

## PIANO SANITARIO CCNL COOPERATIVE SOCIALI

### Prospetto informativo sintetico della copertura

#### Le prestazioni garantite dal Piano Sanitario

##### AREA SPECIALISTICA

###### 1. Prestazioni di Alta Specializzazione diagnostica e strumentale

Il Piano sanitario prevede il rimborso delle spese per le prestazioni di alta specializzazione eseguite indipendentemente dal ricovero, in presenza di prescrizione del medico curante (MMG) indicante la patologia accertata o presunta per la quale la prestazione viene richiesta.

###### 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 € **30,00** per ogni accertamento, che dovrà essere versata dall'Iscritto direttamente alla struttura convenzionata.

- Nel caso di utilizzo di **altre strutture/medici** convenzionati con il Network Sanitario di Cooperazione Salute

Le spese per le prestazioni vengono liquidate direttamente alle strutture, lasciando una quota a carico dell'Iscritto di € **45,00** per ogni accertamento diagnostico, che dovrà essere versata direttamente dall'Iscritto alla struttura convenzionata.

###### Assistenza in Forma Indiretta

- Nel caso di utilizzo di strutture **private (le strutture/medici convenzionati presentano tariffari agevolati)**

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del **70%** con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di € **60,00** per ogni accertamento diagnostico.

- Nel caso di utilizzo di strutture del **Servizio Sanitario Nazionale**

Sono rimborsati i ticket sanitari con franchigia di € **15,00** per ciascun ticket.

###### La disponibilità annua per la presente

garanzia è di € **5.000,00** per Iscritto.

*I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata nella richiesta del medico curante (MMG), pena il diniego di rimborso o dell'attivazione della forma diretta. Per aver accesso ai tariffari agevolati è necessario identificarsi presso la struttura o medici convenzionati presentando la comunicazione di iscrizione a Cooperazione Salute in collaborazione con Blue Assistance.*

###### 2. Visite specialistiche

Il Piano sanitario prevede il rimborso delle spese per le visite specialistiche, in presenza di prescrizione del medico curante (MMG) indicante la patologia presunta o accertata per la quale la visita viene richiesta

###### 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 € **30,00** per ogni visita specialistica, che dovrà essere versata direttamente dall'Iscritto 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 € **45,00** per ogni accertamento diagnostico, che dovrà essere versata direttamente dall'Iscritto alla struttura convenzionata.

###### Assistenza in Forma Indiretta

- Nel caso di utilizzo di strutture **private (le strutture/medici convenzionati presentano tariffari agevolati)**

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del **70%** con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 60,00** per ogni visita specialistica.

- Nel caso di utilizzo di strutture del **Servizio Sanitario Nazionale**

Rimborso dei ticket sanitari con franchigia di **€ 15,00** per ciascun ticket.

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

*I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata nella richiesta del medico curante (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 la comunicazione di iscrizione a Cooperazione Salute in collaborazione con Blue Assistance.*

### **3. Ticket per Accertamenti Diagnostici e Pronto Soccorso**

Rimborso dei ticket sanitari per accertamenti diagnostici – diversi da quelli previsti al punto 1 - conseguenti a malattia o a infortunio effettuati nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale e dei ticket di Pronto Soccorso relativi alle casistiche di maggiore complessità e quindi esclusi i codici bianchi. Con applicazione di franchigia di **€ 15,00** su ogni ticket.

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

### **4. Maternità e Gravidanza**

E' previsto il rimborso dei ticket sostenuti presso il **SSN** per le analisi clinico chimiche e gli accertamenti diagnostici effettuati durante la gravidanza. Con applicazione di franchigia di **€ 15,00** su ogni ticket.

Le ecografie ed altri esami diagnostici strumentali (*esclusi esami di laboratorio*) relativi alla gravidanza possono essere effettuati in forma diretta solo nelle **strutture/medici convenzionati**

del Network Sanitario di Cooperazione Salute con quota a carico di **30,00** presso **strutture/medici cooperativi** convenzionati; con quota a carico di **45,00** presso **altre strutture** convenzionate.

