



Cooperazione Salute
società di mutuo soccorso

Piano sanitario

Eticare **Plus** **Famiglia**

 **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 Plus Famiglia

EDIZIONE 2026

DESTINATARI	SOCI e CLIENTI di Banca Etica già aderenti ad un Piano base famiglia che intendono sottoscrivere il piano sanitario aggiuntivo in modalità FAMIGLIA	
CONTRIBUTO	Il contributo associativo è pari a:	
	SOCIO	CLIENTE
	€ 19 al mese € 228 all'anno	€ 20 al mese € 240 all'anno
LIMITI DI ETÀ	Il Piano Sanitario è sottoscrivibile da Soci e Clienti di Banca Etica con un'età compresa tra i 18 e i 72 anni. È consentita la permanenza nel Piano Sanitario anche dopo aver superato il settantaduesimo anno di età.	

Garanzie

AREE DI COMPETENZA	MASSIMALI
RICOVERO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO	€ 75.000
ASSISTENZA INFERMIERISTICA E SOCIO SANITARIA DOMICILIARE	€ 1.250
TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO D'INFORTUNIO	€ 750
CHIRURGIA OCULISTICA CON LASER AD ECCIMERI	€ 1.000

SOMMARIO

1. PREMESSE	pag. 6
2. GLOSSARIO	pag. 8
3. ASSISTENZA	pag. 14
4. PRESTAZIONI	pag. 19
4.1 Area RICOVERO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO	pag. 20
4.2 Area SOCIO-SANITARIA	pag. 27
5. NORME DI ATTUAZIONE DEL PIANO SANITARIO	pag. 31
6. ALLEGATI	pag. 45

A close-up photograph of four hands, two from the left and two from the right, carefully placing white puzzle pieces into a larger assembly. The puzzle pieces are interlocking and are set against a bright, out-of-focus background that suggests a window or a sunny outdoor area. The lighting is warm and natural, highlighting the texture of the skin and the smooth surface of the puzzle pieces. The overall composition conveys a sense of teamwork, problem-solving, and building something together.

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.

A close-up photograph of a black-rimmed magnifying glass with a black handle, resting on a surface covered with numerous light-colored wooden puzzle pieces. The puzzle pieces are interlocking and arranged in a way that creates a complex, textured background. The magnifying glass is positioned in the center of the frame, and its lens is slightly tilted, reflecting some light. The lighting is soft and even, highlighting the natural wood grain of the puzzle pieces. A semi-transparent green rectangular box is overlaid on the bottom portion of the image, containing the word "GLOSSARIO" in white, uppercase letters.

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: • 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 il momento in cui la Garanzia diventa operativa.
Cartella clinica:	diario diagnostico-terapeutico avente natura di atto pubblico, redatto durante la degenza, diurna o con pernottamento in istituto di cura, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi di ingresso e diagnosi di dimissione, anamnesi patologica remota e prossima, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico, lettera di dimissioni e Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.). La lettera di dimissioni e la S.D.O. non sostituiscono la cartella clinica completa.

Centrale operativa/ Struttura organizzativa:	la struttura di Cooperazione Salute, composta da personale dotato di competenze tecnico mediche, deputata alla gestione degli adempimenti relativi alle richieste di assistenza formulate dagli Aderenti
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.
Day Hospital/Day Surgery:	Ricovero in Istituto di cura, di durata inferiore a un giorno e senza pernottamento, per terapie mediche di durata limitata (Day Hospital) o prestazioni chirurgiche (Day Surgery), documentate da Cartella clinica. La permanenza in Pronto Soccorso non costituisce Day Hospital.
Difetto fisico:	Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.
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.
Grandi interventi chirurgici:	l'insieme degli interventi chirurgici previsti nell'elenco "Grandi Interventi Chirurgici" allegato al Piano sanitario.
Gravi patologie:	l'insieme delle gravi patologie previste nell'elenco "Gravi Patologie" allegato al Piano sanitario.
Indennità sostitutiva:	indennità forfettaria giornaliera erogata nel caso di Ricovero presso il Sistema Sanitario Nazionale che non comporti spese sanitarie a carico dell'Aderente durante la degenza. Tale indennità è finalizzata a supportare l'Aderente nel percorso di recupero della salute che inizia con il suo rientro al domicilio, ed è quindi da detto momento che il diritto all'indennità matura.
Indennizzo:	somma forfettaria dovuta al verificarsi del sinistro, escludente il Rimborso e l'Assistenza diretta per lo stesso 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
Intervento ambulatoriale:	intervento di piccola chirurgia senza Ricovero, effettuato in ambulatorio o studio medico chirurgico.

