



Cooperazione Salute
società di mutuo soccorso



Piano
Sanitario
**COOPERATIVE
SOCIALI**

PIANO SANITARIO DELLA COOPERAZIONE SOCIALE

Ed.01/2025

DESTINATARI	LAVORATORI DIPENDENTI, IN APPLICAZIONE DELL'ART. 87 DEL CCNL COOPERATIVE SOCIALI.	
CONTRIBUTO DI ISCRIZIONE	ANNUO PER CIASCUN COLLABORATORE	€ 120
CONTRIBUTO PER ESTENSIONE VOLONTARIA DELLA COPERTURA AL NUCLEO FAMILIARE	CONIUGE, PARTNER UNITO CIVILMENTE O CONVIVENTE DI FATTO	€ 120
	FIGLI MAGGIORENNI FINO AI 26	€ 120
	FIGLI CON MENO DI 18 ANNI	€ 96

SOMMARIO

GLOSSARIO	3
FORME DI ASSISTENZA E MODALITÀ DI FRUIZIONE DEI RIMBORSI	7
EVASIONE PRATICHE E TEMPI DI LIQUIDAZIONE	10
A. AREA RICOVERO	11
1. RICOVERI PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO O GRAVE PATOLOGIA.....	11
2. ALTRI RICOVERI CON INTERVENTO CHIRURGICO	12
3. TUTELA SPECIALE NEONATI	12
4. PRECISAZIONI IN MERITO ALLE PRESTAZIONI DELL'AREA RICOVERO	12
B. AREA SPECIALISTICA	13
1. ALTA SPECIALIZZAZIONE DIAGNOSTICA E STRUMENTALE.....	13
2. VISITE SPECIALISTICHE	13
3. TICKET PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRONTO SOCCORSO	14
C. PROGRAMMI DI PREVENZIONE	15
D. AREA MATERNITÀ E GRAVIDANZA.....	17
1. ANALISI, ESAMI, ACCERTAMENTI	17
2. PARTO.....	17
3. ASSISTENZA E SUPPORTO POST NATALE	17
4. SUPPORTO ALLA PROCREAZIONE ASSISTITA	18
E. AREA TERAPIE RIABILITATIVE.....	19
1. TERAPIE RIABILITATIVE A SEGUITO DI INFORTUNIO	19
2. TERAPIE RIABILITATIVE POST RICOVERO PER INTERVENTO.....	19
3. LOGOPEDIA	20
F. PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE	20

1. ASSISTENZA DOMICILIARE SANITARIA.....	20
2. ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIALE.....	21
G. ASSISTENZA ODONTOIATRICA GENERALE - PRESSO STRUTTURE CONVENZIONATE – FORMA INDIRETTA	21
1. PREVENZIONE ODONTOIATRICA PRESSO STRUTTURE CONVENZIONATE	21
2. CURE ODONTOIATRICHE PRESSO STRUTTURE CONVENZIONATE	22
3. IMPLANTOLOGIA PRESSO STRUTTURE CONVENZIONATE.....	22
H. ASSISTENZA ODONTOIATRICA PARTICOLARE - PRESSO STRUTTURE CONVENZIONATE – RIMBORSO INDIRETTO	23
1. CURE ODONTOIATRICHE DA INFORTUNIO PRESSO STRUTTURE CONVENZIONATE	23
2. PROTESI ODONTOIATRICHE DA INFORTUNIO PRESSO STRUTTURE CONVENZIONATE	23
I. LENTI.....	24
J. NON AUTOSUFFICIENZA.....	24
K. TUTORING ASSISTENZIALE - SUPPORTO AL CAREGIVER.....	24
L. ASSISTENZA H24.....	25
M. ACCESSO A TARIFFARI AGEVOLATI	25
CONTATTI DI COOPERAZIONE SALUTE	26
NORME PARTICOLARI	27
1. ESTENSIONE DELLA COPERTURA AL NUCLEO FAMILIARE.....	27
2. ESCLUSIONI.....	28
NORME GENERALI	28
ELENCO A – GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI.....	31
ELENCO B - GRAVI PATOLOGIE.....	35
ELENCO C - PRESTAZIONI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE DIAGNOSTICA E STRUMENTALE.....	36

GLOSSARIO

TERMINE	DEFINIZIONE
Accertamento diagnostico:	prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo.
Alta specializzazione diagnostica e strumentale:	l'insieme delle prestazioni previste nell'elenco "Alta specializzazione diagnostica e strumentale" allegato al Piano sanitario.
Area Riservata:	portale web di Cooperazione Salute accessibile mediante credenziali personali. È lo strumento che permette di utilizzare i servizi che Cooperazione Salute offre per usufruire della propria copertura sanitaria integrativa.
Assistenza in forma diretta:	regime per cui l'Iscritto accede alle prestazioni garantite dal Piano sanitario presso una struttura convenzionata con il Network di Cooperazione Salute tramite preventiva richiesta mediante Area Riservata, previa prescrizione del Medico di Medicina Generale o di un Medico specialista, ove non diversamente indicato. L'Iscritto è tenuto indenne dal pagamento delle prestazioni fruitive presso il Network nei limiti delle somme indicate analiticamente nel Piano sanitario. Eventuali importi ulteriori (es. scoperti, franchigie) restano invece a suo carico e devono essere pagati direttamente alle strutture del Network.
Assistenza in forma indiretta:	regime per cui all'Iscritto è riconosciuto, sulla base delle previsioni del Piano sanitario: • un Rimborso per spese già sostenute per prestazioni ricevute da strutture sanitarie liberamente scelte, previa sottoposizione a Cooperazione Salute dei documenti di spesa e della prescrizione medica del Medico di Medicina Generale o di un Medico specialista, ove non diversamente indicato, nei limiti e nelle modalità previste dal Piano sanitario; • un Indennizzo al verificarsi di un sinistro previsto dal Piano sanitario.
Assistenza infermieristica:	assistenza offerta da professionista sanitario munito di specifica qualifica riconosciuta dal Ministero della Salute e regolarmente Iscritto all'Ordine Professionale tenuto presso la federazione Fnopi.
Avente diritto:	la persona fisica non socia di Cooperazione Salute che beneficia di un Piano sanitario della stessa in quanto membro del Nucleo familiare dell'Iscritto, previo versamento da parte dell'Iscritto del relativo Contributo di adesione, ove previsto dal Piano sanitario.
Carenze contrattuali/Termini di aspettativa:	il periodo di tempo che intercorre fra la data di decorrenza del Piano sanitario e l'effetto della Garanzia.
Cartella clinica:	diario diagnostico-terapeutico avente natura di atto pubblico, redatto durante la degenza, diurna o con pernottamento in istituto di cura, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi di ingresso e diagnosi di dimissione, anamnesi patologica remota e prossima, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico, lettera di dimissioni e Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.). La lettera di dimissioni e la S.D.O. non sostituiscono la cartella clinica completa.
Centro medico:	struttura dotata di direzione sanitaria, organizzata, attrezzata e regolarmente autorizzata in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e riabilitativi). Tale struttura può anche non essere adibita al ricovero, e non deve essere finalizzata al trattamento di problematiche di natura estetica.
Day Hospital:	Permanenza in Istituto di cura, di durata inferiore a un giorno e senza pernottamento, per terapie mediche di durata limitata documentate da Cartella clinica. La permanenza in Pronto Soccorso non costituisce Day Hospital.
Day Surgery:	Permanenza in Istituto di cura, di durata inferiore a un giorno e senza pernottamento, per interventi chirurgici o procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive documentate da Cartella clinica. La permanenza in Pronto Soccorso non costituisce Day Hospital.
Difetto fisico:	Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

Evento e Data Evento:	Per il Ricovero, anche in regime di Day Hospital/Day Surgery, o l'Intervento ambulatoriale previsti dal Piano sanitario, la data dell'evento coincide con la data del ricovero stesso o dell'intervento in ambulatorio. Per le prestazioni extraospedaliere sanitarie, socio-sanitarie od odontoiatriche: in caso di singola prestazione, la data dell'evento coincide con la data della prestazione stessa, in caso di più prestazioni ricomprese in un Piano sanitario terapeutico, la data dell'evento coincide con la prima prestazione effettuata.
Franchigia:	somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'Iscritto. Se espressa in giorni, equivale al numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'Iscritto l'importo garantito; il primo e l'ultimo giorno di ricovero sono considerati come un unico giorno.
Garanzia:	individua l'evento dannoso coperto dal Piano sanitario.
Grandi interventi chirurgici:	l'insieme degli interventi chirurgici previsti nell'elenco "Grandi Interventi Chirurgici" allegato al Piano sanitario.
Gravi patologie:	l'insieme delle gravi patologie previste nell'elenco "Gravi Patologie" allegato al Piano sanitario.
Indennità sostitutiva:	indennità forfettaria giornaliera erogata nel caso di Ricovero presso il Sistema Sanitario Nazionale che non comporti spese sanitarie a carico dell'Iscritto durante la degenza. Tale indennità è finalizzata a supportare l'Iscritto nel percorso di recupero della salute che inizia con il suo rientro al domicilio, ed è quindi da detto momento che il diritto all'indennità matura.
Indennizzo:	somma forfettaria dovuta al verificarsi del sinistro, escludente il Rimborso e l'Assistenza diretta per lo stesso evento.
Infortunio:	ogni evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna, che ha per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche obiettivamente constatabili e documentabili.
Intervento ambulatoriale:	intervento di piccola chirurgia senza Ricovero, effettuato in ambulatorio o studio medico chirurgico.
Intervento chirurgico:	intervento e/o procedura definiti nell'ambito della classificazione degli "interventi chirurgici e procedure diagnostiche terapeutiche" in base a quanto previsto ed indicato dalla classificazione internazionale delle malattie (ICD-9-CM), ed utilizzata dai protocolli sanitari emanati dal Ministero della Salute, che vengono eseguiti in sala operatoria, con la presenza di un medico anestesista e l'assistenza di una equipe operatoria, per i quali sia necessario un ricovero – anche in Day Surgery - in regime ordinario. Le biopsie eventualmente effettuate nelle endoscopie non sono Intervento chirurgico.
Intramoenia:	prestazioni erogate in libera professione, per scelta del paziente, al di fuori del normale orario di lavoro, da medici di una struttura sanitaria pubblica, i quali utilizzano le strutture ambulatoriali e diagnostiche della struttura stessa a fronte del pagamento da parte del paziente di una tariffa. Le prestazioni possono essere svolte in regime ambulatoriale, di day hospital/day surgery o di ricovero, nella struttura pubblica di appartenenza del medico (in sede) o in altre strutture sanitarie pubbliche o private con le quali la struttura di appartenenza del medico è convenzionata (fuori sede).
Istituto di cura:	ogni struttura sanitaria regolarmente autorizzata dalle competenti autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna. Non sono convenzionalmente considerati istituti di cura: gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche e riabilitative, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni o assistenza, le strutture per anziani, i centri del benessere.
Lungodegenza:	degenza ospedaliera riservata ai pazienti che, conclusa la fase acuta del ricovero, necessitano di un prolungamento del regime ospedaliero in quanto le condizioni cliniche generali postumi della patologia di base non consentono l'immediato rientro in ambito domiciliare.
Malattia Mentale:	le patologie mentali (per esempio: psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) comprese nel quinto capitolo "Disturbi psichici" della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM).