**La disponibilità annua per la presente garanzia rientra in quella generale dei ticket di € 500,00 per Iscritta.**

### **PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE**

#### **5. Assistenza infermieristica e sociosanitaria tramite la rete di Cooperative Sociali e Sanitarie di Confcooperative**

Assistenza infermieristica e/o sociosanitaria a domicilio fornita, dove il servizio è attivo, dalle Cooperative sociali e Sanitarie di Confcooperative alla persona privata. La copertura si attiva in caso di convalescenza post ricovero di almeno 5 giorni per il recupero di temporanea inabilità certificata dal MMG in persone prive di assistenza familiare e parentale (rientrano nel punto 1 con medesimo massimale e regole) nel limite di **€ 50,00** al giorno per un massimo di **10** giorni.

### **PRESTAZIONI DI ASSISTENZA MEDICA**

#### **6. Assistenza medica tramite la rete di Cooperative Sociali e Sanitarie di Confcooperative**

Possibilità di usufruire di prestazioni sanitarie a tariffe calmierate tramite Convenzione con la rete delle Cooperative sociali e sanitarie di Confcooperative che garantiscono tariffe preferenziali e servizi di urgenza. (Es: Guardia medica notturna e festivi; Codici Bianchi, Cure Primarie). Prestazioni di Fisioterapia, assistenza domiciliare, Logopedia e Domotica per il nucleo familiare del lavoratore a tariffe preferenziali.

*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 (rientrano nel punto 1 con medesimo massimale e regole) sempre con la sola quota a carico di **€ 30,00**.

### **ASSISTENZA ODONTOIATRICA**

#### **7. Impianti Osteointegrati**

Viene riconosciuto un sussidio fino ad un massimo di **€ 200,00** a impianto e per un importo

massimo di € **600,00** all’anno dietro presentazione documentazione di spesa e della fornitura odontoiatrica. Per ottenere il rimborso, le prestazioni dovranno essere effettuate presso una struttura/dentista del Network Odontoiatrico Convenzionato di Cooperazione Salute.

## 8. Cure Odontoiatriche da infortunio

In caso di infortunio certificato dal Pronto Soccorso Pubblico, viene riconosciuto un rimborso fino a € **1.500,00** all’anno per iscritto, fino ad un massimo del 50% della fattura del dentista convenzionato, fatta salva la rivalsa per responsabilità di terzi. La prestazione dovrà essere effettuata entro 6 mesi dalla data dell’infortunio.

Sia per il punto 7 che 8, 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 ortopantomografie e la documentazione radiografica pre e post prestazione a cui allegare copia del voucher di autorizzazione all’accesso al tariffario de “Il Dentista di Cooperazione Salute”. Il rimborso non può essere riconosciuto per lo stesso dente per non più di una volta ogni 5 anni. Nell’ipotesi di rigetto non è ammesso nuovamente il rimborso per un nuovo impianto sullo stesso dente. Non potranno essere prese in esame fatture per prestazioni odontoiatriche iniziate ed eseguite prima della decorrenza della copertura.

## ACCESSO A TARIFFARI AGEVOLATI

### 9. Il Dentista di Cooperazione Salute

Il servizio permette all’Iscritto di accedere al Network Odontoiatrico convenzionato di Cooperazione Salute ([www.dentistacoopsalute.it](http://www.dentistacoopsalute.it)) in collaborazione con Blue Assistance e di ottenere le visite/cure odontoiatriche con applicazione di un

nomenclatore tariffario unico in tutta Italia con un costo fino al 70% inferiore rispetto al mercato. Il Network Odontoiatrico è composto da circa 1.000 strutture convenzionate presenti in tutta Italia. **L’accesso alla rete sarà possibile per l’Iscritto SENZA un limite massimo di accessi.**

## 10. 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 in collaborazione con Blue Assistance. *Per aver accesso ai tariffari agevolati è necessario identificarsi presso la struttura o medici convenzionati presentando la comunicazione di iscrizione a Cooperazione Salute in collaborazione con Blue Assistance.*

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

## CAMPAGNE DI PREVENZIONE

### 11. Campagne di prevenzione sanitaria ad hoc

Nel periodo di validità della copertura sanitaria saranno proposte agli iscritti Campagne di Prevenzione progettate ad hoc. Per ciascun anno della durata della copertura verranno proposte campagne di prevenzione differenti che verranno opportunamente comunicate agli iscritti. A titolo esplicativo, si riportano alcuni esempi di Campagne di Prevenzione: Prevenzione odontoiatrica, Prevenzione oculistica, Prevenzione cardiovascolare, Prevenzione oncologica, Prevenzione della tiroide, Prevenzione dermatologica, Prevenzione ortopedica, ecc.