Intervento chirurgico concomitante:	ogni procedura chirurgica effettuata durante l'intervento principale.
Intervento chirurgico:	intervento e/o procedura definiti nell'ambito della classificazione degli "interventi chirurgici e procedure diagnostiche terapeutiche" in base a quanto previsto ed indicato dalla classificazione internazionale delle malattie (ICD-9-CM), ed utilizzata dai protocolli sanitari emanati dal Ministero della Salute, che vengono eseguiti in sala operatoria, con la presenza di un medico anestesista e l'assistenza di una equipe operatoria, per i quali sia necessario un ricovero – anche in Day Surgery - in regime ordinario. Le biopsie eventualmente effettuate nelle endoscopie non sono Intervento chirurgico.
Intramoenia:	prestazioni erogate in libera professione, per scelta del paziente, al di fuori del normale orario di lavoro, da medici di una struttura sanitaria pubblica, i quali utilizzano le strutture ambulatoriali e diagnostiche della struttura stessa a fronte del pagamento da parte del paziente di una tariffa. Le prestazioni possono essere svolte in regime ambulatoriale, di day hospital/day surgery o di ricovero, nella struttura pubblica di appartenenza del medico (in sede) o in altre strutture sanitarie pubbliche o private con le quali la struttura di appartenenza del medico è convenzionata (fuori sede).
Istituto di cura:	ogni struttura sanitaria regolarmente autorizzata dalle competenti autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna. Non sono convenzionalmente considerati istituti di cura: gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche e riabilitative, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni o assistenza, le strutture per anziani, i centri del benessere.
Lungodegenza:	degenza ospedaliera riservata ai pazienti che, conclusa la fase acuta del ricovero, necessitano di un prolungamento del regime ospedaliero in quanto le condizioni cliniche generali postumi della patologia di base non consentono l'immediato rientro in ambito domiciliare.
Malattia Mentale:	le patologie mentali (per esempio: psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) comprese nel quinto capitolo "Disturbi psichici" della 9ª 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.
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 Aderente 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.cooperazione.salute.it - Area Riservata Aderenti - Adesioni Individuali o nell'App di Cooperazione Salute.
Nucleo familiare:	l'insieme dei soggetti di seguito elencati, riscontrabili nel certificato di stato di famiglia dell'Aderente: • coniuge o partner unito civilmente (con riferimento anche alle unioni civili di cui alla L.76/2016) non legalmente ed effettivamente separato; • convivente di fatto di cui alla L.76/2016 (Art. 1, comma 36); • figli minori, rientranti nello stato di famiglia dell'Aderente; • figli maggiorenni fino ai 26 anni di età, rientranti nello stato di famiglia dell'Aderente.
Optometrista:	professionista laureato in Optometria, che analizza con metodi oggettivi o soggettivi strumentali lo stato refrattivo degli occhi, per determinare la migliore prescrizione e la migliore soluzione ottica.
Patologia in atto/ Patologia preesistente:	malattia diagnosticata e/o che abbia reso necessarie cure mediche o esami clinici (strumentali o di laboratorio) prima dell'entrata in vigore della copertura del Piano sanitario.
Piano sanitario:	• documento che descrive e disciplina il complesso delle Garanzie, delle attività e dei servizi erogabili da Cooperazione Salute all'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 improprio:	degenza in Istituto di cura, anche senza pernottamento, non necessaria nel quadro clinico dell'Aderente, durante la quale non sono praticate terapie complesse e sono eseguiti solo accertamenti diagnostici normalmente effettuabili in regime ambulatoriale senza rischi o particolari disagi per il paziente.
Ricovero/Degenza:	permanenza in istituto di cura con pernottamento documentato da cartella clinica e da una scheda di dimissione ospedaliera. La permanenza nel pronto soccorso/astanteria non è considerata ricovero o degenza se non segue il ricovero nello stesso Istituto di cura.

