



Cooperazione Salute
società di mutuo soccorso

Piano sanitario

Eticare Per Me

 **bancaetica**



La salute, una scelta di valore

Cooperazione Salute è la società di mutuo soccorso del sistema di Confcooperative per la sanità integrativa. Dal 2014 La mutua nazionale opera per garantire ogni giorno un sostegno concreto a persone e famiglie, imprese ed enti del terzo settore, per un'attenta tutela della salute e del risparmio. In un contesto in cui crescono e si diversificano le esigenze di cura della popolazione e aumenta la spesa sanitaria in capo ai cittadini, la sanità integrativa rappresenta un supporto indispensabile e sussidiario al Servizio Sanitario Nazionale e alle politiche di welfare del nostro Paese. I risultati ottenuti da Cooperazione Salute nel corso degli anni confermano il modello mutualistico e cooperativo come uno dei protagonisti essenziali a sostegno delle persone e della collettività. Un modello non profit trasparente nel quale le risorse acquisite vengono costantemente ed

esclusivamente reimpiegate a favore degli Aderenti per migliorare le prestazioni e i piani sanitari. Un'alternativa responsabile, trasparente, accessibile, inclusiva e sostenibile nel tempo. La centralità della persona, primo tra i valori cooperativi, costituisce il fulcro del nostro operato e il nostro vero vantaggio competitivo.

La collaborazione con Banca Etica nasce in tale quadro di condivisione di obiettivi e metodo, guidati dalla ferma consapevolezza che salute, benessere, welfare non possono prescindere da un serio impegno e dalla cura verso le persone, i territori e la società nel suo complesso, valori che si collocano all'origine e al cuore della cooperazione.

Perché la Salute è una scelta di valore.

Andrea Ferrandi
Direttore di Cooperazione Salute

Eticare Per Me

EDIZIONE 2025

DESTINATARI	SOCI e CLIENTI di Banca Etica che intendono sottoscrivere un Piano Sanitario base in modalità INDIVIDUALE	
CONTRIBUTO	<i>Il contributo associativo è pari a:</i>	
	SOCIO	CLIENTE
	€ 23 al mese € 276 all'anno	€ 24 al mese € 288 all'anno
LIMITI DI ETÀ	Il Piano Sanitario è sottoscrivibile da Soci e Clienti di Banca Etica con un'età compresa tra i 35 e i 72 anni . <i>È consentita la permanenza nel Piano Sanitario anche dopo aver superato il settantaduesimo anno di età.</i>	

SOMMARIO

1. PREMESSE	pag. 5
2. GLOSSARIO	pag. 7
3. ASSISTENZA	pag. 12
4. PRESTAZIONI	pag. 16
3.1 Area SPECIALISTICA	pag. 18
3.2 Area ODONTOIATRICA	pag. 22
3.3 Area MATERNITÀ	pag. 25
3.4 <i>Programmi di</i> PREVENZIONE	pag. 27
3.5 Area LENTI E PRESIDÌ	pag. 29
5. NORME DI ATTUAZIONE DEL PIANO SANITARIO	pag. 32
6. ALLEGATI	pag. 43
7. REGOLAMENTO IMA	pag. 45



PREMESSE

L'iscrizione al presente piano sanitario è consentita ai Soci e Clienti di Banca Etica in possesso dei requisiti previsti dallo Statuto e dal Regolamento applicativo dello Statuto di Cooperazione Salute, sulla base dell'Accordo mutualistico stipulato tra la Banca e la Società di Mutuo Soccorso.

Il piano sanitario ha l'obiettivo di fornire agli aderenti a Cooperazione Salute e agli aventi diritto alla copertura un supporto per la comprensione ed utilizzo delle prestazioni in esso previste.

Cooperazione Salute è una società di mutuo soccorso costituita ai sensi della legge 15 aprile 1886, n. 3818, che ha per scopo la solidarietà sociale e sanitaria ed opera, senza alcuna finalità di lucro, esclusivamente in favore dei propri soci e dei loro familiari, o dei soci di altre SoMS ad essa associate, intendendo far partecipare i medesimi ai benefici della mutualità, con specifica, ancorché non esclusiva, attenzione al settore sanitario, anche attraverso l'istituzione o gestione dei fondi sanitari integrativi di cui al d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i..

Cooperazione Salute è in grado di garantire agli Aderenti una copertura sanitaria integrativa, così come previsto e normato dal presente piano, dalla sezione Norme di Attuazione in esso contenute, nonché dallo Statuto e dal Regolamento Applicativo Dello Statuto.

Cooperazione Salute mette a disposizione la propria rete di strutture sanitarie convenzionate in forma diretta ed indiretta al fine di garantire la massima affidabilità ed efficacia nell'assistenza.

La società si impegna a garantire tutte le prestazioni previste dai Piani, creando una apposita autonoma gestione separata nell'ambito del proprio bilancio, assumendo nella propria gestione mutualistica tutti gli eventuali avanzi o disavanzi gestionali delle medesime coperture per la durata di sottoscrizione dei Piani, e avvalendosi di tutti gli strumenti operativi valutati più opportuni per contenere i rischi.



