

PIANO SANITARIO DELLA COOPERAZIONE SOCIALE

Ed.01/2024

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

SOMMARIO

GLOSSARIO.....	3
FORME DI ASSISTENZA E MODALITA' DI FRUIZIONE DEI RIMBORSI	8
EVASIONE PRATICHE E TEMPI DI LIQUIDAZIONE	10
A. AREA RICOVERO.....	12
1. Ricoveri per Grande Intervento Chirurgico.....	12
2. Altri ricoveri con Intervento Chirurgico	12
3. Spese post ricovero per Grande Intervento Chirurgico	12
B. AREA SPECIALISTICA.....	12
4. Prestazioni di Alta Specializzazione diagnostica e strumentale	12
5. Visite specialistiche	13
6. Ticket per Accertamenti Diagnostici e Pronto Soccorso.....	14
7. Gravidanza	14
C. AREA PRESTAZIONI FISIOTERAPICHE E RIABILITATIVE.....	14
8. Prestazioni fisioterapiche riabilitative	14
9. Logopedia	16
D. PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE.....	16
10. Assistenza domiciliare sanitaria.....	16
11. Assistenza domiciliare sociale	16
E. ASSISTENZA ODONTOIATRICA GENERALE - PRESSO STRUTTURE CONVENZIONATE – RIMBORSO INDIRETTO.....	16
12. Prevenzione presso strutture convenzionate	16
13. Otturazioni presso strutture convenzionate.....	17
14. Estrazioni presso strutture convenzionate	17
15. Impianti Osteointegrati presso strutture convenzionate	17

F. ASSISTENZA ODONTOIATRICA PARTICOLARE - PRESSO STRUTTURE CONVENZIONATE – RIMBORSO INDIRETTO.....	17
16. Cure Odontoiatriche da Infortunio presso strutture convenzionate.....	17
17. Protesi Odontoiatriche da Infortunio presso strutture convenzionate	17
G. NON AUTOSUFFICIENZA	17
18. Sussidio per non autosufficienza	17
H. PRESTAZIONI DI ASSISTENZA MEDICA	18
19. Assistenza medica tramite la rete di Cooperative Sociali e Sanitarie di Confcooperative	18
I. ACCESSO A TARIFFARI AGEVOLATI	18
20. Il Dentista di Cooperazione Salute: accesso al tariffario convenzionato del Network Odontoiatrico di Cooperazione Salute	18
21. Accesso al tariffario convenzionato del Network Sanitario di Cooperazione Salute.....	18
CONTATTI DI COOPERAZIONE SALUTE	18
ESCLUSIONI.....	19
ESTENSIONE DELLA COPERTURA AL NUCLEO FAMILIARE CONVIVENTE	19
ESTRATTO DELLE NORME DI ATTUAZIONE.....	20
ELENCO A INTERVENTI CHIRURGICI.....	22
ELENCO B PRESTAZIONI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE DIAGNOSTICA E STRUMENTALE	24

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 degli accertamenti diagnostici previsti nell'elenco presente nell'omonima Garanzia.
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'Isritto 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'Isritto è tenuto indenne dal pagamento delle prestazioni fruite 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'Isritto è riconosciuto, sulla base delle previsioni del Piano sanitario: <ul style="list-style-type: none"> · 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 Isritto 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'Isritto, previo versamento da parte dell'Isritto 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'Isritto. Se espressa in giorni, equivale al numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'Isritto 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'Isritto durante la degenza. Tale indennità è finalizzata a supportare l'Isritto 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:	qualsunque 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'Isritto deve inviare a Cooperazione Salute non potrà pertanto riferirsi alla sola presenza di algie o stati d'essere in capo all'Isritto, 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'Isritto per le relativa 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 Isritto 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'Isritto può consultare l'elenco delle strutture convenzionate nella sezione Consultazione della propria Area Riservata fruibile nel sito www.cooperazione-salute.it - Area Riservata Isritti - 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'Isritto: <ul style="list-style-type: none"> • 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: legittimi, naturali, riconosciuti, adottivi, affidati o affiliati.
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'Isritto e/o all'Avente Diritto.
Piano terapeutico:	documento sottoscritto dall'Isritto 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.
Trattamenti fisioterapici riabilitativi:	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. I trattamenti fisioterapici e riabilitativi devono essere effettuati 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 MODALITA' DI FRUIZIONE DEI RIMBORSI