Rimborso:	somma dovuta in caso di Sinistro coperto dal presente Piano sanitario, a fronte di spese sostenute dall'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.

A top-down view of a person with blonde hair, wearing a grey long-sleeved shirt, sitting on a grey sofa and typing on a silver laptop. The laptop screen is black. The person's legs, wearing blue jeans, are visible at the top of the frame. A green rounded rectangle is positioned at the bottom of the image, containing the word "ASSISTENZA" in white capital letters.

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 INDIRETTA

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@cooperazionesalute.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 E SOCIO-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

- 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.*

CONTATTI DI COOPERAZIONE SALUTE

Molte delle informazioni che cerchi sono facilmente reperibili nella tua Area Riservata, raggiungibili dal nostro sito internet **www.cooperazionesalute.it**

Puoi consultare il tuo piano sanitario, avere informazioni sulle modalità di assistenza, consultare gli elenchi delle Strutture convenzionate e scaricare la modulistica per le tue richieste di rimborso o Indennizzo.

Per ulteriori informazioni riguardanti il Piano sanitario, le modalità di iscrizione al Piano e di utilizzo dell'Area Riservata, **contatta il tuo Promotore Mutualistico.**

Ti è rimasto qualche dubbio che credi di poter risolvere rapidamente con una semplice comunicazione?

Inviaci la tua Richiesta Informazioni direttamente dalla chat dedicata nella tua Area Riservata oppure all'indirizzo email **assistenza.be@cooperazionesalute.it**.

Desideri ricevere assistenza telefonica?

Chiama i nostri uffici allo **0461.1975484**

Indirizzo di Cooperazione Salute

Cooperazione Salute -
Società di Mutuo Soccorso
Via Segantini, 10 – Trento

Sommario *PRESTAZIONI*

Area RICOVERO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO

pag. 20

1. DURANTE IL RICOVERO	pag. 21
2. PERIODO PRE RICOVERO	pag. 22
3. PERIODO POST RICOVERO	pag. 23
4. INDENNITÀ SOSTITUTIVA PER RICOVERO A CARICO DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO	pag. 23
5. ACCOMPAGNATORE	pag. 24
6. TRASPORTO SANITARIO A SEGUITO DI INTERVENTO CHIRURGICO	pag. 24
7. TUTELA SPECIALE NEONATI	pag. 25
8. DIARIA PER RICOVERO NOTTURNO PER INTERVENTO ORDINARIO O INFORTUNIO	pag. 25
9. CURE E TERAPIE ONCOLOGICHE	pag. 26

Area SOCIO-SANITARIA

pag. 27

10. ASSISTENZA INFERMIERISTICA E SOCIO SANITARIA DOMICILIARE	pag. 28
11. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO D'INFORTUNIO	pag. 29
12. CHIRURGIA OCULISTICA CON LASER AD ECCIMERI	pag. 30



Area

RICOVERO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO

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

Area **RICOVERO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO**

AVVERTENZE

Per l'accesso all'Assistenza in forma diretta o indiretta per le prestazioni dell'Area Ricovero è necessaria la prescrizione del Medico di Medicina Generale (MMG) o del Medico specialista, indicante la patologia accertata o presunta per la quale la prestazione viene richiesta. Nel caso di prescrizione di un Medico specialista, quest'ultimo non deve coincidere con il medico che effettua la prestazione; se il medico che prescrive è anche quello che effettua le prestazioni, è necessario il relativo referto.

