORME DI ASSISTENZA E MODALITA' DI FRUIZIONE DEI RIMBORSI

Definizioni

Assistenza in Forma Diretta. Permette di ottenere le prestazioni che sono state prescritte dal Medico di Medicina Generale o da un medico specialista, presso una struttura convenzionata con il Network di Cooperazione Salute, senza anticipare l'intera spesa ma versando solamente eventuali franchigie che il piano sanitario lascia a carico dell'iscritto e degli aventi diritto. L'iscritto e gli aventi diritto possono consultare gli elenchi delle strutture convenzionate con Cooperazione Salute nella sezione Consultazione della propria Area Riservata fruibile nel sito www.cooperazionealute.it - Area Riservata Iscritti - Adesioni Collettive o nell'App di Confcooperative.

Assistenza in Forma Indiretta. Permette di ottenere il rimborso di spese sanitarie già sostenute, delle quali si è conservata la fattura/notula di spesa e una prescrizione medica del Medico di Medicina Generale o di un medico specialista, nei limiti e nelle modalità previste dal piano sanitario per l'iscritto e gli aventi diritto.

Accesso ai tariffari agevolati del Network convenzionato. Permette di ottenere le prestazioni sanitarie, di cui l'iscritto e gli aventi diritto necessitano, a tariffe agevolate rispetto ai prezzi di mercato, indipendentemente dal fatto che le prestazioni individuate siano o meno rimborsabili dal piano sanitario.

ASSISTENZA VIA AREA RISERVATA O E-MAIL

ASSISTENZA IN FORMA DIRETTA

Per usufruire dell'Assistenza in Forma Diretta, l'iscritto dovrà seguire l'iter seguente:



- **Individuare** una struttura fra quelle convenzionate: le strutture convenzionate sono disponibili alla sezione Consultazione - Ricerca struttura in Area Riservata.

oltre alla struttura dovrà essere convenzionato anche il medico prescelto.



- **Contattare** la struttura scelta per richiedere una prestazione in forma diretta da parte di un medico/professionista convenzionato con Cooperazione Salute e prenotare. Nel caso di visita specialistica, oltre alla struttura dovrà essere convenzionato anche il medico prescelto.

- Almeno 5 giorni lavorativi prima della prestazione, inviare a Cooperazione Salute la **Richiesta di Prestazione in Forma Diretta** tramite Area Riservata compilando il Form online e allegando la copia della prescrizione, laddove richiesta dal piano, del Medico di Medicina Generale/del medico specialista; per le prestazioni odontoiatriche, se previste in forma diretta dal proprio piano sanitario, è necessario allegare un piano di cure o autocertificazione su carta bianca contenente le prestazioni desiderate.

- Cooperazione Salute fornirà all'iscritto e alla struttura sanitaria l'autorizzazione a beneficiare del servizio.



- L'iscritto dovrà presentarsi presso la struttura convenzionata con un documento di identità in corso di validità e avere con sé il documento di Presa In Carico in formato digitale o cartaceo (ovvero l'autorizzazione che Cooperazione Salute allegnerà alla richiesta nella sezione Pratiche in Area Riservata, l'unico documento utile per fruire della prestazione in forma diretta).

- Al termine della prestazione sanitaria **l'iscritto** dovrà **saldare**, direttamente alla 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 dell'Isritto, se autorizzata da Cooperazione Salute e presso strutture convenzionate con medici convenzionati con il Network Sanitario e/o Odontoiatrico di Cooperazione Salute.

