



Piano sanitario collettivo per i Soci Lavoratori e Dipendenti delle COOPERATIVE aderenti a CONFCOOPERATIVE EMILIA ROMAGNA

denominata "Solcoop Violet"

2019

PROSPETTO INFORMATIVO ANALITICO DEL PIANO SANITARIO **SOLCOOP Violet**
SOCII LAVORATORI E DIPENDENTI **COOP** CONFCOOPERATIVE EMILIA ROMAGNA

Le prestazioni garantite del Piano Sanitario

- **Indennità giornaliera per ricovero per grande intervento chirurgico**
elencati al successivo paragrafo 1.4
- **Prestazioni di Alta specializzazione diagnostica**
- **Visite Mediche Specialistiche**
- **Ticket delle Prestazioni diagnostiche e specialistiche**
- **Gravidanza e maternità**
- **Prevenzione Diagnostica**
- **Prestazioni Socio-Sanitarie: riabilitazione post infortunio, Sussidi invalidità decesso**
- **Assistenza odontoiatrica**
- **Cure odontoiatriche da infortunio**
- **Tariffe preferenziali scontate**
- **Prestazioni di Assistenza Medica** tramite rete Coop Sociali e Sanitarie

Le ulteriori modalità di erogazione delle prestazioni, con massimali di rimborso e definizione analitica delle prestazioni sono specificate più dettagliatamente più avanti nel prospetto analitico.

AREA RICOVERO

Ricovero in Istituto di cura per grande intervento chirurgico a seguito di malattia e infortunio

1.1 Indennità giornaliera

In caso di ricovero per Grande Intervento Chirurgico (in strutture pubbliche o private) il Fondo CAMPA riconosce all'Assistito un'indennità di € 50,00 al giorno per un massimo di 100 giorni.

1.2 Ospedalizzazione domiciliare

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** (Massimale annuo € 3.000).

1.3 Neonati - figli di Iscritti

Il Fondo CAMPA provvede al pagamento delle spese per interventi chirurgici effettuati nel primo anno di vita del neonato per la correzione di malformazioni congenite, comprese le visite e gli accertamenti diagnostici pre e post-intervento, nonché la retta di vitto e di pernottamento dell'accompagnatore nell'istituto di cura o in struttura alberghiera per il periodo del ricovero.

La disponibilità annua per la presente garanzia è di **€ 5.000,00** per neonato.

1.4 Elenco interventi chirurgici

CARDIOCHIRURGIA

- Interventi di cardiocirurgia a cuore aperto
- Interventi di by-pass aortocoronarico

COLLO

- Gozzo retrosternale con mediastinotomia
- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne
- Tiroidectomia allargata per neoplasie maligne
- Timectomia per via cervicale
- Resezione dell'esofago cervicale

ESOFAGO

- Operazioni sull'esofago per stenosi benigne o megaesofago
- Operazioni sull'esofago per neoplasie maligne: resezioni parziali, basse, alte, totali
- Esofago-plastica
- Resezione di diverticoli dell'esofago toracico con o senza miotomia
- Interventi per lesioni traumatiche o spontanee dell'esofago

PANCREAS

- Interventi di necrosi acuta del pancreas
- Interventi per cisti e pseudo cisti:
 - a) enucleazioni delle cisti
 - b) marsupializzazione
- Interventi per fistole pancreatiche
- Interventi demolitivi sul pancreas:
 - a) totale o della testa
 - b) della coda
- Interventi per tumori endocrini funzionali del pancreas

STOMACO - DUODENO

- Resezione gastrica da neoplasie maligne e benigne
- Gastrectomia totale da neoplasie maligne
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-anastomotica
- Intervento per fistola gastro-digiuno-colica
- Gastrectomia allargata da neoplasie maligne

FEGATO E VIE BILIARI

- Resezione epatica
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari
- Derivazioni bilio digestive
- Interventi sulla papilla di Water
- Interventi di anastomosi veno-venose per il trattamento della ipertensione portale

COLON-RETTO

- Interventi per neoplasie maligne effettuati per via addominoperineale
- Proctocolectomia totale
- Ricostruzione sfinterale con gracile plastica

INTESTINO

- Colectomia totale
- Colectomia parziale da neoplasie maligne e benigne e diverticolosi

