

VADEMECUM PIANO SANITARIO MULTISERVIZI

Prospetto informativo sintetico della copertura

Prestazioni garantite dal Piano Sanitario

AREA RICOVERO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO

L'iscritto che viene ricoverato per grande intervento chirurgico (come da elenco allegato), può godere delle seguenti garanzie:

1. Indennità di Ricovero per grandi interventi chirurgici a seguito di malattia e infortunio: diritto a un'indennità di € 50,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 100 giorni per ogni ricovero;

2. Ospedalizzazione domiciliare a seguito di malattia e infortunio: per un periodo di 120 giorni successivo alla data di dimissioni per ricovero indennizzabile a termini della copertura e avvenuto successivamente alla data di effetto della copertura, è previsto un rimborso delle spese, secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni, che l'iscritto ha sostenuto per prestazioni di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativo, infermieristica e farmacologica tendente al recupero della funzionalità fisica nel limite di € 3.000,00;

3. Tutela speciale - Neonati figli degli iscritti: è garantito il pagamento delle spese per interventi chirurgici effettuati nel primo anno di vita del neonato per la correzione di malformazioni congenite, comprese visite e accertamenti diagnostici pre e post intervento, nonché la retta di vitto e pernottamento dell'Accompagnatore. La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 7.000,00 per neonato;

AREA SPECIALISTICA

4. 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 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 € 20,00 per ogni accertamento diagnostico, che dovrà essere versata dall'Iscritto direttamente alla struttura convenzionata.

Assistenza in Forma Indiretta

- Nel caso di utilizzo di strutture private (le strutture convenzionate presentano tariffari agevolati): le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del 70% con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di € 40,00 per ogni accertamento diagnostico.

- Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale: sono rimborsati i ticket sanitari con franchigia di € 10,00 per ciascun ticket.

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 8.000,00 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.

5. 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 convenzionate/medici con il Network Sanitario di Cooperazione Salute: le spese per le prestazioni

vengono liquidate direttamente alle strutture, lasciando una quota a carico dell'Iscritto di € 20,00 per ogni accertamento diagnostico, che dovrà essere versata dall'Iscritto direttamente alla struttura convenzionata.

Assistenza in Forma Indiretta

- Nel caso di utilizzo di strutture private (le strutture convenzionate presentano tariffari agevolati): le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del 70% con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di € 40,00 per ogni visita specialistica.
- Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso dei ticket sanitari con franchigia di € 10,00 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.

6. Programmi di Prevenzione diagnostica

Il Piano sanitario prevede la possibilità di effettuare in forma di assistenza indiretta le prestazioni di prevenzione diagnostica sottoelencate presso le strutture/medici del Network Sanitario di Cooperazione Salute. Queste prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione.

Prestazioni previste per uomini e donne che possono essere effettuate a cadenza semestrale (Sindrome Metabolica): colesterolo HDL, colesterolo totale, glicemia, trigliceridi.

Prestazioni di Prevenzione Cardiovascolare previste per donne e uomini una volta l'anno: Esame emocromocitometrico completo, Velocità di eritrosedimentazione (VES), Glicemia, Azotemia Urea, Creatininemia, Colesterolo Totale e colesterolo HDL, Alaninaminotransferasi (ALT/GPT), Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT), Esame delle urine, Omocisteina, Elettrocardiogramma di base, Trigliceridi.

Prestazioni di Prevenzione Oncologica previste per donne di età superiore ai 35 anni e uomini di età superiore ai 45 anni una volta ogni due anni: Esame emocromocitometrico completo, Velocità di

eritrosedimentazione (VES), Glicemia, Azotemia (Urea), Creatininemia, Colesterolo Totale e colesterolo HDL, Alaninaminotransferasi (ALT/GPT), Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT), Esame delle urine, Omocisteina, PSA (Specifico antigene prostatico), Ecografia prostatica, Visita ginecologica e PAP-Test, Trigliceridi.

7. Ticket per Accertamenti Diagnostici e Pronto Soccorso

Rimborso dei ticket sanitari per accertamenti diagnostici – diversi da quelli previsti al punto 4 - 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. Il rimborso è effettuato con l'applicazione di una franchigia di € 10,00 per ciascun ticket.