ASSISTENZA VIA AREA RISERVATA O E-MAIL

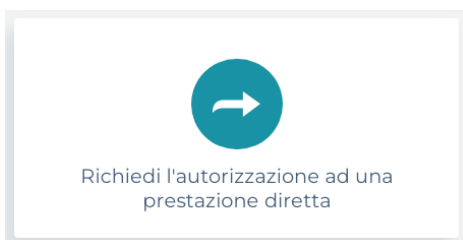
ASSISTENZA IN FORMA DIRETTA

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



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

con Cooperazione Salute e prenotare.



- **Contattare** la struttura scelta per richiedere una prestazione in forma diretta da parte di un medico/professionista convenzionato

- Almeno **5 giorni** lavorativi prima della prestazione, inviare a Cooperazione Salute la **Richiesta di Prestazione in Forma Diretta** tramite Area Riservata compilando il Form online e allegando la copia della prescrizione 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 del documento di spesa.** Per le Cure odontoiatriche, è necessario allegare il Piano terapeutico contenente le prestazioni desiderate.

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



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

Al termine della prestazione sanitaria **l'Isritto** dovrà **saldare**, direttamente alla struttura, la quota di sua competenza indicata 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'Isritto 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 INDIRECTA



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'Isritto dovrà far pervenire a Cooperazione Salute entro **60 giorni** dall'avvenuta 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 (ad esempio, per i pacchetti di prevenzione). **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.**
- 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.

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**.

9

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'Isritto disponga di altre forme di copertura sanitaria, oltre a quella del SSN, si impegnerà a comunicare a Cooperazione Salute l'importo degli eventuali rimborsi percepiti da altri Enti, Fondi o Compagnie Assicuratrici per lo stesso evento/documento di spesa/per la stessa prestazione per cui presenta richiesta a Cooperazione Salute. Tale comunicazione dovrà pervenire, in fase di inserimento della richiesta di rimborso in Area Riservata, tramite la compilazione dell'apposito campo, oppure, indicando l'importo percepito sul modulo di richiesta di rimborso in forma indiretta per richieste inviate tramite e-mail.

Invio della documentazione tramite Area Riservata

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



Visualizza lo stato delle richieste

2. Successivamente, l'Isritto dovrà monitorarne lo stato e le eventuali relative comunicazioni tramite la sezione Pratiche - Le mie richieste. In tale sezione compariranno esclusivamente le pratiche inviate tramite Area Riservata e non quelle inviate tramite e-mail.
3. Se, in fase di gestione della richiesta, si dovesse rilevare incompletezza nella documentazione presentata, Cooperazione Salute provvederà ad inviare una richiesta di integrazione tramite Area Riservata, visibile sempre nella sezione Comunicazioni della Pratica. A notifica della stessa Cooperazione Salute invierà un'e-mail, all'indirizzo utilizzato in fase di registrazione all'Area Riservata, con l'invito ad accedere al portale dedicato per visualizzare i messaggi. A seguito della ricezione di tale comunicazione l'Isritto avrà a disposizione **10 giorni effettivi per integrare la documentazione incompleta** e/o non esaustiva, pena la non rimborsabilità della pratica. La documentazione integrativa dovrà essere inviata tassativamente rispondendo alla comunicazione ricevuta in Area Riservata e non inserendo una nuova richiesta di rimborso.
4. A conclusione della gestione della pratica, nella sezione dedicata dell'Area Riservata Pratiche - Le mie richieste, sarà possibile visionare lo stato assegnato:
 - a. Nel caso di respingimento verrà comunicata la ragione del diniego del rimborso (prestazione non prevista dal piano, richiesta rimborso tardiva o incompleta, sfioramento massimali, irregolarità, abusi, controversie, ecc.).
 - b. Nel caso di riconoscimento del rimborso la pratica assumerà lo stato "Liquidato" e verrà inviata all'Isritto, tramite e-mail, comunicazione attestante la liquidazione, verificabile sul proprio conto corrente in funzione delle tempistiche di accredito del proprio istituto di credito.