Nel **2015** si realizzerà una Campagna di Prevenzione in ambito Odontoiatrico: nella **Primavera 2015 verrà rimborsato il 100%** della spesa per **una seduta di Igiene orale** (Ablazione semplice del tartaro) realizzata presso una struttura odontoiatrica convenzionata. Per il rimborso, l’Iscritto dovrà presentare regolare domanda di richiesta rimborso a cui allegare la ricevuta di spesa con copia del voucher di autorizzazione all’accesso al tariffario de “Il Dentista di Cooperazione Salute”.

## **ADESIONE ENTRO IL 28 FEBBRAIO 2015 “IL DENTISTA DI COOPERAZIONE SALUTE”: OFFERTA PER TUTTA LA FAMIGLIA**

Per le Cooperative che sceglieranno Cooperazione Salute iscrivendo/confermando i propri dipendenti entro il **28 FEBBRAIO 2015**, l'offerta odontoiatrica “Il Dentista di Cooperazione Salute” ([www.dentistacoopsalute.it](http://www.dentistacoopsalute.it)) prevista per il dipendente verrà estesa anche al suo **Nucleo Familiare sino al 31 dicembre 2015 e SENZA un limite massimo di accessi**. “Il Dentista di Cooperazione Salute” è un servizio che permette di accedere al Network Odontoiatrico di Cooperazione Salute (servizio fornito in collaborazione con Blue Assistance) e di ottenere le visite/cure odontoiatriche con applicazione di un nomenclatore tariffario unico in tutta Italia con un costo fino al 70% inferiore rispetto al mercato. Il Network Odontoiatrico è composto da circa 1.000 strutture convenzionate presenti in tutta Italia. Il Network Odontoiatrico opera in regime di qualità controllata con l'applicazione di un Nomenclatore Tariffario decisamente favorevole ed univoco così da dare la certezza che quanto richiesto sia effettivamente un vantaggio.

## **POSSIBILITA' DI ESTENSIONE DELLA COPERTURA SANITARIA AI FAMILIARI CONVIVENTI**

I dipendenti possono estendere la copertura sanitaria anche al loro **Nucleo Familiare convivente**, intendendo per Nucleo Familiare il coniuge o convivente more uxorio e i figli conviventi. Il dipendente che intende estendere la copertura ai propri familiari dovrà iscrivere tutto il nucleo familiare convivente, nessuno escluso, a Cooperazione Salute. Inoltre, attraverso la trattenuta in busta paga ad opera del datore di lavoro, si impegna a versare i relativi contributi per tutta la durata della copertura e dei successivi rinnovi fin tanto che i familiari faranno parte del suo Nucleo Familiare convivente.

Cotributi da versare per i familiari:

- **60,00 euro** annui per il coniuge o convivente more uxorio e i figli conviventi che hanno compiuto 26 anni;
- **48,00 euro** annui per i figli conviventi aventi meno di 26 anni;

## ELENCO PRESTAZIONI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE DIAGNOSTICA E STRUMENTALE

### RADIOLOGIA CONVENZIONALE (SENZA CONTRASTO)

Rx mammografia e/o bilaterale  
Rx di organo apparato  
Rx esofago ed RX esofago esame diretto  
Rx tenue seriato  
Rx tubo digerente e prime vie/seconde vie

Stratigrafia (di organi e apparati)

### RADIOLOGIA CONVENZIONALE (CON CONTRASTO)

Angiografia (compresi gli esami radiologici apparato circolatorio)

Artrografia  
Broncografia  
Cisternografia  
Cavernosografia  
Cistografia/doppio contrasto  
Cisturetrografia menzionale

Clisma opaco e/a doppio contrasto  
Colangiografia percutanea  
Colangiopancreatografia retrograda

Colecistografia  
Colonoscopia  
Colpografia  
Coronarografia  
Dacriocistografia  
Defecografia  
Discografia  
Esami radiologici apparato circolatorio  
Esame urodinamico