Campagna di Prevenzione 2016: rimborso dei ticket sanitari per accertamenti diagnostici prescritti anche a solo scopo di prevenzione e controllo, con applicazione di franchigia di € 10,00 su ogni ticket.

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

PACCHETTO MATERNITA'

8. Gravidanza

Durante tutto il periodo della gravidanza, rientrano in copertura le seguenti prestazioni:

- Ecografie di controllo
- Amniocentesi
- Analisi del sangue per il monitoraggio della gravidanza
- Visite specialistiche di controllo sull'andamento della gravidanza

Assistenza in Forma Diretta

Le spese per le prestazioni vengono liquidate direttamente alle strutture convenzionate con il Network Sanitario di Cooperazione Salute, senza applicazione di importi a carico dell'Iscritta.

Assistenza in Forma Indiretta

- Nel caso di utilizzo di strutture private (le strutture convenzionate presentano tariffari agevolati): le spese sostenute vengono rimborsate integralmente senza applicazione di un minimo non indennizzabile.
- Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso integrale dei ticket sanitari.

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 700,00 per Iscritta.

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.

9. Parto

In occasione del parto, l'Iscritta avrà diritto ad un'indennità di € 70,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 15 giorni per ricovero. Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante pernottamento: pertanto, si provvede a corrispondere l'importo di cui sopra per ogni notte trascorsa all'interno dell'Istituto di cura.

Tale indennità verrà corrisposta anche in caso di ricovero per aborto terapeutico.

PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE

10. Trattamenti Fisioterapici Riabilitativi

Assistenza per i trattamenti fisioterapici esclusivamente a fini riabilitativi a seguito di infortunio accertato dal Pronto Soccorso che determinano una inabilità assoluta al lavoro superiore a 10 giorni. Per l'attivazione della garanzia è necessaria la presenza di un certificato di Pronto Soccorso e della prescrizione del medico di base o del medico specialista che attesti la temporanea inabilità.

Nel caso in cui la necessità di trattamenti fisioterapici esclusivamente a fini riabilitativi dipendesse da patologie quali Ictus cerebrale, Forme neoplastiche, Forme neurologiche degenerative o neuro miopatiche (Alzheimer, morbo di Parkinson, SLA), all'insorgere della patologia verrà corrisposta una somma forfettaria a titolo di una tantum di € 350,00.

Assistenza in Forma Diretta

Nel caso di utilizzo di strutture/professionisti convenzionati con il Network Sanitario di Cooperazione Salute: le spese per le prestazioni vengono liquidate direttamente alle strutture, senza applicazioni di importi a carico dell'Isritto.

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 € 70,00 per ogni fattura/persona.

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

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 1.000,00 per Isritto.

Per l'attivazione della forma diretta e per il rimborso l'Isritto dovrà presentare il certificato di Pronto Soccorso e la prescrizione del medico di base (MMG) o del medico specialista contenente la patologia che attesti la temporanea inabilità. Per ottenere il rimborso è necessario che i documenti di spesa (fatture e ricevute) riportino l'indicazione della specialità del medico la quale dovrà risultare attinente alla patologia denunciata nella richiesta del medico curante (MMG) o del medico specialista. Per l'una tantum all'insorgere della patologia, l'isritto dovrà presentare la prescrizione del medico di base (MMG) contenente la descrizione della patologia (tempi e casistica) che attesti la inabilità. Non rientrano in garanzia prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico. 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. Non possono essere riconosciute per patologie croniche o cronicizzate.

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

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA MEDICA

11. 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 3 con medesimo massimale e regole) sempre con la sola quota a carico di € 40,00.

ASSISTENZA ODONTOIATRICA

12. 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.

13. 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.

Campagna di Prevenzione 2016: rimborso, sulla base al tariffario convenzionato del Network Odontoiatrico di Cooperazione Salute (€ 35,00), della prestazione di ablazione semplice del tartaro fatturata nel mese di maggio 2016 da struttura/dentista del Network Odontoiatrico Convenzionato di Cooperazione Salute.

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

14. Il Dentista di Cooperazione Salute

Il servizio permette all'iscritto di accedere al Network Odontoiatrico convenzionato di Cooperazione Salute 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 è senza limiti. Per identificarsi presso le strutture, è necessario compilare e stampare il voucher di riconoscimento, seguendo le istruzioni riportate sul sito www.cooperazionesalute.it – sezione Strutture convenzionale – Offerta Il Dentista e il Medico di Cooperazione Salute.