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.
Aderente:	la persona fisica che sottoscrive un Piano sanitario con Cooperazione Salute assumendo la qualifica di Socio ordinario della Società di Mutuo Soccorso e Aderente al Piano sanitario.
Alta specializzazione:	l'insieme degli esami diagnostici previsti nell'elenco presente nell'omonima Garanzia.
Area Riservata:	portale web di Cooperazione Salute accessibile mediante credenziali personali, ad utilizzo gratuito, a cui è possibile registrarsi soltanto se già Aderenti alla Società. 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'Aderente accede alle prestazioni garantite dal Piano sanitario presso una struttura convenzionata con il Network di Cooperazione Salute tramite preventiva richiesta alla Società mediante Area Riservata, previa prescrizione del Medico di Medicina Generale o di un Medico specialista, ove non diversamente indicato. L'Aderente 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. L'Aderente può consultare l'elenco delle strutture convenzionate nella sezione Consultazione della propria Area Riservata fruibile nel sito www.cooperazionealute.it - Area Riservata Aderenti - Adesioni Individuali o nell'App di Cooperazione Salute.
Assistenza in forma indiretta:	regime per cui all'Aderente 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 alla Società 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 Aderente all'Ordine Professionale tenuto presso la federazione Fnopi.
Assistenza:	aiuto in denaro o in natura fornito all'Aderente che si trovi in difficoltà a causa dell'occorrenza di un evento fortuito.
Avente diritto:	la persona fisica non socia di Cooperazione Salute che beneficia di un Piano sanitario della Società in quanto membro del Nucleo familiare dell'Aderente, previo versamento da parte dell'Aderente 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.
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.
Contributo di adesione:	la somma che il soggetto versa a Cooperazione Salute per diventare Socio Ordinario e Aderente al Piano sanitario.
Difetto fisico:	Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

Medico di Medicina Generale (MMG):	alla categoria dei medici di Medicina Generale appartiene: il Medico di Assistenza Primaria, ossia il medico convenzionato con la ASL per l'esercizio della professione nell'ambito dell'assistenza primaria all'interno del Sistema Sanitario Nazionale (medico di famiglia); il Medico di Continuità Assistenziale (Guardia Medica); il Medico dell'Emergenza - Urgenza; il Medico addetto alla Medicina dei Servizi.
Medico Specialista:	medico chirurgo che ha conseguito una specializzazione universitaria in una particolare disciplina medica o chirurgica, regolarmente iscritto all'Ordine dei Medici.
Network:	rete convenzionata di Cooperazione Salute, costituita da ospedali, istituti a carattere scientifico, case di cura, centri diagnostici, poliambulatori, laboratori, centri fisioterapici, medici specialisti e odontoiatri, per offrire prestazioni in regime di assistenza diretta e mista. L'Aderente può consultare l'elenco delle strutture convenzionate nella sezione Consultazione della propria Area Riservata fruibile nel sito www.cooperazionealute.it - Area Riservata Iscritti - Adesioni Individuali o nell'App di Cooperazione Salute.
Nucleo familiare:	I soggetti di seguito elencati, riscontrabili nel certificato di stato di famiglia dell'Aderente: <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: 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 progressa:	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'Aderente e/o all'Avente Diritto.
Piano terapeutico:	documento sottoscritto dall'Aderente 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 della Società.
Presa in carico:	comunicazione della Società alla Struttura sanitaria convenzionata riguardo alle prestazioni che la Società 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'Aderente avanza una specifica pretesa nei confronti della Società 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/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.

Domanda di adesione al Piano sanitario:	modulo consegnato all'Aderente al momento dell'adesione al Piano sanitario, finalizzato alla presentazione formale della domanda di iscrizione del soggetto a Cooperazione Salute e di adesione al Piano sanitario prescelto.
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'Aderente. Se espressa in giorni, equivale al numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'Aderente 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.
Indennizzo:	somma forfettaria dovuta al verificarsi del sinistro, escludente il Rimborso e l'Assistenza diretta per lo stesso sinistro.
Infortunio:	ogni evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna, che ha per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche obiettivamente constatabili e documentabili
Intramoenia:	prestazioni erogate in libera professione, per scelta del paziente, al di fuori del normale orario di lavoro, da medici di una struttura sanitaria pubblica, i quali utilizzano le strutture ambulatoriali e diagnostiche della struttura stessa a fronte del pagamento da parte del paziente di una tariffa. Le prestazioni possono essere svolte in regime ambulatoriale, di day hospital/day surgery o di ricovero, nella struttura pubblica di appartenenza del medico (in sede) o in altre strutture sanitarie pubbliche o private con le quali la struttura di appartenenza del medico è convenzionata (fuori sede).
Istituto di cura:	ogni struttura sanitaria regolarmente autorizzata dalle competenti autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna. Non sono convenzionalmente considerati istituti di cura: gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche e riabilitative, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni o assistenza, le strutture per anziani, i centri del benessere.
Lungodegenza:	degenza ospedaliera riservata ai pazienti che, conclusa la fase acuta del ricovero, necessitano di un prolungamento del regime ospedaliero in quanto le condizioni cliniche generali postumi della patologia di base non consentono l'immediato rientro in ambito domiciliare.
Malattia Mentale:	le patologie mentali (per esempio: psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) comprese nel quinto capitolo "Disturbi psichici" della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM).
Malattia:	qualunque alterazione clinicamente diagnosticabile dello stato di salute, non dipendente da Infortunio. La algia di qualsiasi natura, ad esempio la sciatalgia, la lombalgia, la cervicalgia, rappresenta un dolore localizzato o un sintomo ma non una patologia. Non sono considerate patologie nemmeno eventuali stati d'essere, come l'astenia. La prescrizione medica che l'Aderente deve inviare a Cooperazione Salute non potrà pertanto riferirsi alla sola presenza di algie o stati d'essere in capo all'Aderente, 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 la Società si impegna a sostenere nei confronti dell'Aderente per le relativa area di Garanzie.

Rimborso:	somma dovuta in caso di Sinistro coperto dal presente Piano sanitario, a fronte di spese sostenute dall'Aderente e previste dal Piano sanitario stesso.
Rischio:	la probabilità che si verifichi un evento dannoso coperto da una garanzia del Piano sanitario.
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
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.
Società:	Cooperazione Salute - Società di Mutuo Soccorso
Socio Ordinario:	sono soci ordinari i soggetti in possesso dei requisiti previsti dallo Statuto di Cooperazione Salute, che hanno presentato formale richiesta di iscrizione alla stessa per sé o per i propri famigliari e che hanno ricevuto la conferma di iscrizione da parte di Cooperazione Salute.
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, e da professionisti non medici (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.