1. DURANTE IL RICOVERO



Nel caso di ricovero dell'Aderente per un grande intervento chirurgico a seguito di malattia o infortunio, rientrante tra quelli previsti nell'Elenco Grandi Interventi (*Allegato 1*), il Piano prevede il rimborso delle spese sostenute per:

- a.** onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio);
- b.** diritti di sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi protesici, endoprotesici, terapeutici applicati durante l'intervento;
- c.** rette di degenza, escluse quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente (ad esempio i costi per uso di telefono e televisione);
- d.** assistenza medica ed infermieristica, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati durante il periodo di ricovero relativo all'intervento subito.

➔ **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 **€ 1.000** per intervento. 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 **65%**, con un minimo non indennizzabile di € 2.500 per intervento.

SUB-MASSIMALE: € 10.000 per intervento, elevato a € 50.000 in caso di trapianto

2. PERIODO PRE RICOVERO



Nel periodo di **90 giorni** antecedenti all'inizio del ricovero per un grande intervento chirurgico a seguito di malattia o infortunio, rientrante tra quelli previsti nell'Elenco Grandi Interventi (*Allegato 1*) il Piano prevede il rimborso delle spese sostenute per esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero e ad esso riconducibili.

➔ 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.

SUB-MASSIMALE ANNUO: € 1.000 per intervento

3. PERIODO POST RICOVERO



Nel periodo di **120 giorni** successivi alla fine del ricovero per un grande intervento chirurgico a seguito di malattia o infortunio, rientrante tra quelli previsti nell'Elenco Grandi Interventi (*Allegato 1*) il Piano prevede il rimborso delle spese sostenute per esami, accertamenti diagnostici, visite specialistiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero e ad esso riconducibili.

➔ 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.

SUB-MASSIMALE ANNUO: € 1.000 per intervento

4. INDENNITÀ SOSTITUTIVA PER RICOVERO A CARICO DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO



In caso di ricovero presso il Sistema Sanitario Nazionale per un grande intervento chirurgico a seguito di malattia o infortunio, rientrante tra quelli previsti nell'Elenco Grandi Interventi (*Allegato 1*), il Piano garantisce un'indennità sostitutiva di **€ 50 per ogni giorno** di ricovero per un massimo di 30 giorni all'anno.

MASSIMALE ANNUO: € 1.500

5. ACCOMPAGNATORE



Nel caso in cui l'Aderente che si sottopone ad un grande intervento chirurgico a seguito di malattia o infortunio, rientrante tra quelli previsti nell'Elenco Grandi Interventi (*Allegato 1*) necessiti di un accompagnatore, il Piano garantisce un'indennità di **€ 30 per ogni giorno** di ricovero per un massimo di 30 giorni all'anno a copertura delle spese di vitto e alloggio dell'accompagnatore stesso.

MASSIMALE ANNUO: € 900

6. TRASPORTO SANITARIO A SEGUITO DI INTERVENTO CHIRURGICO



Nel caso di grande intervento chirurgico a seguito di malattia o infortunio, rientrante tra quelli previsti nell'Elenco Grandi Interventi (*Allegato 1*), il Piano prevede il rimborso delle spese di trasporto dell'Aderente in ambulanza, con unità coronaria mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione.

➔ ASSISTENZA IN FORMA DIRETTA

- Nel caso di utilizzo di una struttura convenzionata mediante l'autorizzazione preventiva rilasciata da Cooperazione Salute, la spesa viene liquidata direttamente ed integralmente dalla Mutua, fermi restando i limiti previsti dalla prestazione.



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 **80%**.