Fistografia  
Flebografia  
Fluorangiografia  
Galattografia  
Gastroscopia  
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  
Ureteroscopia  
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 di stretto 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  
Elettoretinogramma  
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

## ESCLUSIONI:

I documenti di spesa (fatture e ricevute) **debbono riportare** l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata nella richiesta del medico curante (MMG), **pena il diniego** di rimborso o dell'attivazione della forma diretta. **Visite Specialistiche:** Visite odontoiatriche ed ortodontiche (escluso quanto previsto ai punti 12 e 13), visite omeopatiche, visite psichiatriche e psicologiche, visite dietologiche, visite chiropratiche nonché tutte quelle non previste dalla medicina ufficiale. **Sono esclusi dalla copertura sanitaria le seguenti spese:** relative a cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici; relative a cura di disintossicazioni conseguenti all'abuso di alcolici od uso di allucinogeni nonché all'uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti; relative a malattie infettive, quando assumano carattere epidemico o pandemico; derivanti da sport pericolosi; conseguenza di azioni delittuose compiute dolosamente dall'iscritto, intendendosi invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche grave dell'Iscritto stesso; relative a cure e interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla iscrizione alla copertura; relative ad applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio); relative a malattie professionali così definite dal d.p.r. 30 giugno 1965, n. 1124 e successive modifiche; relative a conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti; relative a conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed altre calamità naturali.

## GLOSSARIO:

**Ricoveri:** per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento; solo intervento di Pronto soccorso o in day-hospital non costituisce ricovero.

**Assistenza Forma Diretta:** modalità di erogazione delle prestazioni dove Cooperazione Salute paga direttamente alla struttura sanitaria e ai medici chirurghi convenzionati – senza anticipo di spesa da parte dell'Iscritto – il costo delle prestazioni indennizzabili a termini di piano sanitario al netto della quota prevista nel piano che rimane a carico dell'iscritto (assistenza fornita in collaborazione con Blue Assistance).

**Assistenza Forma Indiretta:** l'Assistenza in Forma Indiretta prevede il rimborso delle spese sanitarie sostenute dall'iscritto in base a quanto previsto dal Piano.

**Strutture Cooperative Convenzionate del Network Sanitario e Odontoiatrico di Cooperazione Salute:** le strutture sanitarie/medici riconducibili al sistema di Confcooperative che erogano, se attivate, le prestazioni in forma diretta e dove è possibile rivolgersi per l'assistenza in forma indiretta.

**Strutture Convenzionate con il Network Sanitario e Odontoiatrico di Cooperazione Salute:** le strutture sanitarie/medici non cooperative che erogano, se attivate, le prestazioni in forma diretta e dove è possibile rivolgersi per l'assistenza in forma indiretta.

**MMG:** Medico di Medicina Generale, il medico scelto nell'elenco delle ASL dal cittadino tra quelli operanti nell'ambito territoriale di residenza e che presta il primo livello di assistenza sanitaria sul territorio.

## CONTATTI COOPERAZIONE SALUTE

**Per informazioni:** Cooperazione Salute s.c.s. - Via Segantini 23, 38122 Trento Telefono: 0461-1788990 - [info@cooperazionesalute.it](mailto:info@cooperazionesalute.it); Sul sito di Cooperazione Salute [www.cooperazionesalute.it](http://www.cooperazionesalute.it) è possibile consultare tutta la documentazione per approfondire i contenuti del Piano e relative Norme di attuazione.

**Assistenza in Forma Diretta:** la richiesta di autorizzazione ad effettuare le prestazioni in forma diretta (modulo di richiesta accompagnato da prescrizione medica con sospetto diagnostico) può essere inviata per: [Email dirette@cooperazionesalute.it](mailto:Email_dirette@cooperazionesalute.it); **Fax:** 0461-1788002

**Assistenza in Forma Indiretta:** l'invio delle note spesa per il rimborso (utilizzando il modulo per la richiesta di rimborso delle spese sanitarie a cui vanno allegate le prescrizioni mediche) è possibile tramite: [Email liquidazioni@cooperazionesalute.it](mailto:Email_liquidazioni@cooperazionesalute.it); **Fax:** 0461-1788002; **Per posta:** inviare modulo e documentazione allegata a Cooperazione Salute (**Attenzione:** si richiede di inviare solo **fotocopie** degli originali. La documentazione inviata non verrà restituita).

