



**PIANO SANITARIO COLLETTIVO  
per i Soci Lavoratori e Dipendenti  
delle COOPERATIVE  
aderenti a CONFCOOPERATIVE  
EMILIA ROMAGNA**

denominata **“Copertura Solcoop Fucsia”**  
**2017**

PROSPETTO INFORMATIVO ANALITICO DEL PIANO SANITARIO **SOLCOOP Fucsia**  
**SOCI LAVORATORI E DIPENDENTI COOP CONFCOOPERATIVE EMILIA ROMAGNA**

## **Le prestazioni del Piano Sanitario**

Il Piano Sanitario per i Soci lavoratori e i Dipendenti delle Cooperative prevede le seguenti prestazioni:

### AREA SPECIALISTICA

1. Pre e Post ricovero per Grande Intervento Chirurgico elencati al successivo paragrafo 1.1
2. Prestazioni di Alta Specializzazione
3. Visite Mediche specialistiche
4. Ticket per accertamenti diagnostici e Pronto Soccorso
5. Maternità e Gravidanza

### PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE:

6. Assistenza infermieristica e sociosanitaria
7. Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio
8. Sussidio in caso di invalidità permanente o decesso

### ASSISTENZA ODONTOIATRICA

9. Prevenzione e Cure Odontoiatriche

10. PRESTAZIONI DI ASSISTENZA MEDICA tramite rete Coop Sociali e Sanitarie

## 1 AREA SPECIALISTICA Pre e Post Ricovero per Grande Intervento Chirurgico

### Pre-ricovero

Rimborso in base al tariffario CAMPA base delle spese per esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei **120** giorni precedenti l'inizio del ricovero per grande intervento chirurgico (elencati di seguito), purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero stesso.

### Post Ricovero

Rimborso in base al tariffario CAMPA base delle spese per esami e accertamenti diagnostici, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei **120** giorni successivi alla cessazione del ricovero per grande intervento chirurgico, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Le spese per le prestazioni erogate all'iscritto vengono liquidate direttamente ed integralmente alle strutture stesse, fermo restando le limitazioni previste alle singole garanzie.

### 1.1 Elenco interventi chirurgici

#### NEUROCHIRURGIA

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

#### CHIRURGIA GENERALE

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

#### OCULISTICA

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

#### OTORINOLARINGOIATRIA

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

#### CHIRURGIA DEL COLLO

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

#### CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

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

## **CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE**

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

## **CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE**

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

## **UROLOGIA**

- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Cistoprostatovescicolectomia
- Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
- Interventi di orchietomia 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 anca

## **CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE**

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

## **TRAPIANTI DI ORGANO**

- Tutti

## AREA SPECIALISTICA

---

### 2. Prestazioni di Alta Specializzazione Diagnostica

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

Tali prestazioni possono essere effettuate nelle strutture convenzionate con CAMPA.

#### **RADIOLOGIA CONVENZIONALE (SENZA CONTRASTO)**

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

#### **RADIOLOGIA CONVENZIONALE (CON CONTRASTO)**

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

- Splenoportografia
- Uretrocistografia
- Ureteroscopia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Wirsungrafia

#### **ALTA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI (ECOGRAFIA)**

- Ecografia

#### **ECOCOLORDOPPLERGRAFIA**

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

#### **TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC)**

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

#### **RISONANZA MAGNETICA (RM)**

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

#### **PET**

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

#### **DIAGNOSTICA STRUMENTALE**

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

#### **ALTRE PRESTAZIONI SANITARIE DIAGNOSTICHE (BIOPSIE)**

- Mapping vescicale

#### **ENDOSCOPIE DIAGNOSTICHE**

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

*Abbiamo scelto un vasto elenco di esami, accertamenti e terapie tra quelli che si effettuano con maggiore frequenza, presentano **maggiori tempi di attesa nel sistema sanitario pubblico** e costi più elevati in quello privato, garantendo, in questo modo, **velocità di diagnosi e di cura**, a costi assai ridotti per l'iscritto (€ 40,00 nelle strutture convenzionate).*

- **Nel caso di utilizzo di strutture convenzionate con CAMPA ed effettuate da medici convenzionati**

Le spese per le prestazioni vengono liquidate direttamente alle strutture, lasciando una quota a carico dell'iscritto di **€ 40,00** per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia, che dovrà essere versata dall'iscritto alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione. L'iscritto dovrà inoltre presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante (MMG) contenente la patologia presunta o accertata.