ASSISTENZA

ASSISTENZA VIA AREA RISERVATA O E-MAIL

ASSISTENZA IN FORMA DIRETTA

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



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



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



Almeno **3 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'Aderente e alla struttura sanitaria l'**autorizzazione** a beneficiare del servizio.



L'Aderente 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'Aderente 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 e presso strutture convenzionate con medici convenzionati con il Network Sanitario e/o Odontoiatrico di Cooperazione Salute. Nei casi di particolare complessità nei quali la documentazione inviata dall'Aderente non permettesse di escludere con certezza la presenza di patologie preesistenti, la Società si riserva di richiedere un certificato anamnestico e i relativi referti.

ASSISTENZA IN FORMA INDIRECTA

L'Assistenza in Forma Indiretta prevede il rimborso delle spese sanitarie sostenute in base a quanto previsto dal piano sanitario. Per richiedere un rimborso l'Aderente dovrà far pervenire a Cooperazione Salute entro **90 giorni** dall'evento sanitario (fa fede la data della fattura/notula) e, per le spese sostenute nel mese di dicembre, non oltre il **28 febbraio** 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;
- Documentazione quietanzata del pagamento delle spese per le prestazioni sanitarie o socio-sanitarie (fatture, note di spesa, ricevute, PagoPa solo con specifica delle prestazioni eseguite).

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



- Via E-mail: invio della documentazione, completa del modulo di richiesta rimborso forma indiretta, scaricabile dal sito di Cooperazione Salute, in un UNICO file PDF al seguente indirizzo: sussidi@cooperazionealute.it.
- Tramite Area riservata (**modalità consigliata**) compilando il form e allegando copia della prescrizione medica e fattura/notula;

GESTIONE DEI RIMBORSI

Nel caso in cui l'Aderente o l'Avente diritto disponga di altre forme di copertura sanitaria, oltre a quella del SSN, si impegnerà a comunicare a Cooperazione Salute l'importo degli eventuali rimborsi o indennizzi 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.

Nel caso di invio della documentazione tramite Area Riservata sarà possibile monitorare lo stato delle proprie richieste di rimborso tramite la sezione Pratiche.

Nel caso di invio della documentazione tramite email, al momento dell'apertura della protocollazione della pratica, utilizzando il contatto e-mail dell'Aderente, Cooperazione Salute invierà una comunicazione riportante la data di ricezione della documentazione ed il numero di protocollo assegnato.

Se in fase di gestione della richiesta si dovesse rilevare incompletezza nella documentazione presentata, in caso di pratica pervenuta tramite email, Cooperazione Salute provvederà ad inviare una richiesta di integrazione allo stesso indirizzo dell'Aderente, mentre nel caso di pratica inoltrata tramite Area Riservata, verrà inoltrata una comunicazione con richiesta di integrazione tramite Area Riservata. A notifica della stessa Cooperazione Salute invierà un'e-mail con l'invito ad accedere al portale dedicato. A seguito della ricezione di tale comunicazione l'Aderente avrà a disposizione **30 giorni** effettivi per **integrare la documentazione** incompleta e/o non esaustiva, pena la non rimborsabilità della pratica.

A conclusione della gestione della pratica, sempre via e-mail, verrà comunicato all'Aderente l'esito della richiesta. In 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.). Mentre in caso di riconoscimento del rimborso verrà inviata comunicazione attestante l'avvenuta liquidazione.

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

2. ASSISTENZA SANITARIA H24

In caso di necessità dovuta a malattia o infortunio, l'Aderente può avvalersi di un servizio di assistenza sanitaria attivo 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, contattando il numero gratuito dedicato **02.24128406**.

Le prestazioni incluse riguardano le seguenti aree:

ASSISTENZA SANITARIA E SOCIO-SANITARIA

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

ASSISTENZA IN VIAGGIO

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

*Il servizio di Assistenza h24 è offerto grazie alla convenzione con Ima Italia Assistance. Per conoscere le modalità di fruizione dell'Assistenza h24, i contenuti delle prestazioni e le eventuali limitazioni applicate, si invita l'Aderente a prendere visione del **Regolamento_Ima Italia Assistance** presente nella propria Area Riservata e alla fine del presente Regolamento.*



PRESTAZIONI

Sommario *PRESTAZIONI*

Area SPECIALISTICA

pag. 18

- | | | |
|----|--|---------|
| 1. | ALTA SPECIALIZZAZIONE | pag. 19 |
| 2. | VISITE SPECIALISTICHE | pag. 20 |
| 3. | TICKET PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI,
DI LABORATORIO E PRONTO SOCCORSO | pag. 21 |

Area ODONTOIATRICA

pag. 22

- | | | |
|----|-----------------------------------|---------|
| 4. | PREVENZIONE ODONTOIATRICA | pag. 23 |
| 5. | CURE ODONTOIATRICHE | pag. 23 |
| 6. | CURE ODONTOIATRICHE DA INFORTUNIO | pag. 24 |

Area MATERNITÀ

pag. 25

- | | | |
|----|---------------------|---------|
| 7. | PACCHETTO MATERNITÀ | pag. 26 |
|----|---------------------|---------|

Programmi di PREVENZIONE

pag. 27

- | | |
|------------------------------|---------|
| PROGRAMMI DI PREVENZIONE | pag. 28 |
| PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE | pag. 28 |
| PREVENZIONE ONCOLOGICA DONNA | pag. 28 |
| PREVENZIONE ONCOLOGICA UOMO | pag. 28 |

Area LENTI E PRESIDII

pag. 29

- | | | |
|----|----------------------------|---------|
| 8. | LENTI | pag. 30 |
| 9. | PRESIDI SANITARI E PROTESI | pag. 31 |



Area

SPECIALISTICA

Consulta le eventuali carenze e limitazioni esposte nelle Norme di Attuazione.