SUB-MASSIMALE: € 1.500 per intervento, € 3.000 all'anno

7. TUTELA SPECIALE NEONATI



Il Piano prevede il rimborso delle spese sostenute per interventi chirurgici effettuati nel primo anno di vita del neonato, figlio dell'Aderente, per la correzione di malformazioni congenite, comprese visite e accertamenti diagnostici pre e post intervento, nonché la retta di vitto e pernottamento dell'Accompagnatore.

➔ 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 **€ 1.000** per intervento. 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 **65%**, con un minimo non indennizzabile di € 2.500 per intervento.

SUB-MASSIMALE ANNUO: € 10.000 per intervento

8. DIARIA PER RICOVERO NOTTURNO PER INTERVENTO ORDINARIO O INFORTUNIO



In caso di ricovero in struttura ospedaliera per intervento chirurgico ordinario (*non compreso nell'Allegato 1*) o infortunio, dopo le prime due notti consecutive di degenza, è garantita una diaria giornaliera computata dal primo giorno fino al termine del ricovero pari a **€ 40 al giorno** per i primi 10 giorni e € 20 dall'undicesimo giorno, per un massimo di 100 giorni all'anno. Sono esclusi i casi di ricovero in regime di day hospital, di lungodegenza, per emodialisi o per cure riabilitative.

MASSIMALE ANNUO: € 2.200

9. CURE E TERAPIE ONCOLOGICHE



In caso di ricovero ospedaliero per malattia oncologica che non comporti un grande intervento chirurgico (compreso nell'Allegato 1), il Piano prevede il rimborso delle spese sostenute per:

- a.** cure, trattamenti e terapie riconosciute dai protocolli internazionali oncologici (es: chemioterapia, radioterapia, cure palliative, terapie del dolore, etc), anche in regime di day hospital;
- b.** prestazioni mediche ed infermieristiche;
- c.** esami ed accertamenti diagnostici.

➔ 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 **€ 1.000** per intervento. 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 **65%**, con un minimo non indennizzabile di € 2.500 per intervento.

SUB-MASSIMALE ANNUO: € 10.000 per intervento

MASSIMALE ANNUO DI AREA: €75.000



Area **SOCIO-SANITARIA**

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

Area SOCIO-SANITARIA

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 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".

10. ASSISTENZA INFERMIERISTICA E SOCIO SANITARIA DOMICILIARE



Nel caso di infortunio o malattia invalidante temporanea o permanente, il Piano prevede il rimborso delle spese sostenute per interventi sanitari a domicilio per terapia medica e/o specialistica, infermieristica, mobilizzazioni, prelievi, rilievi dei parametri biologici.

➔ 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 al **30%** del costo della 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 **50%** della spesa sostenuta.

MASSIMALE ANNUO: € 1.250

11. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO D'INFORTUNIO



Nel caso di infortunio accertato dal Pronto Soccorso che determini una prognosi superiore ai 10 giorni, il Piano prevede il rimborso delle spese sostenute per Trattamenti fisioterapici riabilitativi.

➔ 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 al **30%** del costo della 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 **50%** della spesa sostenuta.

MASSIMALE ANNUO: € 750

12. CHIRURGIA OCULISTICA CON LASER AD ECCIMERI



Il Piano prevede il rimborso delle spese sostenute per i trattamenti laser ad eccimeri riconducibili a:

- laserchirurgia della cornea a scopo terapeutico per trattamento completo o trattamenti laser ad eccimeri per miopia, astigmatismo, ipermetropia;
- cheratomileusi intrastomale associata a laser;
- terapia fotodinamica con verteporfine.

➔ ASSISTENZA IN FORMA DIRETTA

- Nel caso di utilizzo di una struttura convenzionata mediante l'autorizzazione preventiva rilasciata da Cooperazione Salute, la spesa viene liquidata direttamente ed integralmente dalla Mutua, fermi restando i limiti previsti dalla prestazione.

↔ 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 **80%** della spesa sostenuta.