- **Nel caso di utilizzo di strutture non convenzionate**

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del **70%** con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 60,00** per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia. Per ottenere il rimborso è necessario che l'iscritto alleggi alla fattura la richiesta del medico curante (MMG) contenente la patologia presunta o accertata.

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

Sono rimborsati integralmente i ticket sanitari con applicazione di franchigia di **10,00 €**. Per il rimborso, è necessario che l'iscritto alleggi alla copia del ticket, la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

**La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 6.000,00 per iscritto.**

*Esempio:*

– Se per una TAC in una struttura non convenzionata, l'iscritto chiede il rimborso di una fattura di € 150,00, viene applicato il minimo non indennizzabile di € 60,00. In questo caso rimangono a suo carico € 60,00 e saranno rimborsati € 90,00.

– Se per una RMN in una struttura non convenzionata, l'iscritto chiede il rimborso di una fattura di € 250,00: il 30% di € 250,00 è € 75,00. In questo caso rimangono a suo carico € 75,00 e saranno rimborsati € 175,00.

– Per una TAC in SSN, il ticket viene rimborsato integralmente con applicazione di una franchigia di 10,00 € per ogni ticket.

### **3. Visite Mediche Specialistiche**

Si prevede l'assistenza diretta con pagamento alle strutture sanitarie convenzionate delle spese per visite mediche specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite odontoiatriche ed ortodontiche, delle visite omeopatiche, delle visite psichiatriche e psicologiche, delle visite dietologiche, delle visite chiropratiche nonché tutte quelle non previste dalla medicina ufficiale.

I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata nella richiesta del medico curante (MMG), pena il diniego di rimborso.

- **Nel caso di utilizzo di strutture convenzionate con CAMPA ed effettuate da medici convenzionati**

Le spese per le prestazioni vengono liquidate direttamente alle strutture, lasciando una quota a carico dell'iscritto di **€ 30,00** per ogni visita specialistica, che dovrà essere versata dall'iscritto alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione.

*Esempio:*

– Per una visita medica specialistica presso le strutture convenzionate, l'iscritto paga sempre solo € 25,00 non rimborsabili.

- **Nel caso di utilizzo di strutture non convenzionate**

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

Per il rimborso, è necessario che l'Isritto alleggi alla fattura la richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

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

Rimborso integrale dei ticket sanitari con applicazione di franchigia di **10,00 €** su ogni ticket.

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

*Esempio:*

– Se per una visita specialistica in una struttura non convenzionata, l'Isritto chiede il rimborso di una fattura di € 100,00, viene applicato il minimo non indennizzabile di € 60,00. In questo caso rimangono a suo carico € 60,00 e saranno rimborsati € 40,00.

– Se per una visita specialistica in una struttura non convenzionata, l'Isritto chiede il rimborso di una fattura di € 260,00: il 30% di € 260,00 è € 78,00. In questo caso rimangono a suo carico € 78,00 e saranno rimborsati € 182,00.

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

Rimborso dei ticket sanitari per accertamenti diagnostici, conseguenti a malattia o a infortunio effettuati nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale e dei ticket di Pronto Soccorso, con applicazione di franchigia di **10,00 €** su ogni ticket.