Malattia:	qualunque alterazione clinicamente diagnosticabile dello stato di salute, non dipendente da Infortunio. La algia di qualsiasi natura, ad esempio la sciatalgia, la lombalgia, la cervicalgia, rappresenta un dolore localizzato o un sintomo ma non una patologia. Non sono considerate patologie nemmeno eventuali stati d'essere, come l'astenia. La prescrizione medica che l'Iscritto deve inviare a Cooperazione Salute non potrà pertanto riferirsi alla sola presenza di algie o stati d'essere in capo all'Iscritto, ma dovrà sempre indicare in modo chiaro la patologia, sospetta o accertata, per la quale viene disposta l'esecuzione delle prestazioni.
Malformazione:	deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.
Massimale:	importo stabilito per anno di copertura e per singola area di Garanzie del Piano sanitario, rappresentante la spesa massima che Cooperazione Salute si impegna a sostenere nei confronti dell'Iscritto per le relative area di Garanzie.
Medico di Medicina Generale (MMG):	alla categoria dei medici di Medicina Generale appartiene: il Medico di Assistenza Primaria, ossia il medico convenzionato con la ASL per l'esercizio della professione nell'ambito dell'assistenza primaria all'interno del Sistema Sanitario Nazionale (medico di famiglia); il Medico di Continuità Assistenziale (Guardia Medica); il Medico dell'Emergenza - Urgenza; il Medico addetto alla Medicina dei Servizi.
Medico Specialista:	medico chirurgo che ha conseguito una specializzazione universitaria in una particolare disciplina medica o chirurgica, regolarmente Iscritto all'Ordine dei Medici.
Network:	rete convenzionata di Cooperazione Salute, costituita da ospedali, istituti a carattere scientifico, case di cura, centri diagnostici, poliambulatori, laboratori, centri fisioterapici, medici specialisti e odontoiatri, per offrire prestazioni in regime di assistenza diretta e mista. L'Iscritto può consultare l'elenco delle strutture convenzionate nella sezione Consultazione della propria Area Riservata fruibile nel sito www.cooperazionesalute.it - Area Riservata Iscritti - Adesioni Individuali o nell'App di Cooperazione Salute.
Nucleo familiare:	l'insieme dei soggetti di seguito elencati, riscontrabili nel certificato di stato di famiglia dell'Iscritto: • coniuge o partner unito civilmente (con riferimento anche alle unioni civili di cui alla L.76/2016) non legalmente ed effettivamente separato; • convivente di fatto di cui alla L.76/2016 (Art. 1, comma 36); • figli minori, rientranti nello stato di famiglia del lavoratore; • figli maggiorenni fino ai 26 anni di età, rientranti nello stato di famiglia del lavoratore.
Optometrista:	professionista laureato in Optometria, che analizza con metodi oggettivi o soggettivi strumentali lo stato refrattivo degli occhi, per determinare la migliore prescrizione e la migliore soluzione ottica.
Patologia in atto/ Patologia preesistente:	malattia diagnosticata e/o che abbia reso necessarie cure mediche o esami clinici (strumentali o di laboratorio) prima dell'entrata in vigore della copertura del Piano sanitario.
Piano sanitario:	documento che descrive e disciplina il complesso delle Garanzie, delle attività e dei servizi erogabili da Cooperazione Salute all'Iscritto e/o all'Avente Diritto.
Piano terapeutico:	documento sottoscritto dall'Iscritto comprendente la descrizione dell'insieme della prestazioni che il professionista sanitario convenzionato (ad esempio: medico, odontoiatra, fisioterapista) e lo stesso concordano di effettuare. Tale documento deve essere comunicato alla Società per rendere possibile la successiva Presa in carico. Eventuali successive variazioni al Piano terapeutico concordato dovranno essere sottoposte ad una nuova Presa in carico da parte di Cooperazione Salute.
Presa in carico:	comunicazione da parte di Cooperazione Salute alla Struttura sanitaria convenzionata riguardo alle prestazioni che la società di mutuo soccorso si impegna a pagare, in toto o in parte, direttamente alla stessa. La liquidazione degli oneri contenuta nella presa in carico è subordinata al rispetto di quanto riportato nella stessa circa condizioni, avvertenze, limiti ed eventuali altre indicazioni riportate nel Piano sanitario.
Protesi acustica/Apparecchio acustico:	dispositivo elettronico esterno indossabile avente la funzione di amplificare e/o modificare il messaggio sonoro, ai fini della correzione qualitativa e quantitativa del deficit uditivo conseguente a fatti morbosi congeniti o acquisiti, avente carattere di stabilizzazione clinica.

Protesi ortopedica:	mezzo artificiale che sostituisce nella morfologia e, per quanto possibile, nella funzione un arto mancante o una parte di esso. Sono escluse, per esempio, le ortesi (come collari, tutori, busti, ginocchiere, cavigliere, plantari).
Reclamo/Doglianza:	una dichiarazione di insoddisfazione non generica con cui l'Iscritto avanza una specifica pretesa nei confronti di Cooperazione Salute relativa alle prestazioni e ai servizi di cui ha usufruito, previsti dal Piano sanitario a cui aderisce. Non sono considerate doglianze le richieste generiche di informazioni o di chiarimenti.
Ricovero improprio:	degenza in Istituto di cura, anche senza pernottamento, non necessaria nel quadro clinico dell'Iscritto, durante la quale non sono praticate terapie complesse e sono eseguiti solo accertamenti diagnostici normalmente effettuabili in regime ambulatoriale senza rischi o particolari disagi per il paziente.
Ricovero/Degenza:	permanenza in istituto di cura con pernottamento documentato da cartella clinica e da una scheda di dimissione ospedaliera. La permanenza nel pronto soccorso/astanteria non è considerata ricovero o degenza se non segue il ricovero nello stesso Istituto di cura.
Rimborso:	somma dovuta in caso di sinistro coperto dal presente Piano sanitario, a fronte di spese sostenute dall'Iscritto e previste dal Piano sanitario stesso.
Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO):	documento per la raccolta delle informazioni relative al paziente dimesso da un Istituto di cura pubblico o privato sul territorio nazionale. La SDO contiene una serie di informazioni desunte dalla cartella clinica del paziente, sia di tipo anagrafico (ad esempio sesso, data e luogo di nascita, comune di residenza), sia clinico (ad esempio diagnosi, procedure diagnostiche, informazioni sul ricovero e la dimissione), nonché informazioni relative alla struttura dove è stato effettuato il ricovero ospedaliero.
Scoperto:	somma espressa in valore percentuale che rimane a carico dell'Iscritto.
Servizio Sanitario Nazionale (SSN):	sistema pubblico articolato su più livelli di responsabilità e di governo atto a garantire l'assistenza sanitaria ovvero la tutela o salvaguardia della salute dei cittadini, qualificato dalla legge italiana come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana. Il Sistema Sanitario Nazionale si articola su più livelli di responsabilità: dal livello centrale costituito dallo Stato e dalle istituzioni di rilievo nazionale (ad esempio il Consiglio Superiore di Sanità e l'Istituto Superiore di Sanità) al livello regionale costituito dalle Regioni, dalle Province autonome e dalle Aziende Sanitarie Locali (ASL) e aziende ospedaliere.
Sinistro:	il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è garantita la prestazione.
Sport professionistico/Gare professionistiche:	attività svolta da atleti che esercitano, a titolo oneroso, continuativo o in via prevalente rispetto ad altre attività professionali, una disciplina sportiva
Struttura convenzionata:	Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico e relativi medici chirurghi, centro odontoiatrico e qualsiasi altra struttura sanitaria o socio-sanitaria con cui Cooperazione Salute ha definito un accordo (convenzionamento con il Network) per il pagamento diretto o indiretto delle prestazioni.
Struttura sanitaria privata:	società, istituto, associazione, centro medico e diagnostico e ogni altro ente o soggetto privato, in qualsiasi forma organizzato, che operi nel settore dei servizi sanitari, regolarmente autorizzato all'esercizio delle attività sanitarie (e accreditato, nel caso di erogazione di prestazioni in nome e per conto del SSN) dalle autorità competenti.
Terapie riabilitative	prestazioni di medicina fisica e riabilitativa per il recupero di funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da Malattia o Infortunio, indennizzabili dal Piano sanitario. Le terapie riabilitative devono essere effettuate in Centri medici da fisioterapista con laurea in fisioterapia conseguita dopo il 17 marzo 1999 o diploma universitario in fisioterapia o diploma universitario di fisioterapista conseguiti dal 1994 al 2002, fatti salvi ulteriori requisiti richiesti dalla legge, o soggetti con titolo equipollente quali: Fisiokinesiterapista, Terapista della riabilitazione, Tecnico fisioterapista della riabilitazione, Terapista della riabilitazione dell'apparato motore, Massofisioterapista, diplomati entro il 17 marzo 1999 con corso iniziato entro il 31 dicembre 1995 (fatti salvi ulteriori requisiti richiesti dalla legge). Non rientrano nella definizione e quindi sono escluse dal Piano sanitario le prestazioni: per problematiche estetiche; eseguite con metodiche che abbiano finalità estetica (ad esempio la mesoterapia a fini estetici) o di mantenimento.