MASSIMALE ANNUO: € 1.000



NORME DI ATTUAZIONE DEL PIANO SANITARIO

Sommario *NORME*

NORME DI ATTUAZIONE DEL PIANO SANITARIO

1. DESTINATARI E MODALITÀ DI ADESIONE	pag. 33
2. INCLUSIONE DI FAMILIARI E VARIAZIONE PRESTAZIONI IN CORSO D'ANNO	pag. 33
3. ESCLUSIONE DI UN AVENTE DIRITTO IN CORSO D'ANNO	pag. 34
4. CONTRIBUTO	pag. 34
5. PASSAGGIO DA CLIENTE A SOCIO DI BANCA ETICA O DA SOCIO A CLIENTE	pag. 35
6. DECORRENZA, DURATA, TACITO RINNOVO E DISDETTA DELLA COPERTURA	pag. 35
7. CONSEGNA DOCUMENTALE DA PARTE DI COOPERAZIONE SALUTE ALL'Aderente	pag. 35
8. SOSPENSIONE DELLA COPERTURA PER MANCATO VERSAMENTO DEL CONTRIBUTO	pag. 36
9. PRESTAZIONI DEI PIANI SANITARI	pag. 36
10. DETRAIBILITÀ DELLE SPESE SANITARIE	pag. 36
11. EVASIONE PRATICHE E TEMPI DI LIQUIDAZIONE	pag. 37
12. LIMITI DI ETÀ	pag. 37
13. PASSAGGIO AUTOMATICO ALLA FASCIA D'ETÀ SUCCESSIVA	pag. 37
14. CARENZE	pag. 38
15. ESCLUSIONI	pag. 39
16. PATOLOGIE PREGRESSE	pag. 40
17. ESTENSIONE TERRITORIALE	pag. 40
18. DECADENZA DAL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI	pag. 40
19. DIRITTO ALL'INDENNIZZO IN CASO DI DECESSO DELL'ADERENTE	pag. 41
20. GESTIONE MUTUALISTICA	pag. 42
21. TUTELA DEI DATI PERSONALI	pag. 42
22. CONTROLLI	pag. 42
23. CHIARIMENTI E RECLAMI	pag. 43
24. PRESTAZIONI TRA DUE ANNUALITÀ	pag. 43
25. IMPOSTE E ONERI AMMINISTRATIVI	pag. 43
26. RESTITUZIONE DELLE SOMME INDEBITAMENTE PAGATE	pag. 44
27. CONTROVERSIE	pag. 44
28. RICHIAMO ALLO STATUTO SOCIALE	pag. 44

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 propedeutico").

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 ("Aveni Diritto"), come definiti nel Glossario. In tal caso, l'Aderente dovrà aderire 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 oppure in fase di rinnovo annuale dell'iscrizione al piano sanitario. Qualora l'Aderente che ha sottoscritto un piano sanitario Family intenda aderire ad un piano sanitario aggiuntivo, tale adesione potrà avvenire esclusivamente per l'intero nucleo familiare e solo se il nucleo familiare è già aderente al piano sanitario propedeutico previsto.

È facoltà dell'Aderente, in fase di rinnovo annuale, convertire l'adesione individuale in adesione Family. Nel caso inverso di sostituzione di un'adesione Family con un'adesione individuale senza soluzione di continuità, un ulteriore passaggio ad un'adesione Family potrà avvenire solo trascorsi almeno due anni solari dall'attivazione dell'ultima adesione individuale.

In tutti i casi di sostituzione del piano sanitario nel corso di una stessa adesione a Cooperazione Salute senza soluzione di continuità, i termini di carenza e di esclusione delle patologie pregresse decorrono dalla data di prima iscrizione ad un piano sanitario Eticare, limitatamente alle garanzie e ai massimali già previsti dal piano sanitario sostituito. La richiesta di sostituzione del piano sanitario può essere sottoposta dall'Aderente mediante l'Area Riservata Iscritti dal 1° settembre e non oltre il 31 ottobre dell'anno di scadenza della copertura in corso.