Invio della documentazione tramite e-mail

1. Al momento della creazione del protocollo della pratica, utilizzando il contatto e-mail dell'Isritto (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'Isritto. A seguito della ricezione di tale comunicazione l'Isritto 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'Isritto l'esito della richiesta:
 - a. Nel caso di respingimento verrà comunicata la ragione del diniego del rimborso (prestazione non prevista dal piano, richiesta rimborso tardiva o incompleta, sfioramento massimali, irregolarità, abusi, controversie, ecc.).
 - b. Nel caso di riconoscimento del rimborso verrà inviata all'Isritto, 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'Isritto), 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'Isritto avviene esclusivamente tramite Area Riservata o via e-mail.



Riepiloghi annuali

In Area Riservata l'Isritto 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'Isritto 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 Isritto minorenni, la richiesta andrà presentata dall'Area Riservata del capofamiglia selezionando il nominativo del beneficiario della prestazione sanitaria, mentre, nel caso di familiare Isritto maggiorenne, lo stesso dovrà registrarsi autonomamente in Area Riservata con proprie credenziali di accesso (dal sito www.cooperazionealute.it – Area Riservata Isritti – Adesioni Collettive) per presentare dalla sezione dedicata le sue richieste;
- per presentare correttamente la richiesta tramite e-mail i dati del beneficiario della prestazione sanitaria dovranno essere indicati sul modulo di richiesta indiretta.

A. AREA RICOVERO

1. Ricoveri per Grande Intervento Chirurgico

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

L'indennità sarà pari ad **€ 60 per i ricoveri in Italia e € 100 per i ricoveri all'estero** e verrà erogata per un massimo di **20 giorni** per ciascun ricovero.

2. Altri ricoveri con Intervento Chirurgico

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

L'indennità sarà pari ad **€ 30** e verrà erogata a partire dal primo giorno di ricovero in presenza di almeno 2 notti di ricovero, con un massimo di **7 giorni** per ciascun ricovero.

3. Spese post ricovero per Grande Intervento Chirurgico

In caso di ricovero ospedaliero a seguito di Grande Intervento Chirurgico, rientrante tra quelli previsti nell'Elenco A, il Piano sanitario prevede il rimborso delle spese sostenute per esami diagnostici strumentali, visite specialistiche, esami di laboratorio, noleggio protesi, effettuate nei **120 giorni** successivi al ricovero e ad esso riconducibili, nel limite di **€ 1.000** per ricovero.

B. AREA SPECIALISTICA

4. Prestazioni di Alta Specializzazione diagnostica e strumentale

Il Piano sanitario prevede il rimborso delle spese per le prestazioni di alta specializzazione presenti nell'Elenco B eseguite indipendentemente dal ricovero, in presenza di prescrizione del medico curante/del medico specialista indicante la patologia accertata o presunta per la quale la prestazione viene richiesta.

Assistenza in Forma Diretta

- Nel caso di utilizzo di strutture/medici cooperativi convenzionati del Network Sanitario di Cooperazione Salute: le spese per le prestazioni vengono liquidate direttamente alle strutture, lasciando una quota a carico dell'Isritto di **€ 25** per ogni accertamento, che dovrà essere versata dall'Isritto 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'Isritto di **€ 35** per ogni accertamento diagnostico, che dovrà essere versata dall'Isritto 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 accertamento diagnostico.
- 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 curante (MMG), pena il diniego di rimborso o dell'attivazione della forma diretta. Per aver accesso ai tariffari agevolati è necessario identificarsi presso la struttura o medici convenzionati presentando il voucher scaricabile dalla propria Area Riservata.