Visita specialistica:	prestazione sanitaria effettuata da Medico specialista per diagnosi e prescrizioni coerenti con la specializzazione. Sono ammesse solo le visite di medicina tradizionale. Non sono considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici di Medicina Generale e Pediatri, da soggetti non in possesso della qualifica di medico chirurgo regolarmente Iscritto all'albo e abilitato alla professione (ad esempio il biologo nutrizionista). Rientrano nella definizione, e quindi sono coperte dal Piano sanitario, le visite specialistiche erogate in modalità Telemedicina secondo le linee di indirizzo nazionali del Ministero della Salute.
Voucher di riconoscimento:	documento di riconoscimento che permette alle Strutture convenzionate di identificare come Iscritto o Avente Diritto ad un Piano sanitario di Cooperazione Salute il soggetto che lo presenta, permettendogli di beneficiare delle tariffe agevolate concordate dalle Strutture convenzionate del Network con Cooperazione Salute.

FORME DI ASSISTENZA E MODALITÀ DI FRUIZIONE DEI RIMBORSI

ASSISTENZA VIA AREA RISERVATA O E-MAIL

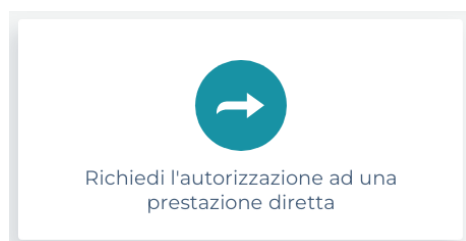
ASSISTENZA IN FORMA DIRETTA

Per usufruire dell'Assistenza in forma diretta, l'Iscritto dovrà attenersi al seguente iter:



- **Individuare** una struttura fra quelle convenzionate: le Strutture convenzionate sono disponibili alla sezione *Consultazione - Ricerca struttura* in Area Riservata.
- **Contattare** la struttura scelta per richiedere una prestazione in forma diretta da parte di un medico/professionista convenzionato con Cooperazione Salute e prenotare.

venzionato con Cooperazione Salute e prenotare.



- Almeno **5 giorni** lavorativi (dal lunedì al venerdì) 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 del Medico di Medicina Generale (MMG). Qualora espressamente indicato nella singola Garanzia del Piano sanitario, è possibile inviare la prescrizione di un Medico specialista o fruire della prestazione senza prescrizione medica (ad esempio, per i pacchetti di

prevenzione). La prescrizione deve contenere l'indicazione della patologia in corso o presunta, il quesito diagnostico o la diagnosi. **La prescrizione è ritenuta valida se riportante data uguale o antecedente non più di 365 giorni la data dell'appuntamento.**

- 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 algherà 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 **sal-dare**, direttamente alla struttura, la quota di sua competenza in-

dicata sul modulo di autorizzazione di Cooperazione Salute. La quota rimanente verrà liquidata direttamente alla Struttura convenzionata da 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'Aderente; se autorizzata da Cooperazione Salute; presso Strutture convenzionate con medici convenzionati con il Network Sanitario e/o Odontoiatrico di Cooperazione Salute.

Non sono prese in considerazione richieste inoltrate direttamente dalle strutture del Network Sanitario e/o Odontoiatrico di Cooperazione Salute.

Nel caso in cui la prestazione venga effettuata da un Avente diritto minorenne, la richiesta deve essere presentata dall'Iscritto attraverso la propria Area Riservata selezionando il nominativo dell'Avente diritto che deve fruire della prestazione.

La liquidazione degli oneri contenuta nella presa in carico è subordinata al rispetto di quanto riportato nella stessa circa condizioni, avvertenze, limiti ed eventuali altre indicazioni riportate nel Piano sanitario.

ASSISTENZA IN FORMA INDIRETTA



Richiedi un rimborso

L'Assistenza in forma indiretta prevede il Rimborso o l'Indennizzo delle spese sanitarie sostenute in base a quanto previsto dal Piano sanitario. Per richiedere un Rimborso o Indennizzo l'Iscritto dovrà far pervenire a Cooperazione Salute entro **60 giorni** dalla data riportata nel documento di spesa o, nel caso di Ricovero, dalla data di dimissione e, per le spese sostenute nel mese di dicembre, non oltre il **31 gennaio** dell'anno successivo, la seguente documentazione:

- Prescrizione medica del Medico di Medicina Generale del SSN contenente l'indicazione della patologia in corso o presunta, il quesito diagnostico o la diagnosi. Qualora espressamente indicato nella singola prestazione del Piano sanitario, è possibile inviare la prescrizione di un Medico specialista o fruire della prestazione senza prescrizione medica. **In caso di prestazioni fruite in modalità privata, la prescrizione è ritenuta valida se riportante data uguale o antecedente non più di 365 giorni la data del documento di spesa. Tale limitazione non si applica per prestazioni effettuate in regime di ticket del Sistema Sanitario Nazionale.**
- Copia conforme della cartella clinica completa, ove prevista dal Piano sanitario, unitamente alla scheda di dimissione ospedaliera (SDO);
- Documentazione quietanzata del pagamento delle spese per le prestazioni sanitarie o socio-sanitarie (fatture, note di spesa, ricevute, etc);
- In caso di infortunio deve essere presentato anche: referto del Pronto Soccorso del Sistema Sanitario Nazionale; se non ci sono strutture di Pronto Soccorso nel luogo in cui si è verificato l'infortunio, l'aderente può presentare un certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo.

8

La richiesta di Rimborso o Indennizzo potrà essere presentata a Cooperazione Salute:

- tramite **AREA RISERVATA**: compilando il form nella sezione Pratiche - Nuova richiesta di Rimborso/Indennizzo e allegando copia della documentazione sopra elencata;
- 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



Elabora il voucher per te e i tuoi familiari

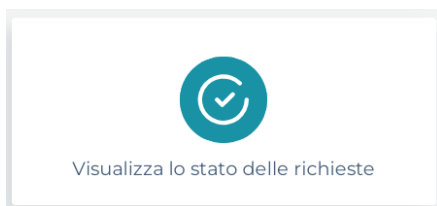
Per richiedere l'applicazione delle tariffe agevolate è necessario farsi riconoscere dalla Struttura convenzionata come aderenti a Cooperazione Salute tramite il **voucher di riconoscimento**, il documento attestante la propria adesione alla Mutua, avente validità mensile ed elaborabile autonomamente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

GESTIONE DEI RIMBORSI

Nel caso in cui l'Iscritto 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.

Invio della documentazione tramite Area Riservata

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



2. Successivamente, l'Iscritto 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 Sa-

lute 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 sanitario, 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.

9

Invio della documentazione tramite e-mail

1. 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.
2. 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.
3. 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 sanitario, 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.



Riepiloghi annuali

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.cooperazionesalute.it – Area Riservata Iscritti) 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 scaricabile nella sezione Assistenza dal sito www.cooperazionesalute.it.

A. AREA RICOVERO

1. RICOVERI PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO O GRAVE PATOLOGIA

Il Piano garantisce all'Iscritto che viene ricoverato per Grande intervento chirurgico (come da elenco A allegato) o Grave patologia (come da elenco B allegato) le seguenti prestazioni:

- **Periodo Pre Ricovero:** esami di laboratorio, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuate nei 100 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero con un massimale di € 2.500 condiviso con le spese post ricovero. La presente garanzia viene erogata esclusivamente in forma rimborsuale;
- **Periodo Post Ricovero:** esami di laboratorio, accertamenti diagnostici, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluso il trattamento alberghiero), effettuati nei 100 giorni successivi al ricovero e ad esso riconducibili, con un massimale previsto di € 2.500 condiviso con le spese Pre ricovero;
- **Intervento chirurgico:** oneri 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 e Cure:** sono rimborsate le prestazioni mediche, infermieristiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero;
- **Retta di degenza:** spese (non voluttuarie) rimborsate nel limite di € 300 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero in caso di Grande intervento chirurgico e Grave patologia. Massimo 60 giorni per anno associativo;
- **Accompagnatore:** sono rimborsate, per i soli giorni di ricovero dell'Iscritto, nel limite di € 50 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero, le spese di alloggio della persona che presta assistenza all'Iscritto ricoverato, purché Medico di medicina generale e/o Medico specialista ne richieda tale presenza. La presente garanzia viene erogata esclusivamente in forma rimborsuale;
- **Ausili sanitari:** spesa per l'acquisto di ausili sanitari collegati all'intervento chirurgico, da effettuarsi entro massimo 90 giorni dalla data di dimissione, per un massimo di € 1.000 per ricovero. La presente garanzia viene erogata esclusivamente in forma rimborsuale;
- **Assistenza infermieristica privata individuale:** spese per l'assistenza infermieristica privata individuale durante il ricovero, rimborsate nel limite di € 60 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero;
- **Trasporto sanitario a seguito di intervento chirurgico:** sono rimborsate le spese di trasporto dell'Iscritto in ambulanza, con unità coronaria mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di € 1.500 per ricovero. La presente garanzia viene erogata esclusivamente in forma rimborsuale;
- **Trapianti a seguito di malattie e infortunio:** sono rimborsate le spese in base a quanto previsto dalle coperture per ricovero e per trasporto sanitario a seguito di intervento chirurgico con i relativi limiti in esse indicati. Nel caso di donazione da vivente, si rimborsano le spese per le prestazioni effettuate durante il ricovero del donatore;
- **Indennità sostitutiva di Ricovero per Grande intervento chirurgico o Grave patologia:** in caso di ricovero a totale carico del Sistema Sanitario Nazionale, quindi senza nessuna ulteriore richiesta di rimborso per spese effettuate durante il ricovero compreso il trasporto sanitario, l'Iscritto ha diritto a un'indennità sostitutiva di € 75 per giorno di ricovero per un massimo di 100 giorni per anno associativo. È facoltà dell'Iscritto potersi avvalere delle garanzie "Periodo Pre Ricovero", "Periodo Post Ricovero", "Ospedalizzazione domiciliare" anche nel caso di riconoscimento dell'Indennità sostitutiva;
- **Ospedalizzazione domiciliare a seguito di malattia e infortunio:** per un periodo di 100 giorni successivi alla data di dimissioni dal ricovero per Grande intervento chirurgico o Grave patologia, avvenuto successivamente alla data di effetto della copertura, è previsto un rimborso delle spese, secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni, che l'Iscritto ha sostenuto per le

seguenti prestazioni di ospedalizzazione domiciliare: assistenza medica, assistenza riabilitativa, assistenza infermieristica e farmacologica, tendenti al recupero della funzionalità fisica, nel limite di € 8.000 annui.