15. Il Medico di Cooperazione Salute

Possibilità per l'iscritto di accedere alle Strutture sanitarie convenzionate e ottenere le cure con applicazione di tariffari agevolati, anche quando le prestazioni non sono rimborsabili dal Piano Sanitario, con notevole risparmio rispetto ai prezzi medi di mercato.

L'accesso alla rete è senza limiti. Per identificarsi presso le strutture, è necessario compilare e stampare il voucher di riconoscimento, seguendo le istruzioni riportate sul sito www.cooperazionesalute.it – sezione Strutture convenzionale – Offerta Il Dentista e il Medico di Cooperazione Salute.

CAMPAGNE DI PREVENZIONE

16. Campagne di prevenzione sanitaria ad hoc

Nel periodo di validità della copertura sanitaria potranno essere proposte agli iscritti Campagne di Prevenzione ulteriori a quelle già riportate nel Piano Sanitario, progettate ad hoc e opportunamente comunicate agli iscritti. Si riportano alcuni possibili esempi di Campagne di Prevenzione: Prevenzione odontoiatrica, Prevenzione oculistica, Prevenzione cardiovascolare, Prevenzione oncologica, Prevenzione della tiroide, Prevenzione dermatologica, Prevenzione ortopedica, ecc.

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).

ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI

NEUROCHIRURGIA

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

Strutture Convenzionate del Network Sanitario e Odontoiatrico di Cooperazione Salute: 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; Sul sito di Cooperazione Salute 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; **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 allegati le prescrizioni mediche) è possibile tramite: **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.

Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale

Interventi di cranioplastica

Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
Asportazione tumori dell'orbita
Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)

Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore

Interventi sul plesso brachiale

CHIRURGIA GENERALE

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

OCULISTICA

Interventi per neoplasie del globo oculare

Intervento di enucleazione del globo oculare

OTORINOLARINGOIATRIA

Asportazione di tumori maligni del cavo orale

Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)

Interventi demolitivi del laringe (intervento di laringectomia totale parziale)

Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale e mascellare

Ricostruzione della catena ossiculare

Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico

Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

CHIRURGIA DEL COLLO

Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale

Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici

Interventi per fistole bronchiali

Interventi per echinococchi polmonare

Pneumectomia totale o parziale

Interventi per cisti o tumori del mediastino

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

Interventi sul cuore per via toracotomica

Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica

Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica

Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale

Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario

Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi

Asportazione di tumore glomico carotideo

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago

Intervento per mega-esofago

Resezione gastrica totale

Resezione gastro-digiunale

Intervento per fistola gastro-digiunocolica

Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)

Interventi di amputazione del retto-ano

Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale

Drenaggio di ascesso epatico

Interventi per echinococchi epatica

Resezioni epatiche

Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari

Interventi chirurgici per ipertensione portale

Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica

Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica

Interventi per neoplasie pancreatiche

Interventi chirurgici sull'ano e sul retto per patologie oncologiche maligne per via endoscopica

Interventi su bocca, faringe, laringe per patologie oncologiche maligne

Interventi sul pancreas, fegato e reni per patologie oncologiche maligne

Interventi sul pancreas, fegato e reni 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

Cistoprostatovesicolectomia

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

Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare

Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare

Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare

Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare

GINECOLOGIA

Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia

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

Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia

Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia

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%

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

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 PRESTAZIONI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE DIAGNOSTICA E STRUMENTALE

RADIOLOGIA CONVENZIONALE (SENZA CONTRASTO)

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

RADIOLOGIA CONVENZIONALE (CON CONTRASTO)

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

ALTA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI (ECOGRAFIA)

Ecografia

ECOCOLORDOPPLERGRAFIA

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

TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC)

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

RISONANZA MAGNETICA (RM)

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

PET

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

DIAGNOSTICA STRUMENTALE

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

ALTRE PRESTAZIONI SANITARIE

DIAGNOSTICHE (BIOPSIE)

Mapping vescicale

ENDOSCOPIE DIAGNOSTICHE

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

Estensione della copertura al Nucleo Familiare Convivente

I lavoratori possono estendere la copertura ai componenti del proprio **Nucleo Familiare**, intendendosi per questi il **coniuge o convivente more uxorio e i figli conviventi**. Il lavoratore intenzionato, è tenuto ad iscrivere tutti i familiari conviventi, nessuno escluso, salvo la compresenza di analoghe coperture contrattuali in capo ad uno o più dei familiari, opportunamente documentate.