Esempio Assistenza in Forma Indiretta:

Esempio A: un Iscritto effettua una Risonanza Magnetica presso una struttura privata (struttura convenzionata, non convenzionata o di libera professione) e spende € 170,00. Cooperazione Salute rimborserà

€ 110,00, ovvero il totale fattura, al netto del minimo non indennizzabile di € 60,00. Ciò vale per tutte le richieste rimborso pari o inferiori a € 240,00, ovvero nei casi in cui il minimo non indennizzabile di € 60,00 sia maggiore od uguale al 25% del valore della fattura.

Esempio B: un Iscritto effettua una Risonanza Magnetica presso una struttura privata (struttura convenzionata, non convenzionata o di libera professione) e spende € 250,00. Cooperazione Salute rimborserà

€ 187,50, ovvero il totale fattura meno il 25% della stessa. Ciò vale per tutte le richieste rimborso superiori a € 240,00, ovvero nei casi in cui il 25% del valore della fattura sia superiore al minimo non indennizzabile di € 60,00.

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

Presso le strutture/medici convenzionati è possibile accedere a tariffari agevolati. Per aver accesso ai tariffari agevolati è necessario identificarsi presso le strutture/medici convenzionati presentando il voucher scaricabile dalla propria Area Riservata.

5. Visite specialistiche

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

Assistenza in Forma Diretta

- Nel caso di utilizzo di strutture/medici cooperativi convenzionati del Network Sanitario di Cooperazione Salute: le spese per le prestazioni vengono liquidate direttamente alle strutture, lasciando una quota a carico dell'Iscriotto di **€ 20** per ogni visita specialistica, che dovrà essere versata direttamente dall'Iscriotto 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'Iscriotto di **€ 30** per ogni visita specialistica, che dovrà essere versata dall'Iscriotto 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 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 € 600 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 curante / del medico specialista, pena il diniego di rimborso o della assistenza diretta. Per aver accesso ai tariffari agevolati è necessario identificarsi presso la struttura o medici convenzionati presentando il voucher scaricabile dalla propria Area Riservata. Le visite sono rimborsabili solo se effettuate da medici chirurghi Iscritti all'albo.

Esempio Assistenza in Forma Indiretta:

Esempio A: Un Iscritto effettua una Visita Ortopedica presso una struttura privata (struttura convenzionata, non convenzionata o di libera professione) e spende € 170,00. Cooperazione Salute rimborserà € 110,00, ovvero il totale fattura al netto del minimo non indennizzabile di € 60,00. Ciò vale per tutte le richieste rimborso pari o inferiori a € 240,00, ovvero nei casi in cui il minimo non indicizzabile di € 60,00 sia maggiore od uguale al 25% del valore della fattura.

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

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

Presso le strutture/medici convenzionati è possibile accedere a tariffari agevolati. Per aver accesso ai tariffari agevolati è necessario identificarsi presso le strutture/medici convenzionati presentando il voucher scaricabile dalla propria Area Riservata.

6. Ticket per Accertamenti Diagnostici e Pronto Soccorso

Rimborso integrale dei ticket sanitari per accertamenti diagnostici, tra cui anche esami di laboratorio – non ricompresi nella garanzia “Prestazioni di Alta Specializzazione diagnostica e strumentale” - conseguenti a malattia o a infortunio e/o prescritti anche a solo scopo di prevenzione e controllo effettuati nell’ambito del Servizio Sanitario Nazionale e dei ticket di Pronto Soccorso relativi alle casistiche di maggiore complessità e quindi esclusi i codici bianchi.