**Network di Cooperazione Salute:** le strutture che fanno parte del Network sono consultabili nella sezione dedicata del sito di Cooperazione Salute. I Network Sanitari ed Odontoiatrici di Cooperazione Salute sono disponibili grazie alla collaborazione con Blue Assistance.

## PIANO SANITARIO CCNL COOPERATIVE SOCIALI

### Forme di assistenza e modalità di liquidazione dei rimborsi

Cooperazione Salute prevede due modalità di assistenza:

- Assistenza in Forma Diretta;
- Assistenza in Forma Indiretta;

#### ASSISTENZA IN FORMA DIRETTA

L'assistenza in Forma Diretta permette all'iscritto di eseguire le prestazioni prescritte dal proprio Medico di Medicina Generale (MMG) presso una struttura e un medico convenzionato al Network Sanitario di Cooperazione Salute pagando la quota che rimane a suo carico, come previsto dalle coperture del Piano. Il Network Sanitario di Cooperazione Salute è disponibile grazie alla collaborazione con Blue Assistance.

Gli elenchi delle strutture convenzionate del Network Sanitario di Cooperazione Salute sono consultabili sul sito di Cooperazione Salute [www.cooperazionesalute.it](http://www.cooperazionesalute.it).

Gli elenchi comprendono:

- Le strutture cooperative convenzionate (per strutture cooperative si intende cooperative e/o imprese di proprietà cooperativa) del Network Sanitario di Cooperazione Salute, contraddistinte con il colore Verde ●;
- Le altre strutture convenzionate con il Network sanitario di Cooperazione Salute.

Per usufruire dell'Assistenza in Forma Diretta, è necessario:

- Individuare una struttura fra quelle convenzionate;
- Contattare la struttura per richiedere una prestazione in forma diretta, da parte di un medico/professionista convenzionato con Blue Assistance;
  - In caso di strutture abilitate all'**attivazione immediata**, prenotare la visita/accertamento comunicando i propri estremi anagrafici e di copertura e chiedendo esplicitamente che la prestazione sia resa da un medico/professionista convenzionato con Blue Assistance. Le strutture sanitarie abilitate a questa gestione sono evidenziate con il simbolo Blue S nell'Elenco delle strutture convenzionate.
  - Negli altri casi, prenotare la visita/accertamento, chiedendo esplicitamente che la prestazione sia resa da un medico/professionista convenzionato con Blue Assistance. Successivamente,
- Compilare il modulo per la **"Richiesta di Prestazioni in Forma Diretta"** e inviarlo, unitamente alla copia della prescrizione del Medico di Medicina Generale (MMG), a dirette@cooperazionesalute.it o per fax al numero

0461-1788002 almeno **5 giorni** lavorativi prima della prestazione. Cooperazione Salute fornirà in un momento successivo l'autorizzazione a beneficiare del servizio.

L'iscritto dovrà sempre presentarsi presso la struttura convenzionata con un documento di identità in corso di validità.

Nel caso in cui l'Iscritto disponesse di altre forme di copertura sanitaria oltre a quella del SSN, si impegnerà a comunicare a Cooperazione Salute l'importo degli eventuali rimborsi percepiti da altri Enti per lo stesso evento per cui presenta richiesta di prestazioni.

Al termine della prestazione sanitaria l'Iscritto dovrà saldare presso la struttura la quota di sua competenza indicata sul modulo di autorizzazione di Cooperazione Salute.

Si ricorda che l'assistenza in forma diretta è possibile **UNICAMENTE** quando si presentano tutti e tre i seguenti aspetti:

- ove la prestazione sia prevista dal piano sanitario del beneficiario,
- se autorizzata da Cooperazione Salute
- presso strutture convenzionate al Network Sanitario e/o Odontoiatrico di Cooperazione Salute.