Area **SPECIALISTICA**

AVVERTENZE

- Ai fini del rimborso i documenti di spesa (fatture, ricevute e ogni altra tipologia di nota di spesa) debbono riportare l'indicazione specifica della tipologia di prestazione fruita o della specialità del medico nel caso di visita specialistica, la quale dovrà risultare attinente alla patologia denunciata nella richiesta del medico curante (MMG) o del medico specialista, pena il diniego di rimborso o della assistenza diretta.
- Per verificare quali tipologie di prestazioni sono escluse dalla copertura si consiglia di consultare le Norme di Attuazione del piano sanitario, articolo 13 "Esclusioni".

1. ALTA SPECIALIZZAZIONE



Il piano sanitario prevede il rimborso delle spese per le prestazioni di Alta Specializzazione ricomprese nell'Allegato 1, eseguite in presenza di prescrizione del medico curante (MMG) o medico specialista indicante la patologia accertata o presunta per la quale la prestazione viene richiesta. Si precisa che in caso di prestazioni private (quindi senza pagamento di un ticket presso l'SSN) il medico che prescrive la prestazione deve essere diverso dal medico erogatore.

➔ ASSISTENZA IN FORMA DIRETTA

- Nel caso di utilizzo di una struttura convenzionata mediante l'autorizzazione preventiva rilasciata da Cooperazione Salute, la spesa a carico dell'Aderente è pari a **€ 30** per singola prestazione. La quota rimanente viene liquidata dalla Mutua direttamente alla struttura convenzionata.

↔ ASSISTENZA IN FORMA INDIRECTA

- Nel caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i ticket sanitari vengono rimborsati integralmente.
- Nel caso di utilizzo di una struttura convenzionata o non convenzionata con il pagamento totale della prestazione, l'Aderente può richiedere il rimborso della spesa sostenuta nella misura del **60%**, con il massimo di **€ 80** per prestazione.

MASSIMALE ANNUO: € 2.000

2. VISITE SPECIALISTICHE



Il piano sanitario prevede il rimborso delle spese per le visite specialistiche eseguite in presenza di prescrizione del medico curante (MMG) o medico specialista indicante la patologia accertata o presunta per la quale la prestazione viene richiesta, nel limite di due visite per specializzazione in regime privato per anno di copertura. Si precisa che in caso di prestazioni private (quindi senza pagamento di un ticket presso l'SSN) il medico che prescrive la prestazione deve essere diverso dal medico erogatore.

➔ ASSISTENZA IN FORMA DIRETTA

- Nel caso di utilizzo di una struttura convenzionata mediante l'autorizzazione preventiva rilasciata da Cooperazione Salute, la spesa a carico dell'Aderente è pari a **€ 30** per singola prestazione. La quota rimanente viene liquidata dalla Mutua direttamente alla struttura convenzionata.

↻ ASSISTENZA IN FORMA INDIRECTA

- Nel caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i ticket sanitari vengono rimborsati integralmente.
- Nel caso di utilizzo di una struttura convenzionata o non convenzionata con il pagamento totale della prestazione, l'Aderente può richiedere il rimborso della spesa sostenuta nella misura del **50%**, con un massimo di **€ 40** per prestazione ed un totale di rimborso annuo massimo per visite private pari a € 250.

MASSIMALE ANNUO: € 750

3. TICKET PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI, DI LABORATORIO E PRONTO SOCCORSO



Il piano sanitario prevede il rimborso dei ticket per accertamenti diagnostici e di laboratorio effettuati presso il Sistema Sanitario Nazionale, in presenza di prescrizione del medico curante (MMG) o medico specialista indicante la patologia accertata o presunta per la quale la prestazione viene richiesta. Il piano sanitario prevede altresì il rimborso del ticket per l'accesso al pronto soccorso.

ASSISTENZA IN FORMA INDIRECTA

- Rimborso integrale dei ticket sanitari effettuati presso il Servizio Sanitario Nazionale.

MASSIMALE ANNUO: € 500



Area

ODONTOIATRICA

Consulta le eventuali carenze e limitazioni espresse nelle Norme di Attuazione.

Area ODONTOIATRICA

4. PREVENZIONE ODONTOIATRICA



Il piano sanitario incentiva la prevenzione odontoiatrica periodica tramite il rimborso di una seduta annuale di ablazione del tartaro fruita presso una struttura convenzionata.

➔ ASSISTENZA IN FORMA DIRETTA

- La prestazione può essere fruita presso una struttura convenzionata mediante l'autorizzazione preventiva rilasciata da Cooperazione Salute. Il costo è interamente a carico di Cooperazione Salute.

5. CURE ODONTOIATRICHE



Il piano sanitario prevede il rimborso delle spese per le seguenti cure odontoiatriche fruita presso le strutture convenzionate:

- avulsioni semplici o complesse: **€ 50** a trattamento, per un massimo di **4** trattamenti all'anno
- otturazioni in composito o amalgama: **€ 50** a trattamento, per un massimo di **4** trattamenti all'anno

↔ ASSISTENZA IN FORMA INDIRETTA PRESSO STRUTTURE CONVENZIONATE

- Il rimborso della spesa sostenuta per le prestazioni descritte al paragrafo precedente spetta ad ogni Aderente ed Avente diritto e può essere accordato solo nel caso di fruizione presso una struttura convenzionata con il Network di Cooperazione Salute o mediante ticket presso strutture del Sistema Sanitario Nazionale o con esso convenzionate.

MASSIMALE ANNUO: € 600

6. CURE ODONTOIATRICHE DA INFORTUNIO



Il piano sanitario prevede il rimborso delle spese sostenute per cure odontoiatriche a seguito di infortunio certificato dal pronto soccorso del Sistema Sanitario Nazionale. La prestazione dovrà essere effettuata entro 6 mesi dalla data dell'infortunio.

➔ ASSISTENZA IN FORMA DIRETTA

- Le prestazioni possono essere fruite presso le strutture convenzionate mediante l'autorizzazione preventiva rilasciata da Cooperazione Salute. Il costo è interamente a carico di Cooperazione Salute.

↔ ASSISTENZA IN FORMA INDIRETTA

- Nel caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i ticket sanitari vengono rimborsati integralmente. Le spese sostenute dall'Aderente vengono rimborsate nella misura del 50%.