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

7. Gravidanza

Rimborso delle spese sostenute durante il periodo della gravidanza per:

- Esami di laboratorio, con modalità di assistenza, franchigia e limiti di disponibilità annua previsti dalla garanzia “Ticket per Accertamenti Diagnostici e Pronto Soccorso”;
- Accertamenti diagnostici quali ecografie, amnioscopia, amniocentesi e villocentesi, con modalità di assistenza, franchigie e limiti di disponibilità annua previsti dalla garanzia “Prestazioni di Alta Specializzazione diagnostica e strumentale”;
- Visite specialistiche di controllo sull'andamento della gravidanza, con modalità di assistenza, franchigie e limiti di disponibilità annua previsti dalla garanzia “Visite specialistiche”.

La disponibilità annua per la presente garanzia coincide con le disponibilità previste dalle garanzie Ticket per Accertamenti Diagnostici e Pronto Soccorso, Prestazioni di Alta Specializzazione diagnostica e strumentale e Visite specialistiche.

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

C. AREA PRESTAZIONI FISIOTERAPICHE E RIABILITATIVE

8. Prestazioni fisioterapiche riabilitative

Il Piano sanitario prevede il rimborso delle spese per prestazioni fisioterapiche riabilitative a seguito di infortunio certificato dal Pronto Soccorso Pubblico con una prognosi di almeno 7 giorni, e richieste dal medico curante (MMG) ovvero dal medico specialista. Le prestazioni fisioterapiche e riabilitative a seguito di infortunio possono essere riconosciute entro un massimo di 12 mesi dal verificarsi dell’infortunio accertato dal Pronto Soccorso.

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

Assistenza in Forma Diretta

- Nel caso di utilizzo di strutture/professionisti cooperativi convenzionati appartenenti al Network Sanitario di Cooperazione Salute: le spese per le prestazioni vengono liquidate direttamente alle strutture, lasciando una quota a carico dell'Isritto di **€ 10** per ogni prestazione/seduta, che dovrà essere versata direttamente dall'Isritto alla struttura convenzionata.
- Nel caso di utilizzo di strutture convenzionate/professionisti con il Network Sanitario di Cooperazione Salute: le spese per le prestazioni vengono liquidate direttamente alle strutture, lasciando una quota a carico dell'Isritto di **€ 20** per ogni prestazione/seduta, che dovrà essere versata dall'Isritto 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 **€ 20** per ogni prestazione/seduta.
- 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. Per aver accesso ai tariffari agevolati è necessario identificarsi presso la struttura o medici convenzionati presentando il voucher scaricabile dalla propria Area Riservata.

Esempio Assistenza in Forma Indiretta:

Esempio A: Un Isritto effettua un ciclo di cure composto da 5 sedute presso una struttura privata (struttura convenzionata, non convenzionata o di libera professione) e spende € 250,00. Cooperazione Salute rimborserà € 150,00, ovvero il totale fattura al netto del minimo non indennizzabile di € 20,00 per prestazione/seduta. Ciò vale per tutti i casi in cui il minimo non indennizzabile di € 20,00 sia maggiore od uguale al 25% del valore della fattura.

Esempio B: Un Isritto effettua una prestazione/seduta presso una struttura privata (struttura convenzionata, non convenzionata o libera professione) e spende € 150,00. Cooperazione Salute rimborserà € 112,50, ovvero il totale fattura meno il 25% della stessa. Ciò vale in tutti i casi in cui il 25% del valore della fattura sia superiore al minimo non indicizzabile di € 20,00.

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

Presso le strutture/medici convenzionati è possibile accedere a tariffari agevolati. Per aver accesso ai tariffari agevolati è necessario identificarsi presso le strutture/medici convenzionati presentando il voucher scaricabile dalla propria Area Riservata.

9. Logopedia

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

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 **€ 20** per ogni 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 € 150 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.

D. PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE

10. Assistenza domiciliare sanitaria

In caso di ricovero a seguito del quale si necessiti di interventi sanitari a domicilio per praticare terapia medica e/o assistenza specialistica, infermieristica per medicazioni, mobilizzazioni, prelievi, rilievi dei parametri biologici, fisioterapia e riabilitazione, spetta un sussidio pari al **50%** delle spese sostenute elevato al **70%** nel caso di utilizzo di strutture cooperative convenzionate con il Network di Cooperazione Salute, con un massimo di **€ 1.000** per anno associativo.