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

#### **5. Maternità/Gravidanza**

CAMPA provvede al pagamento delle spese per le visite specialistiche, le ecografie e le analisi clinico chimiche effettuate in gravidanza. Sono altresì ricomprese l'amnioscopia, l'amniocentesi, la villocentesi, la translucenza nucale ed ogni altro tipo di accertamento diagnostico finalizzato al monitoraggio della gravidanza e dello sviluppo del feto. Queste vengono previste solamente se l'Isritta ha un'età superiore ai 35 anni oppure se esiste già una malformazione famigliare, per famiglia si intendono parenti di 1° grado.

- **Nel caso di utilizzo di strutture convenzionate con CAMPA ed effettuate da medici convenzionati** le spese per le prestazioni vengono liquidate direttamente dalla CAMPA.

- **Nel caso di utilizzo di strutture non convenzionate** le spese sostenute vengono rimborsate integralmente.

- **Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale** rimborso integrale dei ticket sanitari.

In occasione del parto, e previa presentazione della relativa cartella clinica, sarà corrisposta un'indennità di **€ 80,00** per ogni giorno di ricovero, per un massimo di **7** giorni per ogni ricovero. Tale indennità verrà corrisposta anche in caso di aborto terapeutico.

**La disponibilità per la presente garanzia è di € 700,00 per evento gravidanza.**

## **PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE**

---

#### **6. Assistenza infermieristica e sociosanitaria**

Assistenza infermieristica e/o sociosanitaria alla persona nel limite di **€ 50,00** al giorno per un massimo di 10 giorni in caso di convalescenza post ricovero per il recupero temporanea di inabilità certificata dal MMG in persone prive di assistenza familiare e parentale.

## 7. Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio

Assistenza diretta per i trattamenti fisioterapici a seguito di infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi resi necessari da infortunio che causano **un'invalidità temporanea al lavoro > 10 gg.** Per l'attivazione della garanzia è necessaria la presenza di un certificato di Pronto Soccorso o del medico specialista che attesta la temporanea inabilità.

- Nel caso di utilizzo di strutture convenzionate con CAMPA ed effettuate da medici convenzionati le spese per le prestazioni vengono liquidate direttamente alle strutture.
- Nel caso di utilizzo di strutture non convenzionate le spese sostenute vengono rimborsate in base al tariffario nella misura del 70% con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di € **100,00** per ogni fattura.
- Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale rimborso integrale dei ticket sanitari.

Le prestazioni fisioterapiche e riabilitative a seguito di infortunio possono essere riconosciute entro un massimo di 12 mesi dal verificarsi dell'infortunio accertato dal Pronto Soccorso. Non possono essere riconosciute per patologie croniche o cronicizzate.

Non rientrano in garanzia: noleggio apparecchiature, prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

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

## 8. SUSSIDIO IN CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE O DECESSO

### 8.1 Sostegno alla perdita dell'autosufficienza - invalidità permanente

In caso di sopravvenuto stato di non autosufficienza, i dipendenti assistiti, potranno usufruire di un sussidio straordinario denominato "sostegno alla perdita dell'autosufficienza".

Il sussidio è erogabile in caso di invalidità permanente superiore o pari al 66% e in caso di impossibilità fisica, totale, permanente e clinicamente accertata, di poter compiere in maniera autosufficiente almeno tre dei sei seguenti atti elementari del vivere quotidiano: nutrirsi, lavarsi, vestirsi e svestirsi, essere continenti, usare correttamente i servizi igienici, spostarsi.

Lo stato di non autosufficienza può essere causato da infortunio, malattia o senescenza.

Per ottenere il sussidio i familiari del socio devono farne richiesta alla CAMPA inviando un certificato del medico curante che attesti la perdita della capacità di svolgere autonomamente almeno tre dei citati atti elementari del vivere quotidiano, o altra documentazione rilasciata dall'ASL o da INAIL o INPS attestante l'invalidità permanente, specificando l'origine accidentale o patologica dell'affezione che ha causato la perdita dell'autosufficienza.

La CAMPA si riserva la possibilità di effettuare una visita fiscale con un proprio medico di fiducia.