MASSIMALE ANNUO: € 1.500



Area
MATERNITÀ

Consulta le eventuali carenze e limitazioni espresse nelle Norme di Attuazione.

Area MATERNITÀ

AVVERTENZE

- Ai fini del rimborso i documenti di spesa (fatture, ricevute e ogni altra tipologia di nota di spesa) debbono riportare l'indicazione specifica della tipologia di prestazione fruita o della specialità del medico nel caso di visita specialistica, la quale dovrà risultare attinente alla prescrizione del medico curante (MMG) o del medico specialista, pena il diniego.
- Per verificare quali tipologie di prestazioni sono escluse dalla copertura si consiglia di consultare le Norme di Attuazione del piano sanitario, articolo 13 "Esclusioni".

7. PACCHETTO MATERNITÀ



In caso di gravidanza, il piano sanitario prevede il rimborso delle spese sostenute dall'Aderente, in presenza di un certificato di gravidanza indicante la data presunta del parto. Le prestazioni rimborsabili, fruita presso strutture convenzionate e non convenzionate, sono:

- Ecografie di controllo;
- Amniocentesi;
- Villocentesi;
- Analisi di laboratorio per il monitoraggio della gravidanza;
- Visite specialistiche ginecologico-ostetriche di controllo sull'andamento della gravidanza.

➔ ASSISTENZA IN FORMA DIRETTA

- Nel caso di utilizzo di una struttura convenzionata mediante l'autorizzazione preventiva rilasciata da Cooperazione Salute, la spesa a carico dell'Aderente è pari a **€ 30** per singola prestazione. La quota rimanente viene liquidata dalla Mutua direttamente alla struttura convenzionata.

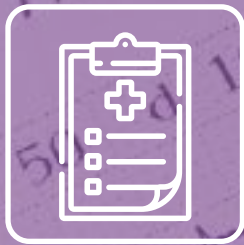
↔ ASSISTENZA IN FORMA INDIRETTA

- Nel caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i ticket sanitari vengono rimborsati integralmente.
- Nel caso di utilizzo di una struttura convenzionata o non convenzionata con il pagamento totale della prestazione, l'Aderente può richiedere il rimborso della spesa sostenuta nella misura del **60%**, con il massimo di **€ 80** per prestazione.

MASSIMALE ANNUO: € 750

CARDIOVASCULAR

- (a) Is there any history of cardiac infarction (coronary thrombosis), any persisting anginal pain, or any current need of treatment for anginal pain?
- (b) Is there any other evidence, including ECG, of ischaemic heart disease?
- (c) Is there any history of arrhythmia (excluding extrasystoles which disappear on effort)?
- (d) Is the blood pressure 200/110 or over?
- (e) Is hypertension treated by med: _____ years
- (f) Is a cardiac _____



Programmi di
PREVENZIONE

Programmi di **PREVENZIONE**

PROGRAMMI DI PREVENZIONE



Il Piano sanitario garantisce la possibilità all'iscritto di beneficiare dei programmi di prevenzione di seguito descritti, fruibili presso le strutture convenzionate senza alcun onere a carico, previo rilascio dell'autorizzazione da parte di Cooperazione Salute. Per i programmi di prevenzione non è richiesta la prescrizione del medico curante o del medico specialista. Ogni soggetto può beneficiare di un programma di prevenzione una sola volta nell'arco di tre anni solari.

PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

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

PREVENZIONE ONCOLOGICA DONNA

(età superiore a 40 anni)

- PAP – Test
- CA 125 (marcatore del tumore ovarico)
- CA 15.3 (marcatore del tumore mammario)

PREVENZIONE ONCOLOGICA UOMO

(età superiore a 45 anni)

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



Area

LENTI E PRESIDI

Area LENTI E PRESIDI

8. LENTI



Il piano sanitario prevede il rimborso delle spese per l'acquisto di due lenti per occhiali da vista o due confezioni di lenti a contatto di lunga durata (al minimo trimestrale), a seguito di modifica del visus certificata da medico oculista od optometrista abilitato. La certificazione deve avere la medesima data del documento di spesa o antecedente di massimo 6 mesi. Non sono riconosciute le certificazioni che non siano strettamente riconducibili a motivazioni patologiche o funzionali dell'apparato visivo. La prestazione può essere fruita dall'Aderente e dagli aventi diritto una volta nell'arco di due anni solari, con un rimborso massimo di € 100 per persona, a seguito di modifica del visus certificata.



ASSISTENZA IN FORMA INDIRECTA

- Nel caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i ticket sanitari vengono rimborsati integralmente. Le spese sostenute dall'Aderente vengono rimborsate nella misura del 50%.

MASSIMALE: € 100

9. PRESIDI SANITARI E PROTESI



Il Piano sanitario prevede il rimborso delle spese per l'acquisto dei seguenti presidi sanitari e protesi per il ripristino della funzionalità fisica e per la correzione di menomazioni fisiche, in presenza di prescrizione del medico curante (MMG) o medico specialista:

- apparecchi ortopedici: docce, stecche, staffe, divaricatori, tutori, corsetti, busti, reggispalle, collari, minerve;
- protesi di arto inferiore e superiore tradizionale o modulare, funzionali ad energia corporea;
- presidi per la deambulazione: stampelle, tripode, quadripode, stabilizzatore per statica in postura eretta, stabilizzatore per statica in postura supina;
- presidi per la mobilità: carrozzina pieghevole, carrozzina di transito;
- protesi acustiche;
- protesi per laringectomizzati: cannula tracheale in plastica o metallo;
- protesi fisiognomiche: protesi mammaria esterna, provvisoria o definitiva;
- protesi oculare;
- plantari.



ASSISTENZA IN FORMA INDIRECTA

- Nel caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i ticket sanitari vengono rimborsati integralmente. Le spese sostenute dall'Aderente vengono rimborsate nella misura del 50%.