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento. Il solo intervento di Pronto soccorso o in day-hospital non costituisce ricovero. Il primo e l'ultimo giorno di ricovero sono conteggiati congiuntamente come un unico giorno.

La modalità di fruizione delle prestazioni è la seguente:

Assistenza in Forma Diretta

- Nel caso di utilizzo di strutture/medici convenzionati del Network Sanitario di Cooperazione Salute: le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente alle strutture, con l'applicazione di una franchigia pari a **€ 1.000** e un massimo indennizzabile di **€ 20.000** per Intervento, ferme restando le limitazioni previste alle singole garanzie. Per la garanzia *Tutela speciale Neonati* la franchigia è ridotta a **€ 500**.

Assistenza in Forma Indiretta

- Nel caso di utilizzo di strutture private/medici non convenzionati: le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate nella misura dell'**80%** con l'applicazione di una franchigia pari a **€ 2.000** e un massimo indennizzabile di **€ 20.000** per Intervento, ferme restando le limitazioni previste alle singole garanzie. Per la garanzia *Tutela speciale Neonati* la franchigia è ridotta a **€ 1.000**.
- Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale: sono rimborsate integralmente le eventuali spese per ticket sanitari o trattamento alberghiero rimasti a carico dell'Isritto.

12

2. ALTRI RICOVERI CON INTERVENTO CHIRURGICO

In caso di ricovero ospedaliero per Intervento chirurgico dovuto a infortunio o malattia (diverso da quelli previsti nell'Elenco A o B), il Piano sanitario prevede il riconoscimento di un'indennità per far fronte alle necessità legate al recupero fisico.

L'indennità sarà pari ad € 60 e verrà erogata a partire dal primo giorno di ricovero in presenza di almeno 2 giorni di ricovero, con un massimo di 15 giorni per ricovero. Il primo e l'ultimo giorno di ricovero sono conteggiati congiuntamente come un unico giorno.

3. TUTELA SPECIALE NEONATI

Il Piano garantisce il rimborso delle spese per interventi chirurgici effettuati nel primo anno di vita del neonato figlio dell'assistito per la correzione di malformazioni congenite, comprese visite e accertamenti diagnostici pre e post intervento, nonché la retta di vitto e pernottamento dell'Accompagnatore, secondo i vincoli e i limiti previsti dalle singole garanzie dei punti 1 e 2 della presente Area. La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 10.000 per neonato.

4. PRECISAZIONI IN MERITO ALLE PRESTAZIONI DELL'AREA RICOVERO

Le spese per un ricovero improprio non sono riconosciute nell'Area Ricovero bensì nell'ambito delle singole garanzie ricomprese nelle altre aree, se previste e rimborsabili ai sensi del Piano sanitario.

L'Isritto è tenuto a restituire a Cooperazione Salute, a fronte di richiesta scritta da parte del Fondo, gli importi eccedenti i limiti (massimali, franchigie, scoperti) previsti da dette prestazioni extraospedaliere.

Nel caso in cui la prestazione fruita non possa rientrare tra quelle previste dalle garanzie extraospedaliere, l'Iscritto è tenuto, a fronte di richiesta scritta da parte del Fondo, a restituire l'intera somma pagata da Cooperazione Salute alla Struttura convenzionata o a pagare direttamente il dovuto alla Struttura convenzionata qualora il Fondo non avesse ancora provveduto al pagamento.

La disponibilità per la presente garanzia è di € 100.000 per anno associativo.

B. AREA SPECIALISTICA

1. ALTA SPECIALIZZAZIONE DIAGNOSTICA E STRUMENTALE

Il Piano sanitario prevede il rimborso delle spese per le prestazioni di alta specializzazione presenti nell'Elenco C, allegato al Piano sanitario, eseguite indipendentemente dal ricovero, in presenza di prescrizione del Medico di medicina generale o Medico specialista, 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 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** per ogni prestazione diagnostica, 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** per ogni prestazione diagnostica, 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** per ogni prestazione diagnostica.
- Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso integrale dei ticket sanitari.

La disponibilità per la presente garanzia è di € 6.000 per anno associativo.

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 di medicina generale (MMG) o del Medico specialista, 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.

2. VISITE SPECIALISTICHE

Il Piano sanitario prevede il rimborso delle spese per le visite specialistiche, in presenza di prescrizione del Medico di medicina generale o Medico specialista indicante la patologia presunta o accertata per la quale la visita viene richiesta.

Per verificare le tipologie di visite non previste in copertura e le eventuali restrizioni si consiglia di consultare l'articolo Esclusioni riportato nel presente documento.

A parziale deroga di quanto previsto all'articolo *Esclusioni*, è prevista la copertura di una prima visita psichiatrica finalizzata alla valutazione iniziale del paziente.

La modalità di fruizione delle prestazioni è la seguente:

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** 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** 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 **80%** con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 50** per ogni visita specialistica.
- Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso integrale dei ticket sanitari.

La disponibilità per la presente garanzia è di € 800 per anno associativo.

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 di medicina generale (MMG) o del Medico specialista, pena il diniego di rimborso o dell'attivazione della forma diretta. Le visite sono rimborsabili solo se effettuate da medici chirurghi Iscritti all'albo. Per aver accesso ai tariffari agevolati è necessario identificarsi presso la struttura o medici convenzionati presentando il voucher scaricabile dalla propria Area Riservata.

14

3. TICKET PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRONTO SOCCORSO

Rimborso integrale dei ticket sanitari riconducibili al Servizio Sanitario Nazionale, riguardanti gli accertamenti diagnostici non ricompresi nella garanzia "Alta Specializzazione diagnostica e strumentale", conseguenti a malattia o infortunio o prescritti a scopo di prevenzione e controllo. Sono rimborsati anche i ticket di Pronto Soccorso relativi alle casistiche di maggiore complessità, quindi esclusi i codici bianchi.

A parziale deroga di quanto previsto all'articolo *Esclusioni*, è previsto il rimborso dei ticket sanitari delle prestazioni di: Alta Specializzazione diagnostica e strumentale, Visite specialistiche e Accertamenti diagnostici, riconducibili alla sospetta o conclamata sterilità o infertilità, effettuate esclusivamente presso le strutture riconducibili al Sistema Sanitario Nazionale.

La modalità di fruizione delle prestazioni è la seguente:

Assistenza in Forma Indiretta

- Presso le strutture del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso integrale dei ticket sanitari.

La disponibilità per la presente garanzia è di € 600 per anno associativo.

C. PROGRAMMI DI PREVENZIONE

Il Piano sanitario garantisce la possibilità di beneficiare di un programma di prevenzione per anno associativo, per persona o per nucleo nel caso di estensione, tra quelli di seguito previsti. I programmi di prevenzione sono effettuabili esclusivamente in forma diretta presso le Strutture convenzionate con il Network Sanitario di Cooperazione Salute, in un'unica soluzione ovvero nella stessa seduta, senza alcun onere a carico dell'Aderente, previo rilascio dell'autorizzazione da parte di Cooperazione Salute.

Per la fruizione dei programmi di prevenzione non è necessaria la prescrizione del Medico di Medicina Generale (MMG) o del Medico specialista.

PREVENZIONE METABOLICA

Dedicato a donne e uomini senza limiti di età.

Fruibile una volta l'anno.

- *Colesterolo Totale e colesterolo HDL*
- *Glicemia*
- *Trigliceridi*

PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

Dedicato a donne e uomini con età superiore a 45 anni.

Fruibile ogni 2 anni.

- *Esame emocromocitometrico completo*
- *Glicemia*
- *Creatininemia*
- *Colesterolo Totale e colesterolo HDL*
- *Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)*
- *Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)*
- *Esame delle urine*
- *Elettrocardiogramma di base*
- *Trigliceridi*
- *Monitoraggio della pressione arteriosa e frequenza cardiaca*

PREVENZIONE ONCOLOGICA DONNA

Dedicato a donne con età superiore a 40 anni.

Fruibile ogni 2 anni.

- *Citologico per diagnostica tumorale (Pap Test) o citologico endocervicale - più striscio batteriologico vaginale*
- *Antigene carboidratico (Ca 125, TA4 o SCC, Ca 72.4, Ca 19.9, Ca 195, AOP)*
- *Antigene carboidratico (CyFra 21, NSE, Ca 15.3, Ca 54.9)*

PREVENZIONE ONCOLOGICA DEL SENO - A

Dedicato a donne con età superiore a 40 anni.

Fruibile ogni 2 anni.

- *Visita senologica*
- *Ecografia mammaria bilaterale*

PREVENZIONE ONCOLOGICA DEL SENO - B

Dedicato a donne con età superiore a 50 anni.

Fruibile ogni 2 anni.

- *Visita senologica*
- *Mammografia bilaterale*

PREVENZIONE OSTEOPOROSI

Dedicato a donne con età superiore a 50 anni.

Fruibile ogni 2 anni.

- *Emocromocitometrico e morfologico (Hb,GR,GB, piastrine, indici eritrocitari der. F.L.)*
- *Velocità di sedimentazione delle emazie*
- *Elettroforesi delle siero proteine (compreso dosaggio proteine totale) = Protidogramma*
- *Elettroliti: calcio o cloro o fosforo o potassio o sodio (nel sangue e nelle urine)*
- *Vitamina D (1-25 OH)*
- *Fosfatasi alcalina*
- *Creatininemia*
- *Azotemia*
- *Calcio nelle urine delle 24 ore*
- *Mineralometria ossea computerizzata (più segmenti o total body)*

PREVENZIONE ONCOLOGICA UOMO

Dedicato a uomini con età superiore a 45 anni.