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

11. Assistenza domiciliare sociale

In caso di infortunio certificato dal Pronto Soccorso del SSN con prognosi di almeno 7 giorni o di ricovero di almeno 5 notti per malattia, spetta un sussidio pari al **50%** delle spese sostenute elevato al **70%** nel caso di utilizzo di strutture cooperative convenzionate con il Network di Cooperazione Salute, a copertura degli interventi domiciliari non sanitari per:

- Assistenza alla persona
- Collaboratore/trice domestico/a

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

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

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

12. Prevenzione presso strutture convenzionate

Una volta all'anno, viene riconosciuto il rimborso di una seduta di ablazione semplice del tartaro del valore di **€ 35** fruita presso le strutture convenzionate per le prestazioni odontoiatriche con il Network di Cooperazione Salute.

13. Otturazioni presso strutture convenzionate

Viene riconosciuto il rimborso delle spese per otturazioni dentarie, per un massimo di **€ 50** ad elemento. Il rimborso non è ripetibile in relazione allo stesso dente nell'arco dei successivi quattro anni. La prestazione deve essere fruita presso le strutture convenzionate per le prestazioni odontoiatriche con il Network di Cooperazione Salute.

14. Estrazioni presso strutture convenzionate

Viene riconosciuto il rimborso delle spese per estrazioni dentarie, per un massimo di **€ 50** ad elemento. Il rimborso non è ripetibile in relazione allo stesso dente. La prestazione deve essere fruita presso le strutture convenzionate per le prestazioni odontoiatriche con il Network di Cooperazione Salute.

15. Impianti Osteointegrati presso strutture convenzionate

Viene riconosciuto un sussidio fino ad un massimo di **€ 300** a impianto. Il rimborso non è ripetibile in relazione allo stesso dente nell'arco dei successivi cinque anni. Nell'ipotesi di rigetto non è ammesso nuovamente il rimborso per un nuovo impianto sullo stesso dente. La prestazione deve essere fruita presso le strutture convenzionate per le prestazioni odontoiatriche con il Network di Cooperazione Salute.

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

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

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

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

Per le garanzie di Assistenza odontoiatrica (E e F), saranno prese in considerazione solo fatture fiscali emesse da medici Odontoiatri convenzionati e regolarmente Iscritti negli Albi dei Medici Chirurghi e Odontoiatri che operano presso strutture del Network Odontoiatrico Convenzionato di Cooperazione Salute. Per ottenere il rimborso è necessario produrre copia della fattura del dentista da cui si rilevi il dettaglio analitico delle prestazioni eseguite e dei denti su cui è intervenuto, le eventuali ortopantomografie e la documentazione radiografica pre e post prestazione a cui allegare copia del voucher di autorizzazione all'accesso al tariffario. Non potranno essere prese in esame fatture per prestazioni odontoiatriche iniziate ed eseguite prima della decorrenza della copertura.

G. NON AUTOSUFFICIENZA

18. Sussidio per non autosufficienza

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

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

H. PRESTAZIONI DI ASSISTENZA MEDICA

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

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

Prestazioni Domiciliari: La rete convenzionata di Federazione Sanità di Confcooperative offre la possibilità, dove il servizio è attivo, di effettuare le prestazioni diagnostiche a domicilio alle condizioni previste per l'assistenza in Forma Diretta dalla garanzia "Prestazioni di Alta Specializzazione diagnostica e strumentale".

I. ACCESSO A TARIFFARI AGEVOLATI

20. 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.