ASSISTENZA IN FORMA INDIRECTA



- L'Assistenza in Forma Indiretta prevede il rimborso delle spese sanitarie sostenute in base a quanto previsto dal piano sanitario. Per richiedere un rimborso l'Isritto dovrà far pervenire a Cooperazione Salute, entro **60 giorni** dall'evento sanitario (fa fede la data della fattura/notula oppure la data di dimissioni in caso di ricovero per richieste di indennizzo) e, per le spese sostenute nel mese di dicembre, non oltre il **31 gennaio** dell'anno successivo, la seguente documentazione:

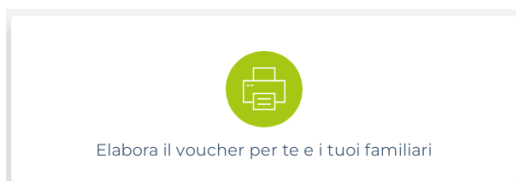
- Copia della documentazione medica che giustifica la fattura/notula di spesa (prescrizione del medico di base o del medico specialista, per tutte le prestazioni, eccetto quelle odontoiatriche);
- Copia della fattura/della notula di spesa/lettera di dimissioni.

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

- Tramite AREA RISERVATA (modalità consigliata): compilando il form nella sezione Pratiche - Nuova richiesta di rimborso e allegando copia della prescrizione medica e fattura/notula/lettera di dimissioni;

Via **e-mail**: invio della documentazione, completa del modulo di richiesta rimborso forma indiretta compilato e firmato, scaricabile dal sito di Cooperazione Salute, in un UNICO file PDF all'indirizzo liquidazioni@cooperazionesalute.it.

ACCESSO AI TARIFFARI AGEVOLATI DEL NETWORK CONVENZIONATO



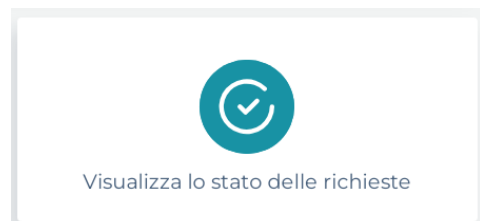
Per richiedere l'applicazione delle tariffe agevolate è necessario farsi riconoscere dalla struttura sanitaria convenzionata come iscritti a Cooperazione Salute tramite il **voucher di riconoscimento**, il documento attestante la propria adesione alla Mutua, avente validità mensile ed elaborabile autonomamente tramite la schermata Home della propria Area Riservata.

GESTIONE DEI RIMBORSI

Nel caso in cui l'Isritto disponga 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, Fondi o Compagnie Assicuratrici per lo stesso evento/documento di spesa/per la stessa prestazione per cui presenta richiesta a Cooperazione Salute. Tale comunicazione dovrà pervenire, in fase di inserimento della richiesta di rimborso in Area Riservata, tramite la compilazione dell'apposito campo, oppure, indicando l'importo percepito sul modulo di richiesta di rimborso in forma indiretta per richieste inviate tramite e-mail.

Nel caso di invio della documentazione tramite Area Riservata

1. L'Isritto dovrà verificare che la pratica sia stata acquisita da Cooperazione Salute e che abbia assunto lo stato "Protocollata".



2. Successivamente, l'Isritto dovrà monitorarne lo stato e le eventuali relative comunicazioni tramite la sezione Pratiche - Le mie richieste. In tale sezione compariranno esclusivamente le pratiche inviate tramite Area Riservata e non quelle inviate tramite e-mail.

3. Se, in fase di gestione della richiesta, si dovesse rilevare incompletezza nella documentazione presentata, Cooperazione Salute provvederà ad inviare una richiesta di integrazione tramite

Area Riservata, visibile sempre nella sezione Comunicazioni della Pratica. A notifica della stessa Cooperazione Salute invierà un'e-mail, all'indirizzo utilizzato in fase di registrazione all'Area Riservata, con l'invito ad accedere al portale dedicato per visualizzare i messaggi. A seguito della ricezione di tale comunicazione l'Iscritto avrà a disposizione 10 giorni effettivi per integrare la documentazione incompleta e/o non esaustiva, pena la non rimborsabilità della pratica. La documentazione integrativa dovrà essere inviata tassativamente rispondendo alla comunicazione ricevuta in Area Riservata e non inserendo una nuova richiesta di rimborso.