Fruibile ogni 2 anni.

- *Sangue occulto nelle feci (3 campioni)*
- *PSA (Antigene prostatico specifico)*
- *PSA (Antigene prostatico specifico libero)*
- *Alfa Feto Proteina*

PREVENZIONE ONCOLOGICA DELLA PROSTATA

Dedicato a uomini con età superiore a 50 anni.

Fruibile ogni 2 anni.

- *Visita urologica*
- *Antigene prostatico specifico (PSA)*

La modalità di fruizione delle prestazioni è la seguente:

Assistenza in forma diretta

- La prestazione può essere fruita presso strutture/medici convenzionati del Network Sanitario di Cooperazione Salute mediante l'autorizzazione preventiva rilasciata da Cooperazione Salute. La prestazione viene liquidata direttamente alla Struttura convenzionata dalla Società.

D. AREA MATERNITÀ E GRAVIDANZA

1. ANALISI, ESAMI, ACCERTAMENTI

Il Piano sanitario prevede il rimborso delle spese sostenute dall'Iscritta per prestazioni quali:

- accertamenti diagnostici;
- visite specialistiche;
- controlli ostetrici specifici per il controllo dell'andamento della gravidanza;
- esami di laboratorio (esclusivamente in modalità indiretta ossia rimborso);
- test genetici prenatali su DNA fetale (esclusivamente in modalità indiretta ossia rimborso).

Gli indennizzi e i rimborsi sono vincolati alla presentazione della prescrizione medica riportante in maniera dettagliata le prestazioni da effettuare con indicazione dello stato di gravidanza e data presunta del parto o, qualora la data del parto non sia indicata nella prescrizione medica: invio aggiuntivo del certificato medico che attesti lo stato di gravidanza con data presunta del parto.

La modalità di fruizione delle prestazioni è la seguente:

Assistenza in Forma Diretta

- Nel caso di utilizzo di strutture/medici convenzionati del Network Sanitario di Cooperazione Salute: le spese per le prestazioni vengono liquidate direttamente e integralmente alle strutture.

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 **100%** con un massimo indennizzabile pari a **€ 80** per ogni prestazione, elevato a **€ 500** nel caso di test genetico prenatale.
- Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso integrale dei ticket sanitari.

17

La disponibilità per la presente garanzia è di € 700 per anno associativo.

2. PARTO

In occasione del parto, l'Iscritta ha diritto ad un'indennità di **€ 100 per giorno** di ricovero per un periodo non superiore a **5 giorni** per ricovero, intendendosi con questo la degenza in Istituto di cura comportante pernottamento. Il primo e l'ultimo giorno di ricovero sono conteggiati congiuntamente come un unico giorno. Tale indennità verrà corrisposta anche in caso di ricovero per aborto terapeutico.

La modalità di fruizione delle prestazioni è la seguente:

Assistenza in Forma Indiretta

- Successivamente al parto, l'Iscritta può presentare richiesta di indennizzo a Cooperazione Salute.

La disponibilità per la presente garanzia è di € 500 per anno associativo.

3. ASSISTENZA E SUPPORTO POST NATALE

Per un periodo di 40 giorni successivi al parto, il Piano sanitario prevede il rimborso delle spese sostenute dall'Iscritta per prestazioni di assistenza e consulenza postnatale, anche a domicilio, effettuate dalle seguenti figure professionali: Ostetrica, Puericultrice, Psicoterapeuta, in presenza di prescrizione del Medico di medicina generale o Ginecologo/a con indicazione della data del parto.

La modalità di fruizione delle prestazioni è la seguente:

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 **50%**, elevato al **70%** qualora vengano utilizzate strutture/ professionisti cooperativi convenzionati del Network Sanitario di Cooperazione Salute.
- Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso integrale dei ticket sanitari.

La disponibilità per la presente garanzia è di € 200 per anno associativo.

4. SUPPORTO ALLA PROCREAZIONE ASSISTITA

Il Piano sanitario prevede il rimborso delle spese sostenute dall'Iscritta per prestazioni sanitarie riconducibili a percorsi di procreazione medicalmente assistita (PMA) in atto, attestati da certificato medico:

- accertamenti diagnostici;
- visite specialistiche;
- esami di laboratorio e prestazioni diverse da quelle elencate ai punti precedenti (esclusivamente in modalità indiretta ossia rimborso);

18

Per le richieste di rimborso delle singole prestazioni è necessaria la prescrizione del Medico di medicina generale o Medico specialista riportante un quesito diagnostico chiaramente riconducibile al percorso di PMA in atto.

La modalità di fruizione delle prestazioni è la seguente:

Assistenza in Forma Diretta

- Nel caso di utilizzo di strutture/professionisti convenzionati del Network Sanitario di Cooperazione Salute: le spese per le prestazioni vengono liquidate direttamente alle strutture nella misura del **100%**.

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 **100%**.
- Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso integrale dei ticket sanitari.

La disponibilità per la presente garanzia è di € 200 per anno associativo.

E. AREA TERAPIE RIABILITATIVE

1. TERAPIE RIABILITATIVE A SEGUITO DI INFORTUNIO

Il Piano sanitario prevede il rimborso delle spese per prestazioni riabilitative a seguito di infortunio certificato dal Pronto Soccorso Pubblico con una prognosi di almeno 5 giorni, e richieste dal Medico di medicina generale (MMG) o dal Medico specialista.

Rientrano in copertura le seguenti prestazioni: fisioterapia, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria. Le prestazioni riabilitative possono essere riconosciute entro un massimo di 6 mesi dal verificarsi dell'infortunio accertato dal Pronto Soccorso.

Per la definizione di Terapie riabilitative e per verificare le eventuali restrizioni ed esclusioni si consiglia di consultare il Glossario e l'articolo Esclusioni riportate nel presente documento.

La modalità di fruizione delle prestazioni è la seguente:

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%**, elevato al **80%** qualora vengano utilizzate strutture/ professionisti cooperativi convenzionati del Network Sanitario di Cooperazione Salute, con un massimo rimborsabile di **€ 40** a seduta/prestazione.
- Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso integrale dei ticket sanitari.

La disponibilità per la presente garanzia è di € 750 per anno associativo.

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 con la prescrizione rilasciata dal medico curante/ medico specialista, pena il diniego di rimborso o della assistenza diretta. Non rientrano in copertura prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico. Le terapie riabilitative non possono essere riconosciute per patologie croniche o cronicizzate.

Per aver accesso ai tariffari agevolati è necessario identificarsi presso la struttura o medici convenzionati presentando il voucher scaricabile dall'area riservata.

2. TERAPIE RIABILITATIVE POST RICOVERO PER INTERVENTO

Il Piano sanitario prevede il rimborso delle spese per terapie riabilitative a seguito di ricovero o Day surgery per Intervento chirurgico non ricompreso nell'Elenco A del presente documento, previa presentazione della Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) e prescrizione del Medico di medicina generale (MMG) o del Medico specialista.

Rientrano in copertura le seguenti prestazioni: fisioterapia, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria. Le prestazioni riabilitative possono essere riconosciute entro un massimo di 90 giorni dalla dimissione ospedaliera e devono essere esplicitamente e direttamente riconducibili all'intervento chirurgico subito.

Per la definizione di Terapie riabilitative e per verificare le eventuali restrizioni ed esclusioni si consiglia di consultare il Glossario e l'articolo Esclusioni riportate nel presente documento.

La modalità di fruizione delle prestazioni è la seguente:

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 **60%**, elevato al **70%**

qualora vengano utilizzate strutture/ professionisti cooperativi convenzionati del Network Sanitario di Cooperazione Salute, con un massimo rimborsabile di **€ 30** a seduta/prestazione.

- Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso integrale dei ticket sanitari.

La disponibilità per la presente garanzia è di € 500 per anno associativo.

Per l'attivazione del rimborso, l'iscritto dovrà presentare la Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) e la prescrizione del medico di base (MMG) o del medico specialista. 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 con la prescrizione rilasciata dal medico curante/ medico specialista, pena il diniego di rimborso o della assistenza diretta. Non rientrano in copertura prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico. Le terapie riabilitative non possono essere riconosciute per patologie croniche o cronicizzate.

Per aver accesso ai tariffari agevolati è necessario identificarsi presso la struttura o medici convenzionati presentando il voucher scaricabile dall'area riservata.

3. LOGOPEDIA

Il Piano sanitario prevede il rimborso delle spese per le prestazioni logopediche in presenza di prescrizione del Medico di medicina generale (MMG) o Medico specialista.

La modalità di fruizione delle prestazioni è la seguente:

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 **60%**, elevato al **70%** qualora vengano utilizzate strutture/ professionisti cooperativi convenzionati del Network Sanitario di Cooperazione Salute, con un massimo rimborsabile di **€ 30** a seduta.
- Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso integrale dei ticket sanitari.

20

La disponibilità per la presente garanzia è di € 250 per anno associativo.

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 con 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.

F. PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE

1. ASSISTENZA DOMICILIARE SANITARIA

A seguito di ricovero, per infortunio certificato dal Pronto Soccorso del SSN o malattia, che provochi inabilità totale al lavoro, il Piano sanitario prevede il rimborso delle spese degli interventi domiciliari sanitari per: terapia medica, assistenza specialistica, assistenza infermieristica per medicazioni, mobilizzazioni, prelievi, rilievi dei parametri biologici. La copertura è attiva esclusivamente nel periodo di inabilità totale al lavoro certificata.

Per l'attivazione della garanzia, l'iscritto dovrà presentare la Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO), il certificato di inabilità totale al lavoro e la prescrizione del medico di base (MMG) o del medico specialista riportante la richiesta delle specifiche prestazioni da effettuarsi a domicilio.

La modalità di fruizione delle prestazioni è la seguente:

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 **55%**, elevato al **70%** qualora vengano utilizzate strutture/ professionisti cooperativi convenzionati del Network Sanitario di Cooperazione Salute.
- Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso integrale dei ticket sanitari.