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

21. 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

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:

- conseguenze dirette di infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici anteriori alla decorrenza del piano sanitario, ad eccezione degli interventi per i bambini che non abbiano superato il primo anno di età;
- cure non rientranti nei protocolli riconosciuti dall'OMS, dell'ISS o svolte da soggetti non in possesso di abilitazione riconosciuta;
- Visite specialistiche odontoiatriche, ortodontiche, pediatriche, psichiatriche, psicoterapeutiche. Sono altresì escluse dalla copertura le visite eseguite da soggetti non in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione medica;
- test genetici prenatali su DNA fetale;
- cure e interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla sottoscrizione del piano sanitario;
- cure delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici, ad esclusione di specifiche deroghe, ove previste nei singoli piani sanitari;
- cure e interventi odontoiatrici diversi da quanto previsto nello specifico piano sanitario;
- infortuni e intossicazioni conseguenti ad ubriachezza, anche nel suo stato iniziale di ebbrezza, 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;
- 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;
- cure e interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale;
- prestazioni eseguite per il rilascio di certificazioni;
- 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);
- degenze in case di riposo, in strutture di lungodegenza o residenze sanitarie assistenziali, di convalescenza, di soggiorno, stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, dietologici o del benessere;
- ricoveri per stati vegetativi, ricoveri per lunga degenza ovvero quelli determinati da condizioni fisiche dell'Aderente che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che diano luogo alla permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- ricoveri e day hospital durante i quali vengono effettuati solo accertamenti diagnostici o terapie fisiche che, per la loro natura, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- 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.

ESTENSIONE DELLA COPERTURA AL NUCLEO FAMILIARE CONVIVENTE

L'Isritto può estendere la copertura a tutti i componenti (nessuno escluso) del proprio **Nucleo Familiare**, come definito nel Glossario, sono comunque compresi i figli non conviventi purché studenti fino a 26 anni di età. La copertura per la "Non autosufficienza" non può essere estesa al nucleo familiare.

L'Isritto dovrà comunicare i dati dei propri familiari alla Azienda, compilando il modulo di "**Richiesta Adesione Nucleo Familiare**". La Azienda provvederà così a comunicare le adesioni raccolte a Cooperazione Salute e ad anticipare il contributo dovuto dal Collaboratore per l'iscrizione del nucleo familiare.

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

- Se l'iscrizione dei famigliari avviene entro il termine di 30 giorni dalla data in cui la copertura sanitaria integrativa è operante per l'Isritto, verrà applicata la stessa decorrenza immediata dell'assistenza prevista per l'Isritto. Qualora l'iscrizione del nucleo familiare 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 osteointegrati sarà applicata una carenza di 12 mesi per le patologie preesistenti al momento della estensione della copertura.

- Nel caso di matrimonio o inizio convivenza o di nascita di un figlio, se l'Isritto 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'Isritto. Se il nucleo familiare viene Isritto successivamente, si applicheranno le carenze sopra riportate.
- Se l'Isritto 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 conviventi non potranno recedere dalla copertura salvo il realizzarsi di una o più tra le seguenti condizioni:
 - disattivazione della copertura in capo all'Isritto collaboratore della Azienda;
 - uscita dallo stato di famiglia di uno o più componenti Isritti a Cooperazione Salute;
 - venir meno del rapporto associativo tra Azienda e Cooperazione salute.

In tal caso, la copertura del nucleo familiare durerà sino alla conclusione del periodo per cui è stato versato il contributo.

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 lettera raccomandata a/r 60 (sessanta) giorni prima della scadenza dei 3 anni di attività mutualistica.

ESTRATTO DELLE NORME DI ATTUAZIONE

Estensione territoriale

La copertura vale in tutto il mondo.

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.

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

Tutela dati personali

A seguito dell'informativa scritta rilasciata da Cooperazione Salute al momento dell'iscrizione al Fondo e al momento della richiesta degli Isritti 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.