Al momento della richiesta di sussidio, lo stato di non autosufficienza, deve essersi verificato successivamente alla decorrenza della copertura. Il sussidio è erogabile una tantum ed esclusivamente al suo primo insorgere nella misura di **3.000 euro**.

### 8.2 Decesso

È previsto un sussidio in caso di decesso del dipendente iscritto, erogabile una tantum ai familiari conviventi nella misura di **3.000 euro** una tantum. Il decesso può essere stata causato sia da malattia sia da infortunio. Il sussidio non può essere riconosciuto qualora il decesso sia stato causato da azioni delittuose del dipendente. Per ricevere il sussidio i familiari dovranno produrre certificato di stato di famiglia e atto di morte.



## 9 ASSISTENZA ODONTOIATRICA

---

### 9.1 Prevenzione e Cure Odontoiatriche

- Visita specialistica odontoiatrica
- Igiene orale professionale
- Avulsioni (Estrazioni dentarie)
- Protesica - Corone fisse definitive
- Impianti Osteointegrati

#### In forma diretta

Viene garantita una **visita specialistica e una seduta di igiene orale** professionale l'anno in strutture sanitarie convenzionate con CAMPA e da essa indicate previa prenotazione.

Le prestazioni a carattere preventivo sotto indicate, devono essere effettuate in un'unica soluzione:

- Ablazione del tartaro mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale.
- Visita specialistica odontoiatrica.

#### In forma indiretta

- **Nel caso di utilizzo di strutture non convenzionate**

**Viene garantito il rimborso di una seduta di igiene orale all'anno nella misura di 30,00 €.**

**Avulsioni** fino a max 4 l'anno in forma diretta o rimborso in base al tariffario.

È prevista la copertura delle prestazioni di avulsione (estrazione) fino ad un massimo di 4 denti l'anno.

**In forma diretta** presso studi odontoiatrici convenzionati CAMPA assunzione della spesa da parte della CAMPA. Qualora il numero complessivo delle prestazioni dovesse superare il numero sopra indicato, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'iscritto alla struttura convenzionata.

#### In forma indiretta

Viene garantito il rimborso fino a 36,00 € per estrazione semplice di dente o radice, fino a 50,00 € in caso di estrazione complessa e fino a 120,00 € per estrazione di dente o radice in inclusione ossea ad elemento.

#### Protesica - Corone fisse definitive

##### In forma indiretta

**Corona definitiva a giacca in oro/lega/resina** viene garantito il rimborso nella misura di **€ 150,00**

**Corona definitiva a giacca oro/porcellana/ceramica** viene garantito il rimborso nella misura di **€ 300,00**

**Impianti Osteointegrati** viene garantito il rimborso nella misura di **€ 500,00** cadauno, con piena libertà di scelta della struttura a cui rivolgersi. Avvalendosi di strutture convenzionate l'assistito ha la possibilità di avvalersi di tariffe preferenziali.

Per l'ottenimento del rimborso in base al tariffario dovranno essere prodotte, le radiografie e i referti radiografici precedenti l'effettuazione della prestazione.

**La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 1.500,00 per iscritto.**

Saranno prese in considerazione solo fatture regolari di medici Odontoiatri regolarmente iscritti negli Albi dei Medici Chirurghi e Odontoiatri.

Per ottenere il rimborso è necessario produrre la fattura in originale o in copia conforme del dentista, il diario clinico o altro documento equivalente da cui si rilevi il dettaglio analitico delle prestazioni eseguite e dei denti su cui è intervenuto, e le ortopantomografie. Per gli impianti e le corone è necessario produrre la certificazione della fornitura - passaporto implantare e certificazione di conformità.

La sopracitata documentazione dovrà essere prodotta entro 30 gg. dalla data di fine lavori. Le richieste di rimborso inoltrate oltre tale termine o incomplete non verranno ammesse a rimborso.