La disponibilità per la presente garanzia è di € 3.000 per anno associativo.

2. ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIALE

A seguito di ricovero di almeno 5 giorni, per infortunio certificato dal Pronto Soccorso del SSN o malattia, che provochi inabilità totale al lavoro, il Piano sanitario prevede il rimborso delle spese degli interventi domiciliari non sanitari per assistenza alla persona e/o collaboratore/trice domestico/a. Il sussidio verrà liquidato a fronte di spese dettagliatamente documentate e riconducibili alle prestazioni di cui sopra, effettuate nel periodo di inabilità totale al lavoro certificata.

Per l'attivazione della garanzia, l'Isritto dovrà presentare la Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) e il certificato di inabilità totale al lavoro.

La modalità di fruizione delle prestazioni è la seguente:

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 **55%**, elevato al **70%** qualora vengano utilizzate strutture/ professionisti cooperativi convenzionati del Network Sanitario di Cooperazione Salute.
- Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso integrale dei ticket sanitari.

La disponibilità per la presente garanzia è di € 1.000 per anno associativo.

21

G. ASSISTENZA ODONTOIATRICA GENERALE - PRESSO STRUTTURE CONVENZIONATE – FORMA INDIRECTA

1. PREVENZIONE ODONTOIATRICA PRESSO STRUTTURE CONVENZIONATE

Una volta all'anno, il Piano sanitario garantisce il rimborso di una seduta di ablazione del tartaro per un massimo di **€ 35** o di una seduta comprendente ablazione del tartaro e visita odontoiatrica per un massimo di **€ 50**, fruita in forma indiretta presso le strutture convenzionate per le prestazioni odontoiatriche con il Network di Cooperazione Salute o presso una struttura del Sistema Sanitario Nazionale.

La modalità di fruizione delle prestazioni è la seguente:

Assistenza in forma indiretta

- La prestazione può essere fruita presso strutture/medici convenzionati del Network Odontoiatrico di Cooperazione Salute mediante pagamento della prestazione e successiva richiesta di rimborso al Fondo.
- Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso integrale dei ticket sanitari.

2. CURE ODONTOIATRICHE PRESSO STRUTTURE CONVENZIONATE

Il Piano sanitario prevede il rimborso delle spese per cure odontoiatriche fruiti esclusivamente presso Strutture convenzionate per le prestazioni odontoiatriche con il Network di Cooperazione Salute o presso una struttura del Sistema Sanitario Nazionale. Nel seguito sono riportate le prestazioni accordabili e i relativi importi massimi indennizzabili.

- **Avulsioni** (estrazioni dentarie): massimo € 50 a prestazione per massimo 4 prestazioni per anno di copertura;
- **Otturazioni**: massimo € 50 a prestazione per massimo 4 prestazioni per anno di copertura;
- **Terapia canalare** (compresi rx endorali e otturazioni): massimo € 80 per 1 canale, € 100 per 2 canali, € 125 per 3 canali;
- **Intarsio ceramica**: massimo € 200 per elemento;
- **Corona** protesica in lega non preziosa (L.N.P.) e ceramica o lega preziosa (L.P.) o metal free o AGC e porcellana: € 150 importo massimo accordabile per elemento.

Nel caso di Avulsioni e Terapia canalare, ai fini liquidativi, oltre ai documenti di spesa è necessario presentare le radiografie e i referti radiografici che documentino la situazione clinica precedente e successiva l'esecuzione della prestazione.

In generale, le prestazioni non sono ripetibili in relazione allo stesso dente nell'arco dei successivi quattro anni.

- La modalità di fruizione delle prestazioni è la seguente:

Assistenza in forma indiretta

- La prestazione può essere fruita presso strutture/medici convenzionati del Network Odontoiatrico di Cooperazione Salute mediante pagamento della prestazione e successiva richiesta di rimborso al Fondo.
- Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso integrale dei ticket sanitari.

22

La disponibilità per la presente garanzia è di € 500 per anno associativo.

Per le garanzie di Assistenza odontoiatrica, 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.

3. IMPLANTOLOGIA PRESSO STRUTTURE CONVENZIONATE

Il Piano sanitario prevede il rimborso delle spese per prestazioni di implantologia odontoiatrica fino ad un massimo di € 500 ad impianto e € 1.000 all'anno, dietro presentazione della documentazione di spesa e della fornitura odontoiatrica. Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'elemento provvisorio e il perno moncone. Ai fini liquidativi, oltre ai documenti di spesa è necessario presentare le radiografie e i referti radiografici che documentino la situazione clinica precedente e successiva l'esecuzione della prestazione. La prestazione non è ripetibile in relazione allo stesso dente nell'arco dei successivi cinque anni. La prestazione deve essere fruita presso le strutture convenzionate per le prestazioni odontoiatriche con il Network di Cooperazione Salute o presso una struttura del Sistema Sanitario Nazionale.

La modalità di fruizione delle prestazioni è la seguente:

Assistenza in forma indiretta

- La prestazione può essere fruita presso strutture/medici convenzionati del Network Odontoiatrico di Cooperazione Salute mediante pagamento della prestazione e successiva richiesta di rimborso al Fondo.
- Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso integrale dei ticket sanitari.

La disponibilità per la presente garanzia è di € 1.000 per anno associativo.

Per le garanzie di Assistenza odontoiatrica, 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.

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

1. 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 per anno associativo per Iscritto, fatta salva la rivalsa per responsabilità di terzi. È possibile portare a rimborso anche le prestazioni fruita mediante ticket presso il Sistema Sanitario Nazionale.

La prestazione dovrà essere effettuata entro 6 mesi dalla data dell'infortunio.

2. 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 per anno associativo per Iscritto, fatta salva la rivalsa per responsabilità di terzi. È possibile portare a rimborso anche le prestazioni fruita mediante ticket presso il Sistema Sanitario Nazionale.

La prestazione dovrà essere effettuata entro 6 mesi dalla data dell'infortunio.

La modalità di fruizione delle prestazioni è la seguente:

Assistenza in forma indiretta

- La prestazione può essere fruita presso strutture/medici convenzionati del Network Odontoiatrico di Cooperazione Salute mediante pagamento della prestazione e successiva richiesta di rimborso al Fondo.
- Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso integrale dei ticket sanitari.

La disponibilità per la presente garanzia è di € 3.500 per anno associativo.

Per le garanzie di Assistenza odontoiatrica, 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.

I. LENTI

Il Piano sanitario prevede la possibilità di richiedere il rimborso ogni 2 anni delle spese per un paio di lenti per occhiali da vista in caso di modifica del visus certificata da Medico oculista od Optometrista abilitato.

La modalità di fruizione delle prestazioni è la seguente:

Assistenza in forma indiretta

La prestazione può essere fruita presso una Struttura privata mediante pagamento della prestazione e successiva richiesta di rimborso al Fondo.

La disponibilità per la presente garanzia è di € 60 ogni 2 anni associativi.

J. NON AUTOSUFFICIENZA

Nel caso in cui l'Iscritto incorra in una condizione di non autosufficienza, con perdita di 3 ADL su 6: lavarsi, vestirsi/svestirsi, nutrirsi, andare in bagno, mobilità, spostarsi, verrà riconosciuto un sussidio di € 600 al mese garantito finché in vita e perdurino le condizioni di non autosufficienza.

In caso di estensione del Piano sanitario al nucleo familiare la copertura è valida esclusivamente per il lavoratore.

Le condizioni di operatività della prestazione, le condizioni di accesso al sussidio, così come le modalità di erogazione e gestione sono indicate nello specifico Regolamento messo a disposizione da Cooperazione Salute.

24

K. TUTORING ASSISTENZIALE - SUPPORTO AL CAREGIVER

Nel caso in cui l'Iscritto, un suo ascendente di primo grado o un componente del suo Nucleo familiare si ritrovi in una situazione di fragilità, anche temporanea, il Piano sanitario prevede la possibilità di ricevere informazioni e attivare il servizio di Tutoring assistenziale, che consiste nell'analisi dei bisogni e definizione del Piano di Assistenza personalizzato per esigenze legate a fragilità e/o non autosufficienza parziale, totale, temporanea o permanente dell'Iscritto o di un suo familiare di cui sopra.

Il Tutor Assistenziale effettuerà un'attenta analisi dei bisogni assistenziali e del contesto familiare e provvederà, attraverso una valutazione professionale del caso, a proporre un Piano di Assistenza definito in modo personalizzato. Il Piano di Assistenza è composto da:

- Elenco completo di servizi in risposta al bisogno rilevato;
- Informazioni riguardo le modalità di accesso ai servizi pubblici offerti sul territorio e/o in forma privata (in via esclusiva o ad integrazione);
- Informazioni su prestazioni spettanti in relazione allo status di non autosufficienza e sulle procedure da seguire per accedervi.

La prestazione di Tutoring Assistenziale viene fornita per un massimo di 3 volte per Iscritto e per anno assicurativo.

Le condizioni di operatività della prestazione, le condizioni di accesso al servizio, così come le modalità di erogazione e gestione sono indicate nello specifico Regolamento messo a disposizione da Cooperazione Salute.

L. ASSISTENZA H24

In caso di necessità dovuta a malattia o infortunio, l'Iscritto può avvalersi di un servizio di assistenza sanitaria attivo 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, contattando il numero gratuito dedicato **02.24128406**. Le prestazioni incluse riguardano le seguenti aree:

ASSISTENZA SANITARIA E SOCIO-SANITARIA

- Videoconsulto e teleconsulto per consulenza medica di base o specialistica
- Videoconsulto psicologico
- Invio di un medico/pediatra a domicilio
- Assistenza infermieristica e/o fisioterapica a domicilio
- Invio di un Operatore Socio Sanitario e/o di un Collaboratore/trice familiare
- Trasferimento sanitario programmato
- Monitoraggio del ricovero ospedaliero
- Tutoring Assistenziale
- Second Opinion di un medico specialistica presso un centro di eccellenza
- Consegna farmaci presso l'abitazione
- Servizio spesa a casa
- Ricerca e invio di dog-sitter o cat-sitter

ASSISTENZA IN VIAGGIO

- Invio di un interprete all'estero
- Invio di medicinali all'estero
- Segnalazione di un Medico specialista all'estero
- Prolungamento del soggiorno dell'Aderente e/o dei familiari
- Viaggio di un familiare
- Assistenza ai minori di anni 12
- Rientro anticipato o posticipato

Il servizio di Assistenza H24 è messo a disposizione da Cooperazione Salute mediante una convenzione assicurativa con Ima Italia Assistance.