MASSIMALE ANNUO: € 150



NORME DI ATTUAZIONE DEL PIANO SANITARIO

Sommario *NORME*

NORME DI ATTUAZIONE DEL PIANO SANITARIO

1. DESTINATARI E MODALITÀ DI ADESIONE	pag. 32
2. INCLUSIONE DI FAMILIARI E VARIAZIONE PRESTAZIONI IN CORSO D'ANNO	pag. 32
3. ESCLUSIONE DI UN AVENTE DIRITTO IN CORSO D'ANNO	pag. 33
4. CONTRIBUTO	pag. 33
5. DECORRENZA, DURATA, TACITO RINNOVO E DISDETTA DELLA COPERTURA	pag. 33
6. CONSEGNA DOCUMENTALE DA PARTE DI COOPERAZIONE SALUTE ALL'Aderente	pag. 34
7. SOSPENSIONE DELLA COPERTURA PER MANCATO VERSAMENTO DEL CONTRIBUTO	pag. 34
8. PRESTAZIONI DEI PIANI SANITARI	pag. 34
9. DETRAIBILITÀ DELLE SPESE SANITARIE	pag. 35
10. EVASIONE PRATICHE E TEMPI DI LIQUIDAZIONE	pag. 35
11. LIMITI DI ETÀ	pag. 35
12. CARENZE	pag. 35
13. ESCLUSIONI	pag. 36
14. PATOLOGIE PREGRESSE	pag. 37
15. ESTENSIONE TERRITORIALE	pag. 37
16. DECADENZA DAL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI	pag. 38
17. GESTIONE MUTUALISTICA	pag. 38
18. TUTELA DEI DATI PERSONALI	pag. 38
19. CONTROLLI	pag. 38
20. CHIARIMENTI E RECLAMI	pag. 39
21. RICHIAMO ALLO STATUTO SOCIALE E AL REGOLAMENTO APPLICATIVO	pag. 39
22. PRESTAZIONI TRA DUE ANNUALITÀ	pag. 39
23. IMPOSTE E ONERI AMMINISTRATIVI	pag. 39
24. RESTITUZIONE DELLE SOMME INDEBITAMENTE PAGATE	pag. 40
25. CONTROVERSIE	pag. 40

1. DESTINATARI E MODALITÀ DI ADESIONE

L'adesione ad un piano sanitario individuale è volontaria e si perfeziona mediante il pagamento del contributo di iscrizione. Ai piani sanitari individuali possono aderire i soggetti maggiorenni che ne facciano richiesta mediante la compilazione e l'invio della "Domanda di Adesione" per mezzo del Portale di Cooperazione Salute messo a disposizione per le adesioni e il contestuale versamento del contributo di attivazione del piano sanitario prescelto. Per aderire ad un piano sanitario, all'Aderente non è richiesta la compilazione di un questionario anamnestico né una dichiarazione del proprio stato di salute.

Alcuni piani sanitari (anche "piani aggiuntivi") possono prevedere come condizione per l'iscrizione la precedente adesione ad un altro piano sanitario debitamente specificato (anche "piano prope-deutico").

Possono aderire a Cooperazione Salute in qualità di Soci della Società di Mutuo Soccorso o di Aveni Diritto esclusivamente i soggetti aventi residenza in Italia.

2. INCLUSIONE DI FAMILIARI E VARIAZIONE PRESTAZIONI IN CORSO D'ANNO

Ai piani sanitari possono aderire anche i componenti del nucleo familiare dell'Aderente i cosiddetti aventi diritto, tutti nessuno escluso. Per la definizione di nucleo familiare si consiglia di consultare il Glossario.

In tal caso l'Aderente aderisce ad uno o più piani sanitari espressamente dedicati alla copertura dell'intero nucleo familiare. L'inclusione dei familiari può avvenire in fase di prima iscrizione o di rinnovo dell'iscrizione al piano sanitario.

Qualora l'Aderente intenda aderire ad un piano aggiuntivo, potrà aderirvi con l'intero nucleo familiare esclusivamente nel caso in cui sia già aderente con l'intero nucleo familiare al piano prope-deutico.

L'inclusione in corso d'anno è consentita solo per i neonati, se già in vigore un'iscrizione ad un piano sanitario dedicato al nucleo familiare. Tale variazione deve essere comunicata entro 30 giorni dalla nascita, in questo caso la copertura opera dalla data della nascita. Se la comunicazione avviene oltre i 30 giorni dalla nascita, la decorrenza è prevista a partire dall'1 gennaio dell'annualità successiva all'anno in cui è avvenuta la comunicazione.

Negli altri casi di inclusione nel nucleo familiare, ad esempio il matrimonio, la copertura opera nei confronti dei nuovi Aderenti dall'1 gennaio dell'annualità successiva all'anno in cui è avvenuta la variazione. La comunicazione deve pervenire a Cooperazione Salute entro il termine previsto per la disdetta, ovvero prima dei 60 giorni dalla scadenza della copertura.

3. ESCLUSIONE DI UN AVENTE DIRITTO IN CORSO D'ANNO

Qualora uno o più Aderenti perdano nel corso dell'anno di copertura i requisiti di avente diritto (ad es: divorzio o separazione dall'Aderente, figlio non più a carico dell'Aderente), la copertura rimarrà operante fino alla prima scadenza annuale. La comunicazione di esclusione deve pervenire a Cooperazione Salute entro il termine previsto per la disdetta, ovvero prima dei 60 giorni dalla scadenza della copertura.

4. CONTRIBUTO

Il contributo è riferito al singolo Aderente per ogni periodo di copertura. Nel caso di adesione ad un piano familiare, il contributo è a copertura dell'intero nucleo familiare. Il contributo per la prima adesione e per le successive è calcolato su base annuale, a copertura dell'anno solare intero, con versamento anticipato da effettuarsi contestualmente all'adesione al piano sanitario, entro e non oltre il 31 dicembre dell'anno antecedente la decorrenza della copertura. Diversamente, in caso di adesione in corso d'anno, l'importo del contributo da versare corrisponde alla frazione d'anno in mesi interi che intercorre tra il momento dell'iscrizione e il 31 dicembre dello stesso anno (anche "rateo di contributo") più l'intero anno solare successivo.