Il rimborso non può essere riconosciuto per lo stesso dente per non più di una volta ogni 5 anni. Nell'ipotesi di rigetto non è ammesso nuovamente il rimborso per un nuovo impianto sullo stesso dente.

In caso di ricorso a studi dentistici non convenzionati la CAMPA si riserva di chiedere ai propri assistiti di farsi visitare dai propri medici di fiducia per verificare la corretta ed effettiva esecuzione delle prestazioni eseguite ed esposte nelle fatture, presentate per richiedere il sussidio. Non potranno essere prese in esame fatture per prestazioni odontoiatriche iniziate ed eseguite prima della decorrenza della copertura.

## 9.2 Cure Odontoiatriche da infortunio

In caso di infortunio o evento traumatico accertato dal Pronto Soccorso, viene riconosciuto un rimborso fino a **1.500,00 €** all'anno a persona, fino al 50% della fattura del dentista, fatta salva la rivalsa per responsabilità di terzi.

## 10. PRESTAZIONI DI ASSISTENZA MEDICA

Possibilità di usufruire di prestazioni sanitarie tramite Convenzione con rete delle Cooperative di Medici e Cooperative a specializzazioni sanitarie o farmaceutiche di Federazione Sanità che garantiscono tariffe preferenziali e servizi di urgenza.

(Es: Guardia medica notturna e festivi; Codici Bianchi. Cure Primarie).

### **CONTRIBUTI da versare anno 2017**

**72,00 €** per ciascun dipendente

**72,00 €** per il coniuge o convivente more uxorio o figlio convivente > di 26 anni

**48,00 €** per ciascun figlio convivente fino a 26 anni

## COPERTURA SOLCOOP FUCSIA per i Dipendenti Cooperative Confcooperative

### VADEMECUM PER USUFRUIRE DELL'ASSISTENZA

#### **PRESTAZIONI IN FORMA INDIRECTA (A RIMBORSO) presso il Servizio Sanitario Nazionale**

##### **PER TICKET per PRESTAZIONI SPECIALISTICHE DIAGNOSTICHE E VISITE SPECIALISTICHE SSN**

Inviare i ticket alla CAMPA tassativamente entro 60 giorni dall'evento sanitario utilizzando l'apposito modulo per la richiesta dei rimborsi.

La CAMPA provvederà a riconoscere il rimborso previsto dalla copertura SOLCOOP Fucsia: fino a concorrenza del massimale annuo di **1.000,00 €**.

**Il rimborso viene riconosciuto con applicazione di franchigia di 10,00 € su ogni ticket.**

##### **PRESTAZIONI IN FORMA INDIRECTA (A RIMBORSO)**

##### **presso strutture private non convenzionate con la CAMPA**

- Per le **prestazioni diagnostiche di alta specializzazione** e le **visite specialistiche** effettuati in strutture private non convenzionate con la CAMPA occorre inviare la documentazione di spesa e la prescrizione medica del medico di base (Medico di Medicina Generale) completa di sospetto diagnostico (e per alta specializzazione copia referto da cui si evince la tipologia di prestazioni effettuate) entro 60 gg. dalla data della fattura.

**La CAMPA provvederà a riconoscere il rimborso previsto dalla copertura SOLCOOP Fucsia: 70% con minimo non indennizzabile di 60,00 € per ogni accertamento o visita specialistica e fino a concorrenza del massimale rispettivamente di 6.000,00 € (Alta Specializzazione) e 1.000,00 € (Visite Specialistiche).**

##### **PER PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE**

Inviare alla CAMPA la fattura del dentista entro 30 gg. dalla data di fine lavori. La CAMPA rimborsa in base alle condizioni della copertura:

Ablazione del tartaro, Avulsioni dentarie, Corone fisse definitive, Impianti Osteointegrati.

Per ottenere il sussidio è necessario produrre la fattura in originale o in copia conforme del dentista, con la cartella clinica o altro documento equivalente, da cui si rilevi il dettaglio analitico delle prestazioni eseguite e dei denti su cui è intervenuto, e le ortopantomografie. Per gli impianti e le corone è necessario produrre la certificazione della fornitura - passaporto implantare e certificazione di conformità.