Segue →

## ASSISTENZA IN FORMA INDIRETTA

L'Assistenza in Forma Indiretta prevede il rimborso delle spese sanitarie sostenute dall'iscritto in base a quanto previsto dal Piano. Per richiedere un rimborso l'iscritto deve far pervenire a Cooperazione Salute entro **60 giorni** dall'evento sanitario (fa fede la data della fattura e/o notula) la seguente documentazione:

- Il modulo di **"Richiesta rimborso in forma indiretta"** correttamente compilato;
- Allegare al modulo di richiesta la copia della documentazione medica che giustifica la fattura/notula di spesa (**prescrizione del medico** di base);
- Allegare al modulo la copia della **fattura** e/o la copia della **notula di spesa**;

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

- Via Email (MODALITA' CONSIGLIATA): invio della documentazione in un UNICO file PDF (Richiesta rimborso e documentazione allegata) al seguente indirizzo: [liquidazioni@cooperacionesalute.it](mailto:liquidazioni@cooperacionesalute.it);
- Invio via fax della documentazione (Richiesta rimborso e documentazione allegata) al numero: 0461-1788002;
- Invio per posta a: Cooperazione salute, Via Segantini 23, 38122, Trento (Attenzione: il rimborso verrà realizzato a fine gestione dell'annualità. Si richiede di inviare solo copie degli originali. La documentazione inviata non verrà infatti restituita);

Al momento dell'apertura della pratica, utilizzando il contatto e-mail dell'iscritto così come riportato nel file excel "Dati Azienda e Dipendenti", Cooperazione Salute invierà all'iscritto una comunicazione riportante la data di ricezione del file pdf ed il numero di protocollo assegnato. In caso di documentazione incompleta, l'iscritto verrà contattato direttamente. L'iscritto avrà a disposizione **10 giorni** per integrare la documentazione incompleta e/o non esaustiva. A conclusione della pratica, sempre via email, verrà comunicato all'iscritto l'esito della richiesta. In caso di esito negativo, verrà comunicata la ragione del diniego (prestazione non prevista dal piano, richiesta rimborso tardiva o incompleta, sforamento massimali, irregolarità, abusi, controversie, ecc).

Cooperazione Salute gestisce direttamente tutte le pratiche relative alle richieste di rimborso e garantisce che i tempi di liquidazione nell'assistenza in forma indiretta (attraverso accredito diretto sui c/c dei dipendenti) sono di ca. **60 giorni**

dal momento dell'acquisizione delle note di spesa complete di tutta la documentazione sanitaria occorrente. Nel caso di invio per posta delle richieste rimborso, la liquidazione verrà fatta a fine gestione dell'annualità (febbraio/marzo dell'anno successivo all'anno di validità della copertura).

In tempo utile per la dichiarazione dei redditi, sempre utilizzando il contatto e-mail dell'assistito segnalato nel file excel "Dati Azienda e Dipendenti", Cooperazione Salute trasmetterà agli iscritti una comunicazione riepilogativa, con gli estremi delle fatture e/o notule di spesa presentate ed i relativi importi rimborsati; questi dati saranno necessari all'iscritto per poter usufruire delle detrazioni fiscali su quella parte di spesa non rimborsata e rimasta effettivamente a suo carico.

## OFFERTA ODONTOIATRICA "IL DENTISTA DI COOPERAZIONE SALUTE"

Il servizio permette **al dipendente e a tutto il suo nucleo familiare nel corso del 2014 e sino al 31 dicembre 2015** di accedere al Network Odontoiatrico di Cooperazione Salute (servizio fornito in collaborazione con Blue Assistance) e di ottenere le visite/cure odontoiatriche con applicazione di un nomenclatore tariffario unico in tutta Italia con un costo fino al 70% inferiore rispetto al mercato. L'Iscritto accede al sito

[www.dentistacoopsalute.it](http://www.dentistacoopsalute.it)

ed inserisce il codice PIN consegnato in fase di iscrizione:

1. Al primo accesso l'iscritto inserirà i dati del capo nucleo e quindi i dati degli altri membri della famiglia. E' sufficiente inserire il nominativo dei membri del nucleo solamente una volta, infatti il sistema memorizzerà i dati anche per gli accessi successivi.
2. Tramite un menù a tendina è possibile selezionare la struttura desiderata (scegliendo Regione/Provincia/Struttura).
3. Dopo aver scelto la struttura il sistema crea un voucher contenente le indicazioni della struttura selezionata.
4. Cliccando sul pulsante Salva e Stampa il sistema genera il voucher in .pdf che, presentato in forma cartacea presso la struttura, dà diritto all'aderente di ottenere la prestazione alle tariffe previste dal nomenclatore unico.