Per conoscere le modalità di fruizione dell'Assistenza H24, i contenuti delle prestazioni e le eventuali limitazioni applicate, si invita l'Aderente a prendere visione del [Regolamento Ima Italia Assistance presente nella propria Area Riservata](#) raggiungibile dal sito web di Cooperazione Salute.

M. ACCESSO A TARIFFARI AGEVOLATI

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 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'Iscritto senza un limite massimo di accessi.

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 dall'area riservata.

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

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

NORME PARTICOLARI

1. ESTENSIONE DELLA COPERTURA AL NUCLEO FAMILIARE

L'Iscritto può estendere la copertura a tutti i componenti, nessuno escluso, del proprio **Nucleo Familiare**, come definito nel Glossario.

A parziale deroga di quanto esposto nel precedente paragrafo, è possibile escludere esclusivamente i familiari già iscritti ad un Piano sanitario contrattuale o di welfare sanitario aziendale di Cooperazione Salute o di un'altra mutua, fondo o cassa, previa presentazione di apposita evidenza richiesta da Cooperazione Salute.

Per procedere all'estensione della copertura al Nucleo familiare, l'Iscritto dovrà presentare a Cooperazione Salute mediante la procedura descritta nella propria Area Riservata la seguente documentazione:

- il modulo Richiesta Adesione Nucleo Familiare firmato e compilato in ogni sua parte;
- lo Stato di Famiglia vigente dal quale si evincano i componenti indicati nella richiesta di adesione;
- nel caso in cui opti per l'esclusione di un familiare già Iscritto ad un'altra copertura presso Cooperazione Salute o un'altra mutua, fondo o cassa, la Dichiarazione di esclusione dall'estensione del Nucleo familiare.

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

1. Se l'iscrizione dei familiari 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.
2. 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.
3. Se l'Iscritto decide di estendere la copertura sanitaria al proprio Nucleo familiare, 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 non potranno essere esclusi dalla copertura salvo il realizzarsi di una o più tra le seguenti condizioni:
 - disattivazione della copertura in capo all'Iscritto collaboratore della Azienda;
 - uscita dallo Stato di famiglia di uno o più componenti iscritti a Cooperazione Salute;
 - superamento del limite dei 26 anni di età da parte dei figli inclusi;
 - richiesta di esclusione dall'estensione per attivazione in capo al familiare di un'altra copertura collettiva contrattuale o di welfare sanitario aziendale da parte del proprio datore di lavoro;
 - venir meno del rapporto associativo tra Azienda e Cooperazione salute.

In tali casi, la copertura dei familiari coinvolti durerà sino alla conclusione del periodo per cui è stato versato il contributo.

In tutti gli altri casi 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 PEC a cooperazionesalute@pec.it o lettera raccomandata a/r 60 (sessanta) giorni prima della scadenza dei 3 anni di attività mutualistica.

2. 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 dalla copertura sanitaria, salvo deroghe specifiche indicate per ciascuna tipologia di prestazione prevista dal Piano sanitario, le prestazioni relative a:

- prestazioni erogate da soggetti diversi da quelli previsti dalle singole garanzie del Piano sanitario;
- prestazioni e cure non rientranti nei protocolli riconosciuti dal Ministero della Salute;
- cure e interventi odontoiatrici diversi da quanto previsto dal Piano sanitario;
- visite specialistiche odontoiatriche, ortodontiche, pediatriche, psichiatriche, psicoterapeutiche, dietologiche, dietistiche o con biologo nutrizionista;
- prestazioni eseguite per il rilascio di certificazioni o attestati;
- malattie professionali di cui al DPR n° 336/94 e successive modificazioni;
- Ricoveri impropri;
- interventi di chirurgia bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità, ad eccezione dei casi di obesità di III grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40). Sono altresì escluse le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica;
- cure e prestazioni sanitarie riguardanti il sospetto di infertilità, il trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi alla procreazione medicalmente assistita;
- 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);
- 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);
- cure delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi, sport aerei in genere, corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche e motonautiche o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
- conseguenze di partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (spedizioni esplorative o artiche, himalayane o andine, regate oceaniche, sci estremo e simili);
- conseguenze di atti di temerarietà compiuti non per solidarietà umana o per legittima difesa;
- infortuni derivanti e/o correlati, direttamente o indirettamente, da contaminazione biologica e/o chimica a seguito di atti terroristici di qualsiasi genere;
- infortuni e intossicazioni conseguenti ad ebbrezza o ubriachezza, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni, nonché le malattie correlate al consumo di stupefacenti e all'uso di alcool e sostanze psicotrope;
- conseguenze di atti dolosi compiuti o tentati dall'Aderente;
- degenze in case di riposo, in strutture di lungodegenza o residenze sanitarie assistenziali, di convalescenza, di soggiorno, in stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, dietologici o del benessere ovvero degenze che diano luogo alla permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale, fisioterapico o riabilitativo di mantenimento;
- conseguenze derivanti da guerra, insurrezione, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;
- 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.

NORME GENERALI

1. DESTINATARI

L'iscrizione al Piano sanitario è consentita ai lavoratori in vigenza di regolare contratto di lavoro con l'Azienda aderente a Cooperazione Salute.

2. DURATA

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

3. ESTENSIONE TERRITORIALE

La copertura vale per il Mondo Intero con l'intesa che le liquidazioni delle prestazioni vengano effettuate in Italia, con pagamento in euro. Le spese sostenute all'estero sono rimborsate al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalla quotazione della BCE.

4. LINGUA DELLA DOCUMENTAZIONE

La documentazione in lingua estera deve essere sempre accompagnata da traduzione ufficiale in lingua italiana. In caso di assenza della traduzione sul documento di spesa stesso, eventuali spese per richiederne una traduzione ufficiale sono a carico dell'Aderente.

5. GESTIONE MUTUALISTICA

Cooperazione Salute si impegna a garantire tutte le prestazioni previste dal Piano, creando un'apposita autonoma gestione separata nell'ambito del proprio bilancio, assumendo nella propria gestione mutualistica tutti gli eventuali avanzi o disavanzi gestionali delle medesime coperture per la durata di sottoscrizione del Piano, e avvalendosi di tutti gli strumenti operativi valutati più opportuni per contenere i rischi. Le prestazioni previste nelle coperture potranno subire annualmente delle variazioni a seconda dell'andamento tecnico della gestione della copertura, documentabile dal rapporto contributo/erogazioni, in particolare in caso di andamento negativo della gestione della copertura. Le condizioni potranno inoltre essere riviste in qualsiasi momento nel caso in cui, per effetto di nuove condizioni contrattuali per i dipendenti, o a causa di nuove disposizioni di legge, si riterrà opportuna e necessaria una revisione.

6. PRESTAZIONI TRA DUE ANNUALITÀ

Le prestazioni effettuate a cavallo di due annualità rientrano nel massimale dell'anno di emissione del documento di spesa. Fa fede la data di emissione del documento fiscale o, nel caso di Indennità, la data di fine dell'Evento (es. data di dimissioni in caso di Ricovero).

Non sono ammesse fatture in acconto, relative a prestazioni non ancora eseguite.

7. DECADENZA DAL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI

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

- Decesso del lavoratore;
- Per cessazione del rapporto di lavoro intercorrente tra l'Azienda ed il lavoratore: i lavoratori conservano la copertura sino all'ultimo giorno del mese in corso al momento della comunicazione dell'Azienda dell'avvenuta cessazione;
- Per esclusione disposta in presenza di omissioni contributive, irregolarità o abusi;
- I lavoratori che cessano il rapporto di lavoro per il raggiungimento dei requisiti necessari per il conseguimento del diritto alla pensione conservano la copertura sino alla fine dell'anno in corso;

Nel caso di estensione della copertura sanitaria anche a lavoratori con altre forme contrattuali subordinate rispetto al rapporto di lavoro indeterminato (es. contratti a termine o a tempo determinato, contratti stagionali, contratti a gestione verticale, contratti a lavoro intermittente, ecc) e di lavoro parasubordinato (lavoro a progetto, lavoro occasionale, ecc), la copertura sanitaria sarà valida dal momento dell'iscrizione/proroga sino alla fine dell'anno in corso.

8. 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.

9. IMPOSTE E ONERI AMMINISTRATIVI

Sono a carico dell'Iscritto:

- imposte e bolli
- oneri amministrativi di qualsiasi natura (per esempio spese per il rilascio di copia della cartella clinica)
- qualsiasi spesa aggiuntiva non relativa alla prestazione sanitaria prevista dal Piano sanitario.

10. 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 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.

11. 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 aziende ed ai lavoratori sulla base del seguente Regolamento, sono tutelati ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE 2016/679.

12. 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.

13. 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.

14. RICHIAMO ALLO STATUTO SOCIALE E AL REGOLAMENTO APPLICATIVO

Per tutto quanto non previsto dalle Norme di Attuazione del Piano Sanitario, si fa riferimento allo Statuto e Regolamento Applicativo di Cooperazione Salute.