L'inclusione in corso d'anno è consentita esclusivamente per i neonati, qualora sia già attiva un'adesione ad un piano sanitario dedicato al nucleo familiare. La variazione deve essere comunicata entro 30 giorni dalla nascita: in tal caso, la copertura decorre dalla data della nascita. Qualora la comunicazione avvenga oltre 30 giorni, la copertura decorrerà dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello della comunicazione. Negli altri casi di variazione del nucleo familiare (ad esempio matrimonio), la copertura per i nuovi Avente Diritto decorrerà dal 1° gennaio dell'annualità successiva all'anno in cui avviene la variazione. La comunicazione dovrà pervenire a Cooperazione Salute entro e non oltre il termine previsto per la disdetta, ovvero entro 60 giorni dalla scadenza dell'anno solare in cui ha termine l'adesione in corso.

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), 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. PASSAGGIO DA CLIENTE A SOCIO DI BANCA ETICA O DA SOCIO A CLIENTE

Qualora un Aderente, Cliente di Banca Etica, acquisisca la qualifica di Socio della medesima, ha diritto ad accedere alla fascia contributiva a lui riservata, riferita al piano sanitario a cui risulta iscritto. Nel caso inverso di passaggio dalla qualifica di Socio a quella di Cliente, all'Aderente sarà applicata la fascia contributiva di Cliente. La variazione contributiva decorre dal 1° gennaio dell'anno solare successivo all'acquisizione della qualifica di Socio, previa comunicazione alla Mutua da parte dell'Aderente e successiva conferma da parte di Banca Etica alla stessa.

6. 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.

7. 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.

8. 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, fermo il diritto della Società al recupero delle somme dovute, comprensive di eventuali interessi e spese sostenute, previa formale comunicazione di sollecito e messa in mora ai sensi degli artt. 1218 e 1284 c.c. 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.

9. 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.

10. 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).

11. 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.

12. 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.

13. PASSAGGIO AUTOMATICO ALLA FASCIA D'ETÀ SUCCESSIVA

I piani sanitari Eticare sono strutturati per fasce d'età. Al raggiungimento del limite anagrafico previsto per la propria fascia, l'Aderente è trasferito automaticamente al piano Eticare corrispondente alla nuova fascia d'età, con applicazione delle relative condizioni contributive e prestazionali. Nel caso di passaggio alla fascia di età successiva senza soluzione di continuità, i termini di carenza e di esclusione delle patologie pregresse decorrono dalla data di prima iscrizione ad un piano sanitario Eticare.

La Mutua comunica all'Aderente l'avvenuto passaggio entro 60 giorni dal termine dell'anno solare in corso. Il mantenimento dell'iscrizione è subordinato al versamento della quota aggiornata. Restano ferme le ulteriori disposizioni contenute nei regolamenti dei piani sanitari Eticare e nelle delibere degli organi sociali.

14. CARENZE

I termini di carenza sono fissati come segue, pertanto la copertura del Piano sanitario è operativa:

- dal 30° giorno, per tutte le prestazioni conseguenti ad infortunio;
- dal 120° giorno, per tutte le prestazioni conseguenti a malattia;
- dal 30° giorno, per le cure dentarie conseguenti ad infortunio;
- dal 120° giorno, per le cure dentarie conseguenti a malattia;
- dal 90° giorno, per la garanzia Percorsi di prevenzione;
- dal 90° giorno, per le garanzie legate a gravidanza e ad aborto spontaneo o post traumatico, sempreché la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo alla data di effetto del Piano sanitario;
- dal 168° giorno, per le garanzie legate a parto, puerperio e per la garanzia Tutela Speciale Neonati, sempreché la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo alla data di effetto del Piano sanitario;
- dal 120° giorno, per le protesi (non acustiche) e i presidi sanitari;
- dal 730° giorno, per le protesi acustiche;
- dal 730° giorno, per le prestazioni legate a chirurgia oculistica.