La sopracitata documentazione dovrà essere prodotta entro 30 gg. dalla data di fine lavori. Le richieste di rimborso inoltrate oltre tale termine o incomplete non verranno ammesse a rimborso.

##### **RIMBORSI**

- La CAMPA provvederà ad effettuare i rimborsi delle spese sostenute in conformità alle modalità della presente Copertura.

**NB: per le prestazioni sanitarie di dicembre il termine si riduce e le note di spesa devono essere inviate entro il 31 gennaio dell'anno successivo per consentire di effettuare le comunicazioni all'Anagrafe Tributaria necessarie alla redazione dei modelli 730 pre-compilati.**

#### **È possibile inviare le note di spesa utilizzando l'apposito modulo:**

1. Via fax al numero: 051.6494190
2. Via e-mail all'indirizzo: [solcoop@campa.it](mailto:solcoop@campa.it) o [sportellofondosanitario@campa.it](mailto:sportellofondosanitario@campa.it)
3. Per posta a: CAMPA - Via Luigi Calori 2/g - 40122 Bologna

## PRESTAZIONI IN FORMA DIRETTA

Per effettuare le prestazioni in regime di CONVENZIONE DIRETTA presso le strutture sanitarie convenzionate contattare la CAMPA per individuare la struttura sanitaria dove eseguire la prestazione e richiedere la relativa autorizzazione.

### PER ESAMI DIAGNOSTICI di Alta Specializzazione e VISITE MEDICHE SPECIALISTICHE

- Inviare alla CAMPA, **con un preavviso di almeno 5 gg. lavorativi**, la prescrizione del medico di base (Medico di Medicina Generale) completa di diagnosi o sospetto diagnostico.
- La CAMPA rilascia il foglio di autorizzazione, con l'indicazione della struttura medica scelta e/o dello specialista e della franchigia da pagare alla struttura all'atto della prestazione.
- Telefonare al centro medico scelto per fissare la data per eseguire la prestazione.
- Presentarsi il giorno dell'appuntamento al centro medico con l'autorizzazione e la prescrizione del medico.
- CAMPA assumerà direttamente il costo dell'esame o della visita e il dipendente paga solo la franchigia: **40,00 €** per Esami di Alta Specializzazione; **30,00 €** per Visite mediche specialistiche.

### PER PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

Non è necessaria la preventiva prescrizione di un medico.

La CAMPA rilascia il foglio di autorizzazione, con l'indicazione dello studio Odontoiatrico, dove è possibile effettuare:

- Visita specialistica odontoiatrica + Ablazione del tartaro una volta l'anno
- Avulsioni dentarie

Per inviare le prescrizioni mediche per l'autorizzazione per la forma diretta potete scegliere se farlo:

1. Via fax al numero: 051.6494190
2. Via e-mail all'indirizzo: [solcoop@campa.it](mailto:solcoop@campa.it)
3. Per posta a: CAMPA - Via Luigi Calori 2/g - 40122 Bologna

### DOCUMENTAZIONE

La CAMPA richiede generalmente solo la fotocopia delle note di spesa e delle cartelle cliniche. Si riserva di richiedere l'esibizione dell'originale in caso di necessità amministrative. Conservate gli originali delle fatture per eventuali detrazioni delle sole quote rimaste a carico in sede di dichiarazione dei redditi.

### Legenda

**FORMA INDIRETTA:** l'assistito anticipa la spesa e poi chiede il rimborso a CAMPA che lo effettuerà secondo le modalità della copertura.

**FORMA DIRETTA:** CAMPA paga direttamente al centro medico il costo delle prestazioni sanitarie e l'assistito paga solo la franchigia (o quota a suo carico). I centri dove è possibile eseguire esami diagnostici ed interventi chirurgici in forma diretta sono riportati nel relativo elenco.