I contributi dovuti per estendere la copertura sanitaria al proprio nucleo familiare sono:

- € **72,00** annuali per il coniuge o convivente more uxorio, nonché per ciascun figlio convivente di età uguale o superiore a 26 anni;
- € **48,00 euro** annuali per ciascun figlio convivente avente meno di 26 anni.

Il lavoratore dovrà comunicare i dati dei propri familiari alla Cooperativa per cui lavora, compilando il modulo di “**Richiesta Adesione Nucleo Familiare**”. La Cooperativa provvederà così a comunicare le adesioni raccolte a Cooperazione Salute e ad anticipare il contributo dovuto dal lavoratore per l’iscrizione del nucleo familiare, operando successivamente una trattenuta del valore equivalente dalla busta paga del lavoratore.

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

- Se l’iscrizione dei familiari avviene entro il termine di 30 giorni dalla data in cui la copertura sanitaria integrativa è operante per il lavoratore, verrà applicata la stessa **decorrenza** immediata dell’assistenza prevista per il lavoratore. Qualora l’iscrizione del nucleo familiare convivente avvenga successivamente al termine di 30 giorni, la decorrenza dell’assistenza inizierà dopo tre mesi il versamento dei contributi di iscrizione a Cooperazione Salute. Restano escluse dalla copertura le spese relative a ricoveri conseguenti a patologie preesistenti o per la correzione di difetti congeniti e costituzionali. Per prestazioni di Alta specializzazione diagnostica, visite specialistiche e Impianti odontoiatrici sarà applicata una carenza di 12 mesi per le patologie preesistenti al momento della estensione della copertura.

- Nel caso di matrimonio o inizio convivenza o di nascita di un figlio, se il lavoratore iscrive i familiari entro 30 giorni dal matrimonio, dall’inizio convivenza o dalla nascita, il familiare potrà godere immediatamente della copertura come il lavoratore. Se il nucleo familiare viene iscritto successivamente, si applicheranno le carenze sopra riportate.

- Se il lavoratore decide di estendere la copertura sanitaria al proprio nucleo familiare convivente, il lavoratore si impegna a versare i relativi contributi, attraverso la trattenuta in busta paga, fino a quando sarà attiva la copertura in capo alla sua persona e fin tanto che i familiari faranno parte del suo nucleo familiare convivente. Ovvero, i familiari conviventi iscritti non potranno recedere dalla **copertura** sino a quando non terminerà la copertura del lavoratore e/o usciranno dal nucleo familiare del lavoratore stesso. In caso di cessazione del rapporto di lavoro cessa automaticamente anche la copertura per il nucleo familiare. In particolare, la copertura del nucleo familiare durerà sino alla conclusione del periodo per cui è stato versato il contributo.

- Secondo quanto affermato nella Circolare 50/E del 12 giugno 2012 dell’Agenzia delle Entrate, **non concorrono a formare reddito da lavoro dipendente** i contributi versati in favore dei familiari del lavoratore, ancorché non siano fiscalmente a carico dello stesso, se destinati ad enti o casse aventi esclusivamente fine assistenziale in conformità a disposizioni di contratto o di accordo collettivo o di regolamento aziendale. 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.

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 odontoiatriche e/o le prestazioni prescritte dal proprio Medico di Medicina Generale (MMG) presso una struttura convenzionata al Network Sanitario o Odontoiatrico di Cooperazione Salute senza anticipare la spesa o al massimo pagando le quote/franchigie a suo carico, come previsto dal Piano. I Network Sanitari ed Odontoiatrici di Cooperazione Salute sono disponibili grazie alla collaborazione con Blue Assistance. Gli elenchi delle strutture convenzionate del Network Sanitario e del Network Odontoiatrico di Cooperazione Salute sono consultabili sul sito di Cooperazione Salute www.cooperazionesalute.it Gli elenchi comprendono:

- Le strutture cooperative convenzionate – ossia cooperative e/o imprese di proprietà cooperativa - del Network Sanitario e Odontoiatrico di Cooperazione Salute, contraddistinte nell'elenco con il **colore verde**;
- Le altre strutture convenzionate con il Network Sanitario o il Network Odontoiatrico di Cooperazione Salute.