4. A conclusione della gestione della pratica, nella sezione dedicata dell'Area Riservata Pratiche - Le mie richieste, sarà possibile visionare lo stato assegnato.
 - a. Nel caso di respingimento verrà comunicata la ragione del diniego del rimborso (prestazione non prevista dal piano, richiesta rimborso tardiva o incompleta, sfioramento massimali, irregolarità, abusi, controversie, ecc.).
 - b. Nel caso di riconoscimento del rimborso la pratica assumerà lo stato "Liquidato" e verrà inviata all'Iscritto, tramite e-mail, comunicazione attestante la liquidazione, verificabile sul proprio conto corrente in funzione delle tempistiche di accredito del proprio istituto di credito.

Nel caso di invio della documentazione tramite e-mail:

5. Al momento della creazione del protocollo della pratica, utilizzando il contatto e-mail dell'Iscritto (riportato dallo stesso sul "modulo di richiesta di rimborso indiretto"), Cooperazione Salute invierà una comunicazione riportante la data di ricezione della documentazione ed il numero di protocollo assegnato.
6. Se, in fase di gestione della richiesta, si dovesse rilevare incompletezza nella documentazione presentata, Cooperazione Salute provvederà ad inviare una richiesta di integrazione allo stesso indirizzo e-mail dell'Iscritto. A seguito della ricezione di tale comunicazione l'Iscritto avrà a disposizione 10 giorni effettivi per integrare la documentazione incompleta e/o non esaustiva, pena la non rimborsabilità della pratica. La documentazione integrativa dovrà essere inviata tassativamente rispondendo all'e-mail di richiesta mantenendone inalterato l'oggetto.
7. A conclusione della gestione della pratica, sempre via e-mail, verrà comunicato all'Iscritto l'esito della richiesta.
 - a. Nel caso di respingimento verrà comunicata la ragione del diniego del rimborso (prestazione non prevista dal piano, richiesta rimborso tardiva o incompleta, sfioramento massimali, irregolarità, abusi, controversie, ecc.).
 - b. Nel caso di riconoscimento del rimborso verrà inviata all'Iscritto, tramite e-mail, comunicazione attestante la liquidazione, verificabile sul proprio conto corrente in funzione delle tempistiche di accredito del proprio istituto di credito.

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 sul c/c dell'Iscritto), nel caso di prestazioni previste dal piano sanitario di riferimento, sono di 60 giorni dal momento dell'acquisizione delle note di spesa complete di tutta la documentazione sanitaria occorrente. L'acquisizione da parte di Cooperazione Salute della documentazione sanitaria inviata dall'Iscritto avviene esclusivamente tramite Area Riservata o via e-mail.



In Area Riservata l'Iscritto potrà produrre, in qualsiasi momento, un **riepilogo dei rimborsi** percepiti in forma indiretta con indicazione degli estremi delle fatture e/o notule di spesa. Questi dati saranno utili all'Iscritto per poter usufruire delle detrazioni fiscali su quella parte di spesa non rimborsata e rimasta effettivamente a suo carico.

Nel caso in cui la prestazione venga effettuata da un **avente diritto**:

- per presentare correttamente la richiesta tramite Area Riservata, nel caso di familiare Iscritto minorenni, la richiesta andrà presentata dall'Area Riservata del capofamiglia selezionando il

nominativo del beneficiario della prestazione sanitaria, mentre, nel caso di familiare Iscritto maggiorenne, lo stesso dovrà registrarsi autonomamente in Area Riservata con proprie credenziali di accesso (dal sito www.cooperazionealute.it – Area Riservata Iscritti – Adesioni Collettive) per presentare dalla sezione dedicata le sue richieste;

- per presentare correttamente la richiesta tramite e-mail i dati del beneficiario della prestazione sanitaria dovranno essere indicati sul modulo di richiesta indiretta.

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 Azienda, compilando il modulo di "**Richiesta Adesione Nucleo Familiare**". La Azienda 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 Azienda 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 Azienda; uscita dallo stato di famiglia di uno o più componenti iscritti a Cooperazione Salute; venir meno del rapporto associativo tra Azienda 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".

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 paradonzio, 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.

NORME GENERALI

Estensione territoriale

La copertura vale in Italia.

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, 10 – Trento
info@cooperazionesalute.it