Controlli

Cooperazione Salute al fine di accertare il diritto dell'Isritto alle prestazioni si riserva la facoltà di esercitare ogni controllo ed ogni accertamento tramite medici di propria fiducia o istituzioni pubbliche o private. Il rifiuto di presentare la documentazione richiesta o l'opposizione agli eventuali accertamenti decisi da Cooperazione Salute comportano la decadenza del diritto alle prestazioni

Chiarimenti e reclami

In caso di richieste di chiarimenti o reclami sulla ammissibilità delle prestazioni, o relativi alla misura dei rimborsi, da parte dei beneficiari della copertura sanitaria, sarà Cooperazione Salute attraverso i suoi organi a provvedere a fornire le risposte all'Isritto. In caso di ulteriore contenzioso, prima dell'eventuale ricorso all'autorità giudiziaria, Cooperazione Salute e l'Isritto 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'Isritto. La Commissione esamina i casi ad essa sottoposti ed esprime il proprio parere che verrà comunicato all'Isritto. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il proprio medico designato.

ELENCO A INTERVENTI CHIRURGICI

NEUROCHIRURGIA

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

CHIRURGIA GENERALE

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

OCULISTICA

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

OTORINOLARINGOIATRIA

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

CHIRURGIA DEL COLLO

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

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

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

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

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

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

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

UROLOGIA

Nefroureterectomia radicale

Surrenalectomia

Interventi di cistectomia totale

Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia

Cistoprostatovescicolectomia

Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica trans-sacrale

Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare

GINECOLOGIA

Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia

Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica

Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Interventi per costola cervicale Interventi di stabilizzazione vertebrale Interventi di resezione di corpi vertebrali

Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni

Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei

CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE

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

TRAPIANTI DI ORGANO

Tutti

ELENCO B PRESTAZIONI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE DIAGNOSTICA E STRUMENTALE

RADIOLOGIA CONVENZIONALE (SENZA CONTRASTO)

Rx mammografia e/o bilaterale
Rx esofago e RX esofago esame diretto
Rx tenue seriato
Rx tubo digerente e prime vie/secondo vie
Stratigrafia (di organi e apparati)

RADIOLOGIA CONVENZIONALE (CON CONTRASTO)

Angiografia (compresi gli esami radiologici apparato circolatorio)
Artrografia
Broncografia
Cisternografia
Cavernosografia
Cistografia/doppio contrasto
Cisturografia menzionale
Clisma opaco e/a doppio contrasto
Colangiografia percutanea
Colangiopancreatografia retrograda
Colecistografia
Colonscopia
Colpografia
Coronarografia
Dacriocistografia
Defecografia
Discografia
Esami radiologici apparato circolatorio
Esame urodinamico
Fistolografia
Flebografia
Fluorangiografia
Galattografia
Gastrosopia
Isterosalpingografia
Linfografia
Mielografia
Pneumoencefalografia
Retinografia
Rx esofago con contrasto opaco/doppio contrasto
Rx piccolo intestino/stomaco con doppio contrasto
Rx stomaco con doppio contrasto
Rx tenue a doppio contrasto con studio selettivo
Rx tubo digerente completo compreso esofago con contrasto
Scialografia con contrasto
Splenoportografia
Uretrocistografia
Ureterosopia
Urografia
Vesciculodeferentografia
Wirsungrafia

ALTA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI (ECOGRAFIA)

Ecografia

ECOCOLORDOPPLERGRAFIA

Ecodoppler cardiaco compreso color

Ecocolordoppler aorta addominale
Ecocolordoppler arti inferiore e superiori
Ecocolordoppler tronchi sovraortici

TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC)

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

RISONANZA MAGNETICA (RM)

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

PET

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

DIAGNOSTICA STRUMENTALE

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

ALTRE PRESTAZIONI SANITARIE DIAGNOSTICHE (BIOPSIE)

Mapping vescicale

ENDOSCOPIE DIAGNOSTICHE

Colecistopancreatografia retrograda per via endoscopica diagnostica (C.P.R.E.)
Cistoscopia diagnostica
Esofagogastroduodenoscopia
Rettosigmoidoscopia diagnostica
Tracheobroncoscopia diagnostica