Per usufruire dell'Assistenza in Forma Diretta, è necessario seguire un preciso **iter**:

- Individuare** una struttura fra quelle convenzionate: le strutture convenzionate sono disponibili alla consultazione sul sito di Cooperazione Salute www.cooperazionesalute.it, alla sezione *Enti Convenzionati*;
- Contattare** la struttura scelta per richiedere una prestazione in forma diretta, da parte di un medico/professionista convenzionato con Blue Assistance, e prenotare.
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"  nell'Elenco delle strutture convenzionate.

- Successivamente alla prenotazione, **compilare** il modulo per la **"Richiesta di Prestazioni in Forma Diretta"** e inviarlo, unitamente alla copia della prescrizione del Medico di Medicina Generale (MMG), all'indirizzo dirette@cooperazionesalute.it o tramite fax al numero 0461-1788002 almeno **5 giorni** lavorativi prima della prestazione.
- Cooperazione Salute fornirà a questo punto l'**autorizzazione** a beneficiare del servizio.
- L'iscritto dovrà sempre presentarsi presso la struttura convenzionata con un documento di identità in corso di validità. 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.

L'invio della documentazione deve avvenire esclusivamente tramite e-mail in un unico file formato PDF al seguente indirizzo: dirette@cooperazionesalute.it; oppure via fax al numero: 0461-1788002.

L'assistenza in forma diretta è possibile UNICAMENTE quando si presentino tutte e tre le seguenti condizioni: ove prevista dal Piano Sanitario del beneficiario, se autorizzata da Cooperazione Salute e presso strutture convenzionate con medici convenzionati al Network Sanitario e/o Odontoiatrico di Cooperazione Salute.

Per informazioni, contattare il numero 0461-1788990.

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/notula) e comunque non oltre il **31**

gennaio dell'anno successivo, la seguente documentazione:

- Il modulo di **“Richiesta rimborso in Forma Indiretta”** correttamente compilato;
- La copia della documentazione medica che giustifica la fattura/notula di spesa (prescrizione del medico di base, certificazione del medico specialista);
- La copia della fattura/ della notula di spesa.

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

- a. Via E-mail (*modalità consigliata*): invio della documentazione in un UNICO file PDF al seguente indirizzo: liquidazioni@cooperazionesalute.it;
- b. Via fax: invio della documentazione in un'unica soluzione al numero: 0461-1788002;
- c. Per posta ordinaria: seguendo questa modalità il rimborso verrà realizzato soltanto a fine gestione dell'annualità. Si sconsiglia l'utilizzo di Raccomandate e si richiede di inviare solo copie dei documenti originali, in quanto non saranno restituiti. Inviare a: Cooperazione Salute, Via Segantini 23, 38122, Trento.

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 alla mutua.

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

In tempo utile per la dichiarazione dei redditi, sempre utilizzando il contatto E-mail dell'Iscritto segnalato nel file excel **“Dati Azienda e Dati Beneficiari”**, ovvero nel **“Modulo di richiesta di rimborso** in forma

Indiretta”, Cooperazione Salute trasmetterà agli assistiti una comunicazione riepilogativa, con gli estremi delle fatture/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 ODONTOIATRIA “IL DENTISTA E IL MEDICO DI COOPERAZIONE SALUTE”

Il servizio permette all'iscritto e ai suoi familiari conviventi di accedere alle Strutture sanitarie e odontoiatriche convenzionate e ottenere le cure con applicazione di tariffari agevolati, **anche quando le prestazioni non sono rimborsabili dal Piano Sanitario**, con notevole risparmio rispetto ai prezzi medi di mercato.

Per usufruire dell'offerta,

- Visitare il sito www.cooperazionesalute.it – sezione Strutture Convenzionate – Offerta Il Dentista e il Medico di Cooperazione Salute
- Dopo aver cliccato sul link proposto, inserire il codice personale di accesso che è stato comunicato all'iscritto con la lettera di conferma iscrizione
- Compilare i campi richiesti con i dati dell'iscritto e dei familiari e scegliere una Struttura convenzionata
- Stampare il voucher e consegnarlo alla Struttura convenzionata.