ELENCO A – GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

APPARATO CARDIOVASCOLARE (Cuore e grossi vasi)

- Interventi sul cuore per via toracotomica
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Endoarterectomia 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
- Pericardiectomia parziale o totale
- Sutura del cuore per ferite
- Interventi per corpi estranei nel cuore
- Atriosettostomia per trasposizione dei grossi vasi
- Derivazioni aorto polmonari
- Correzione per coartazione aortica
- Interventi per fistole artero-venose del polmone
- Legatura e sezione del dotto di Botallo
- Operazioni per embolia dell'arteria polmonare
- Operazioni a cuore aperto
- Bypass aorto coronario singolo o multiplo con prelievo di vasi
- Commissurotomia per stenosi mitralica
- Resezione cardiaca (per aneurisma, infarto, tumori)
- Altri interventi per malformazione di cuore e/o grossi vasi
- Valvuloplastica e sostituzione valvolare

NEUROCHIRURGIA (Cranio e sistema nervoso)

- 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
- Asportazione di neoplasie endocraniche, aneurismi o per correzione di altre condizioni patologiche
- Operazioni endocraniche per ascesso o ematoma intracranico
- Operazioni per encefalo-meningocele
- Talamotomia-pallidotomia ed altri interventi similari
- Interventi per epilessia focale
- Interventi endorachidei per asportazione di neoplasie, cordotomie, radicotomie ed altre affezioni meningomidollari
- Neurotomia retrogasseriana - sezione intracranica di altri nervi
- Emisferectomia
- Ernia del disco dorsale per via transtoracica
- Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali
- Intervento sull'ipofisi o sui seni paranasali per via transfenoidale

APPARATO RESPIRATORIO (Trachea, Bronchi, Polmoni, Pleure)

- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per echinococchi polmonare
- Pneumectomia totale o parziale (resezioni segmentarie e lobectomia)
- Interventi per cisti o tumori del mediastino
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi
- Interventi per fistole bronchiali-cutanee
- Pleuropneumectomia
- Toracotomia ampia
- Resezione bronchiale con reimpianto
- Timectomia

- Toracoplastica totale

COLLO

Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale

- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia
- Timectomia per via cervicale
- Resezione dell'esofago cervicale

CHIRURGIA VASCOLARE

- Interventi per aneurismi arteriosi di: carotidi, vertebrale, succlavia, tronco brachiocefalico, iliache
- Intervento sull'aorta e sui grossi vasi arteriosi

CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE (Chirurgia della faccia e della bocca)

- Interventi di chirurgia oro maxillo-facciale per mutilazioni del viso conseguenti ad infortunio che comportino una riduzione delle capacità funzionali >25%
- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario
- Interventi demolitivi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale con svuotamento della loggia sottomascellare
- Asportazione totale della parotide
- Resezione parotidea per tumore benigno o misto della parotide con preparazione del nervo facciale
- Parotidectomia totale con preparazione del nervo facciale.
- Altri interventi demolitivi del massiccio facciale per tumore o gravi patologie congenite

CHIRURGIA PEDIATRICA

- Cranio bifido con meningoencefalocele
- Idrocefalo ipersecretivo
- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)
- Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale eterogenea e nervosa (simpatoblastoma)
- Atresia congenita dell'esofago
- Fistola congenita dell'esofago
- Torace ad imbuto e torace carenato
- Ernia diaframmatica
- Stenosi congenita del piloro
- Occlusione intestinale neonatale per ileo meconiale: resezione con anastomosi primitiva
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino perineale
- Atresia dell'ano con fistola retto-ureterale o retto-vulvare; abbassamento addomino perineale
- Megauretere: a) resezione con reimpianto; b) resezione con sostituzione di ansa intestinale
- Nefrectomia per tumore di Wilms
- Spina bifida: meningocele o mielomeningocele
- Artroplastica delle grandi articolazioni
- Anastomosi porto-cava, spleno-renale, mesenterico-cava

 32

SISTEMA NERVOSO SIMPATICO

- Interventi associati sul simpatico toracico e sui nervi splanchnici
- Surrenectomia ed altri interventi sulla capsula surrenale

GINECOLOGIA - SENOLOGIA

- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale
- Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
- Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia
- Isterectomia totale con annessectomia
- Aborto terapeutico
- Vulvectomia allargata con linfadenectomia
- Eviscerazione pelvica
- Mastectomia radicale mono e/o bilaterale

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 della laringe (intervento di laringectomia totale o 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
- Faringolaringectomia
- Antro-atticotomia
- Correzione sordità congenita
- Atresia congenita dell'esofago

ORTOPEDIA - APPARATO OSTEOARTICOLARE 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
- Disarticolazione interscapolo toracica
- Emipelvectomy
- Artroplastica delle grandi articolazioni
- Protesi delle grandi articolazioni
- Interventi di stabilizzazione della colonna vertebrale o di parti di essa
- Interventi per frattura scomposta e/o con complicità vascolare e/o nervosa

UROLOGIA - APPARATO GENITALE MASCHILE

- Nefroureterectomy radicale
- Surrenalectomia
- Interventi di cistectomy totale
- Cistoprostatovesicoclectomia
- Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica trans-sacrale
- Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare
- Interventi per fistola vescico-rettale
- Interventi per estrofia della vescica e derivazione
- Cistectomy totale ureterosigmoidostomia
- Uretero-ileo anastomosi
- Nefrotomia bivalve in ipotermia
- Nefrectomia
- Prostatectomia
- Orchietomia per neoplasie maligne con o senza linfadenomectomia

33

DERMATOLOGIA (Cute e annessi cutanei)

- Patologie neoplastiche cutanee

APPARATO DIGERENTE (Esofago - Stomaco - Duodeno - Pancreas - Milza - Intestino - Retto - Ano)

- 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 echinococcosi 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
- Resezione ileo-cecale con linfadenomectomia
- Amputazione del retto per via addomino perineale in un tempo o in più tempi
- Allestimento e/o affondamento di stomie
- Resezione anteriore retto-colica con eventuale stomia di protezione ed eventuale successivo affondamento
- Resezione colica secondo Hartmann compresa la ricostruzione
- Epatico e coledocotomia
- Papillotomis per via trans-duodenale
- Deconnessione azygos-portale per via addominale
- Interventi di necrosi acuta del pancreas
- Interventi per cisti e pseudo-cisti
- Enucleazioni delle cisti
- Marsupializzazione
- Interventi per fistole pancreatiche
- Interventi demolitivi del pancreas: a) totale o della testa; b) della coda
- Anastomosi porta-cav, spleno-renale, mesenterico-cava
- Splenectomia

OCULISTICA

- Interventi per neoplasie del globo oculare
- Intervento di enucleazione del globo oculare
- Interventi per distacchi retinici
- Iridocicloterazione per glaucoma

TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti

ALTRO

Trattamento lesioni tumorali primitive e secondarie con microonde o altri mezzi fisici o chimici ufficialmente approvati dallo Stato

ELENCO B - GRAVI PATOLOGIE

- Addome acuto
- Aritmie acute
- Avvelenamenti e intossicazioni acute
- Diabete complicato caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni:
ulcere torbide;
decubiti;
neuropatie;
vasculopatie periferiche;
infezioni urogenitali o sovrainfezioni.
- Diverticolite acuta
- Dissecazione dei grandi vasi
- Eclampsia e patologie acute legate alla gravidanza
- Embolie arteriose
- Embolie arteriose
- Encefalite
- Episodi vascolari ischemici o emorragici acuti (cerebrali, cardiaci, intestinali)
- Infarto miocardico acuto
- Insufficienza cardiorespiratoria acuta
- Insufficienza cardiorespiratoria scompensata che presenti contemporaneamente almeno tre delle seguenti manifestazioni:
dispnea;
edemi declivi;
aritmia;
angina instabile;
edema o stasi polmonare;
ipossiemia.
- Insufficienza renale acuta
- Ipossiemia acuta
- Morbo di Chron
- Neoplasia maligna
- Sclerosi laterale amiotrofica
- Sclerosi multipla
- Scompenso cardiaco o metabolico acuto
- Sindrome di Guillain Barrè
- Soffocamento ed elettrocuzione
- Stati settici acuti
- Stato di coma
- Tetraplegia
- Trombosi venose profonde acute
- Tutti i ricoveri in terapia intensiva con l'esclusione di quelli conseguenti a pandemia
- Ustioni di terzo grado con estensione pari almeno al 20% del corpo
- Vasculopatia acuta a carattere ischemico o emorragico cerebrale

ELENCO C - PRESTAZIONI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE DIAGNOSTICA E STRUMENTALE

RADIOLOGIA TRADIZIONALE

- Esami radiologici apparato osteoarticolare
- Rx mammografia e/o bilaterale
- Rx esofago ed RX esofago esame diretto
- Rx tenue seriato
- Rx tubo digerente e prime vie/secondo vie
- RX colonna vertebrale in toto
- Stratigrafia
- Angiografia (compresi gli esami radiologici apparato circolatorio)
- Artrografia
- Broncografia
- Cavernosografia
- Cistografia/doppio contrasto
- Cistouretrografia minzionale
- Clisma opaco e/a doppio contrasto
- Colangiografia percutanea
- Colangiopancreatografia retrograda
- Colecistografia
- Defecografia
- Esame urodinamico
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mielografia
- Retinografia
- Rx esofago con contrasto opaco/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
- Uretrocistografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Wirsungrafia

36

ALTA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI (ECOGRAFIA)

- Ecografia mammaria
- Ecografia pelvica anche con sonda transvaginale
- Ecografia prostatica anche transrettale
- Ecografia addome superiore
- Ecografia addome inferiore
- Ecografia muscolo tendinea
- Ecografia parti molli
- Ecografia tiroidea
- Ecografia transrettale
- Ecografia oculare
- Ecocardiogramma

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 con e senza mezzo di contrasto
- OCT

RISONANZA MAGNETICA (RM)

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

PET

- Tomografia ad emissione di positroni (pet) per organo distretto apparato

DIAGNOSTICA STRUMENTALE

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

37

ALTRE PRESTAZIONI SANITARIE DIAGNOSTICHE

- Biopsie – tutte
- pap test con esami microbiologici

ENDOSCOPIE DIAGNOSTICHE

- Cistoscopia diagnostica
- Esofagogastroduodenoscopia diagnostica
- Rettosigmoidoscopia diagnostica
- Tracheobroncoscopia diagnostica
- Colposcopia con o senza vulvosopia diagnostica
- Vulvosopia diagnostica
- Colonscopia diagnostica
- Isteroscopia diagnostica
- Rettoscopia diagnostica



T. +39 0461 1788990
www.cooperazionesalute.it
info@cooperazionesalute.it