Per la definizione di Malattia e Infortunio si invita a consultare il Glossario. 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. Le norme di cui al presente articolo valgono anche nel caso di variazioni intervenute nel corso del presente Piano sanitario alle diverse prestazioni e ai nuovi Aderenti.

15. 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, dietetologici 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.

16. 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).

17. 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.

18. 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.

19. DIRITTO ALL'INDENNIZZO IN CASO DI DECESSO DELL'ADERENTE

Se in corso di validità del Piano sanitario l'Aderente decede, i suoi eredi legittimi devono avvisare tempestivamente la Mutua fornendo i propri estremi e il certificato di morte dell'Aderente. La Società procederà, in caso di versamento annuale anticipato, alla restituzione agli eredi del contributo di adesione pagato e non goduto dall'Aderente deceduto. Qualora gli eredi intendano chiedere l'Indennizzo dei sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura è necessario sottopongano alla Mutua i seguenti documenti aggiuntivi:

- copia autenticata dell'eventuale testamento con:
 - estremi del testamento;
 - dichiarazione che il testamento sia l'ultimo valido e non sia stato impugnato;
 - indicazione degli eredi testamentari, le loro età e relative capacità di agire.

Se non è presente un testamento:

- dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (in originale o in copia autenticata) resa dal soggetto interessato o pubblico ufficiale dalla quale risulti che:
 - l'Aderente è deceduto senza lasciare testamento;
 - le generalità, l'età e la capacità di agire degli eredi legittimi;
 - non ci sono altri soggetti cui la legge attribuisce diritto o quote di eredità.
- eventuale copia autentica di Decreto del Giudice Tutelare con il quale si autorizza la Mutua a liquidare l'Indennizzo e ai beneficiari di riscuotere quote loro destinate, nel caso di beneficiari minorenni o incapaci di agire;
- fotocopia di un documento di identità valido e di tessera sanitaria/codice fiscale di ciascun erede;
- dichiarazione sottoscritta da tutti gli eredi, con il codice IBAN di un unico conto corrente su cui effettuare i bonifici per indennizzare i sinistri presentati o ancora da presentare sino alla scadenza della copertura del piano sanitario

Tali previsioni non operano relativamente all'Indennità sostitutiva che non è trasmissibile agli eredi in caso di decesso dell'Aderente avvenuto prima delle dimissioni.

20. 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.

21. 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.

22. 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.

23. 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.

24. 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.

25. 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.

26. 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.

27. 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.

28. RICHIAMO ALLO STATUTO SOCIALE

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

A close-up photograph of a hand with light pink manicured nails holding a silver paperclip. The paperclip is attached to a white piece of paper. The background is a soft, out-of-focus grey. A green diagonal overlay is present in the bottom left corner.

ALLEGATI

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

NEUROCHIRURGIA:

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

OCULISTICA:

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

OTORINOLARINGOIATRIA:

- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
- Interventi demolitivi del laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Asportazione di tumori glomici timpanogiugulari

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
- Interventi con esofagoplastica
- Intervento per mega-esofago
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Colectomie totali, emicolectomie e resezioni retto-coliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- 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

UROLOGIA:

- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza uretero-sigmoidostomia
- Cistoprostatovesicolectomia
- Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
- Interventi di orchiectomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare

GINECOLOGIA:

- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
- Vulvectomy radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
- Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA:

- Interventi per costola cervicale
- Interventi di stabilizzazione vertebrale
- Interventi di resezione di corpi vertebrali
- Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
- Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio

CHIRURGIA PEDIATRICA:

- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)
- Correzione chirurgica di atresie e/o fistole congenite
- Correzione chirurgica di megauretere congenito
- Correzione chirurgica di megacolon congenito

TRAPIANTI DI ORGANO:

- Tutti



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

T. +39 0461.1975484
www.cooperazionesalute.it.
assistenza.be@cooperazionesalute.it