Il contributo di adesione è versato obbligatoriamente mediante frazionamento mensile con addebito diretto SEPA.

5. DECORRENZA, DURATA, TACITO RINNOVO E DISDETTA DELLA COPERTURA

La copertura sanitaria ha durata annuale con tacito rinnovo, con decorrenza dal primo giorno del mese successivo all'adesione e contestuale versamento della quota di contributo dovuta e scadenza alle ore 24.00 del 31 dicembre dell'anno in corso qualora l'iscrizione sia avvenuta entro il 31 dicembre dell'anno precedente, in tutti gli altri casi la scadenza avverrà alle ore 24.00 del 31 dicembre dell'anno solare successivo a quello di adesione. In mancanza di disdetta da parte dell'Aderente, mediante preavviso di 60 giorni con lettera raccomandata o PEC, la copertura si intende prorogata per un ulteriore anno e così di seguito. Nel caso di disdetta, l'Aderente potrà richiedere una nuova adesione ad un piano sanitario di Cooperazione Salute trascorsi almeno 3 anni solari.

In caso di cessazione dell'Accordo tra Cooperazione Salute e Banca Etica, le coperture dei piani sanitari individuali, sottoscritti dai soci e clienti di Banca Etica, si concluderanno alle ore 24.00 del 31 dicembre del medesimo anno di cessazione dell'Accordo.

6. CONSEGNA DOCUMENTALE DA PARTE DI COOPERAZIONE SALUTE ALL'ADERENTE

Cooperazione Salute è tenuta a consegnare all'Aderente in fase di prima adesione:

- il piano sanitario a cui ha aderito;
- le Norme di Attuazione del Piano sanitario;
- lo Statuto e il Regolamento di Cooperazione Salute disponibili nel sito cooperazionesalute.it;
- l'informativa privacy di Cooperazione Salute.

7. SOSPENSIONE DELLA COPERTURA PER MANCATO VERSAMENTO DEL CONTRIBUTO

In caso di mancato versamento del contributo, è data la possibilità all'Aderente di regolarizzare la propria posizione entro 30 giorni senza effetto sulla copertura.

In caso di mancato versamento del contributo per due mensilità consecutive, la copertura rimane sospesa dal primo giorno del mese successivo al secondo mese di irregolarità contributiva.

Qualora l'Aderente regoli la propria posizione entro la fine del 6° mese successivo al primo mancato versamento, la copertura sarà riattivata ad esclusione degli eventi riconducibili al periodo di sospensione o successivi alla regolarizzazione ma relativi a patologie o infortuni insorte o verificatosi nello stesso periodo di sospensione.

Oltre il 6° mese di sospensione non sarà più possibile per l'Aderente regolarizzare la propria posizione e la copertura si intenderà automaticamente cessata con l'esclusione dell'Aderente dalla qualifica di Socio di Cooperazione Salute come previsto dal Regolamento Attuativo Dello Statuto. Nel caso di esclusione dalla qualifica di Socio di Cooperazione Salute, il soggetto escluso potrà richiedere una nuova adesione ad un piano sanitario di Cooperazione Salute trascorsi almeno 3 anni solari.

8. PRESTAZIONI DEI PIANI SANITARI

Salvo buon fine (SBF) dell'incasso del contributo anticipato di adesione, intero o frazionato, e salve le Carenze contrattuali previste dal piano sanitario, gli Aderenti hanno diritto di ricevere le prestazioni previste dal piano sanitario a cui hanno aderito a partire dal primo giorno di decorrenza della copertura.

9. DETRAIBILITÀ DELLE SPESE SANITARIE

I contributi di iscrizione ad un piano sanitario individuale beneficiano della detraibilità fiscale nella misura del 19% del contributo fino al massimo di 1.300 euro ex-art 83, com. 5, del Codice del Terzo Settore – D.Lgs 3 luglio 2017, n. 117).

10. 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'Aderente) 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 dell'Aderente avviene esclusivamente tramite Area Riservata o via e-mail.

11. LIMITI DI ETÀ

Possono aderire al piano sanitario le persone maggiorenni che alla decorrenza dello stesso non abbiano già compiuto 72 anni. Per gli Aderenti e gli aventi diritto già in copertura al raggiungimento del 72° anno di età la copertura potrà essere rinnovata a vita intera. In caso di disdetta del piano dopo il 72° anno di età non sarà più possibile aderire alla copertura.

12. CARENZE

I termini di carenza sono fissati come segue, salvo deroghe specifiche indicate per ciascuna tipologia di prestazione prevista dal piano sanitario:

- per le prestazioni ospedaliere o extraospedaliere conseguenti ad infortunio, dal 30° giorno successivo al momento in cui ha effetto il piano sanitario;
- per le prestazioni ospedaliere conseguenti a malattia, dal 120° giorno successivo al momento in cui ha effetto il piano sanitario. Nel caso di grande intervento chirurgico previsto dal piano sanitario, dal 180° giorno successivo al momento in cui ha effetto il piano sanitario;
- per le prestazioni extraospedaliere conseguenti a malattia e per le cure dentarie, dal 120° giorno successivo al momento in cui ha effetto il piano sanitario;

- per il parto e per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, dal 271° giorno successivo al momento in cui ha effetto il piano sanitario;
- per le protesi (non acustiche) e i presidi sanitari, dal 120° giorno successivo al momento in cui ha effetto il piano sanitario;
- per le protesi acustiche dal 730° giorno successivo al momento in cui ha effetto il piano sanitario;
- per le prestazioni legate a chirurgia oculistica, dal 730° giorno successivo al momento in cui ha effetto il piano sanitario.

Nel caso di sospensione superiore ai 6 mesi o nuova iscrizione a seguito di disdetta del piano sanitario, i termini di carenza saranno reconsiderati per intero

13. 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.

14. PATOLOGIE PREGRESSE

Sono escluse dalla copertura le prestazioni effettuate per malattie (anche croniche e recidivanti), malformazioni e stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi, anteriormente alla data di decorrenza del Piano.

Tuttavia, successivamente ad una permanenza continuativa nel piano sanitario di almeno 3 anni (36 mesi) sarà prevista la copertura completa delle patologie preesistenti note all'Aderente al momento dell'adesione. Tale copertura sarà garantita per tutto il periodo di permanenza continuativa nel piano sanitario da parte dell'Aderente. Nel caso di sospensione superiore ai 6 mesi o nuova iscrizione a seguito di disdetta del piano sanitario, le patologie pregresse saranno ricomprese successivamente ad una nuova permanenza continuativa nel piano sanitario di almeno 3 anni (36 mesi).

15. ESTENSIONE TERRITORIALE

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

16. DECADENZA DAL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI

Il diritto all'erogazione delle prestazioni previste dal Piano da parte dell'Aderente si estingue:

- Decesso dell'Aderente;
- Per sospensione dovuta a ritardo nei versamenti contributivi;
- Per esclusione disposta in presenza di omissioni contributive, irregolarità o abusi.

17. GESTIONE MUTUALISTICA

Cooperazione Salute si impegna a garantire tutte le prestazioni previste dai piani sanitari, creando un'apposita autonoma gestione separata nell'ambito del proprio bilancio, assumendo nella propria gestione mutualistica tutti gli eventuali avanzi o disavanzi gestionali delle medesime coperture per la durata di sottoscrizione del piano sanitario, e avvalendosi di tutti gli strumenti operativi valutati più opportuni per contenere i rischi. Le prestazioni previste nelle coperture potranno subire annualmente delle variazioni a seconda dell'andamento tecnico della gestione della copertura, documentabile dal rapporto contributo/erogazioni, in particolare in caso di andamento negativo della gestione della copertura.

18. TUTELA DEI DATI PERSONALI

A seguito dell'informativa scritta rilasciata da Cooperazione Salute al momento dell'iscrizione ai piani sanitari individuali e al momento della richiesta degli Aderenti di attivazione della forma diretta e/o della richiesta di rimborso, tutte le informazioni e i documenti richiesti all'Aderente e agli aventi diritto sono tutelati ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE 2016/679.

19. CONTROLLI

Cooperazione Salute al fine di accertare il diritto dell'Aderente 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.

20. 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'Aderente. In caso di ulteriore contenzioso, prima dell'eventuale ricorso all'autorità giudiziaria, Cooperazione Salute e l'Aderente 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'Aderente. La Commissione esamina i casi ad essa sottoposti ed esprime il proprio parere che verrà comunicato all'Aderente. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il proprio medico designato.

21. RICHIAMO ALLO STATUTO SOCIALE E AL REGOLAMENTO APPLICATIVO

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

22. PRESTAZIONI TRA DUE ANNUALITÀ

Le prestazioni effettuate a cavallo di due annualità rientrano nel massimale dell'anno di esecuzione della prestazione stessa. Fa fede la data di emissione del documento fiscale o, nel caso di Indennità, la data di fine dell'Evento (es. data di dimissioni in caso di Ricovero). Non sono ammesse fatture in acconto, relative a prestazioni non ancora eseguite.

23. IMPOSTE E ONERI AMMINISTRATIVI

Sono a carico dell'Aderente:

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

24. RESTITUZIONE DELLE SOMME INDEBITAMENTE PAGATE

Nel caso di indebito pagamento da parte di Cooperazione Salute per prestazioni non previste dal piano sanitario, o dovuto ad accertate condizioni o elementi che determinano l'inoperatività della copertura o l'inefficacia del piano sanitario, Cooperazione Salute ne darà comunicazione all'Aderente il quale dovrà restituire l'intera somma indebitamente ricevuta.

25. CONTROVERSIE

Ai sensi del D.lgs. n. 28/2010 e successive disposizioni modificative ed integrative, qualsiasi controversia relativa al presente contratto o comunque ad esso connessa - comprese le controversie relative alla sua interpretazione, validità, esecuzione e risoluzione - deve essere preliminarmente sottoposta a procedimento di mediazione obbligatoria innanzi ad un Organismo di Mediazione Aderente nell'apposito Registro istituito presso il Ministero della Giustizia e che abbia sede nel luogo dell'Autorità Giudiziaria territorialmente competente per la controversia. L'esperimento del tentativo di mediazione costituisce condizione di procedibilità della domanda giudiziale. Qualora la lite non venga conciliata nell'ambito della mediazione, si conviene che l'Autorità Giudiziaria è quella del luogo di residenza o domicilio dell'Aderente/Assicurato o dell'Avente diritto.

A close-up photograph of a hand with light pink manicured nails holding a silver paperclip. The paperclip is attached to the top edge of a white document. The background is a soft, out-of-focus grey. A green rounded rectangle is overlaid at the bottom of the image, containing the word 'ALLEGATI' in white capital letters.

ALLEGATI

PRESTAZIONI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

ALTA DIAGNOSTICA RADIOLOGICA:

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

ALTA DIAGNOSTICA RADIOLOGICA (ESAMI STRATIGRAFICI E CONTRASTOGRAFICI):

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cisternografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiopancreatografia endoscopica
- Retrograda (ERCP)
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia/ Dacriocistotac
- Defecografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Mielografia
- Retinografia
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Scialografia
- Splenoportografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Video angiografia
- Wirsungrafia

ACCERTAMENTI:

- Ecocardiografia
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Ecografia mammaria e/o bilaterale
- PET
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN), inclusa angio RMN
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC)



*Dedicato a Soci e Clienti di **Banca Etica***

T. +39 0461 1975484
www.cooperazionesalute.it
assistenza.be@cooperazionesalute.it