PERITONEO

- Exeresi di neoplasie maligne dello spazio retroperitoneale

TORACE

- Resezioni segmentarie e lobectomia
- Pneumonectomia
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi
- Interventi per fistole bronchiali-cutanee
- Pleuropneumonectomia
- Toracectomia ampia
- Resezione bronchiale con reimpianto
- Timectomia per via toracica
- Toracoplastica totale
- Interventi per neoplasie maligne del mediastino
- Interventi per neoplasie maligne della trachea
- Pleurectomie
- Exeresi per tumori primitivi delle coste e dello sterno

CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE

- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario
- Interventi demolitivi per neoplasie maligne della lingua e del pavimento orale con svuotamento della loggia sottomascellare
- Condilectomia monolaterale e bilaterale con condilo plastica per anchilosi dell'articolazione temporo-mandibolare

CHIRURGIA DEL SISTEMA NERVOSO

- Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali
- Interventi per deviazioni liquorale diretta e indiretta
- Operazioni endocraniche per ascesso ed ematoma intracranici
- Rizotomia chirurgica e microdecompressione endocranica dei nervi cranici
- Anastomosi endocranica dei nervi cranici
- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
- Asportazione di neoplasie endocraniche e trattamenti chirurgici degli aneurismi intracranici
- Interventi per epilessia focale
- Emisferectomia
- Neurotomia retrogasseriana - sezione intracranica di altri nervi
- Talamotomia - pallidotomia ed altri interventi simili
- Asportazione di neoplasie del rachide intra ed extra midollari
- Interventi per patologie intramidollari e per traumi vertebro-midollari con stabilizzazione chirurgica
- Interventi di stabilizzazione vertebrale con viti e barre con innesto osseo autologo o artrodesi vertebrale
- Ernia del disco cervicale dorsale e lombare con qualsiasi tecnica
- Interventi sul plesso brachiale
- Asportazione di tumori dell'orbita

CHIRURGIA VASCOLARE

- Interventi sull'aorta e sui grossi vasi arteriosi splanchnici
- Interventi per aneurismi, by-pass e stenting dei seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrale, succlavia, troncobranchiocefalico, iliache, femorale e poplitea, polmonare
- Endoarterectomia della arteria carotide, della arteria vertebrale e decompressione della vertebrale nel forame trasversario
- Trattamento delle lesioni traumatiche delle arterie degli arti e del collo eseguito d'urgenza
- Trombectomia venosa iliaco-femorale (monolaterale)

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Disarticolazione interscapolo toracica
- Emipelvectomia
- Resezione di corpi vertebrali (somatectomia) e sostituzione con cemento o trapianti
- Resezioni del sacro
- Osteosintesi rachidee con placche e viti transpeduncolari
- Interventi sulle grandi articolazioni e sulle ossa lunghe per neoplasie maligne
- Artroprotesi di anca, spalla, gomito, ginocchio per patologia acquisita

OTORINO

- Laringectomia totale
- Faringolaringectomia
- Interventi per neurinoma dell'VIII paio

UROLOGIA

- Nefrectomia sia totale sia parziale per neoplasia
- Nefro-ureterectomia totale
- Surrenelectomia
- Riparazione di fistola vescico intestinale con asportazione di segmento di intestino

*TUTTI I TRAPIANTI D'ORGANO (ANCHE di MIDOLLO OSSEO) * Escluse le preesistenze*

AREA SPECIALISTICA

2. Prestazioni di Alta Specializzazione

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

- **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 **€ 20,00** per ogni accertamento diagnostico, che dovrà essere versata dall'iscritto.

- **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 **€ 70,00** per ogni accertamento diagnostico. Per ottenere il rimborso è necessario che l'iscritto allegghi 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 i ticket sanitari con franchigia di **€ 10,00**.

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

RADIOLOGIA CONVENZIONALE (SENZA CONTRASTO)

- Rx mammografia e/o bilaterale
- 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
- Colpografia
- Coronarografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Discografia
- Esami radiologici apparato circolatorio
- Esame urodinamico
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia

- Linfografia
- Mielografia
- Ortopantografia
- 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
- Vescicolodeferentografia
- Wirsungrafia

ALTA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI (ECOGRAFIA)

- Ecografia
- Ecocardiografia

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

SCINTIGRAFIA

- Scintigrafia (medicina nucleare in vivo)
- Tomo scintigrafia SPET miocardica
- Miocardioscintigrafia
- Scintigrafia qualunque organo/apparato

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
- Topografia mappa strumentale della cornea

ALTRE PRESTAZIONI SANITARIE DIAGNOSTICHE (BIOPSIE)

- Mapping vescicale

ENDOSCOPIE DIAGNOSTICHE

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

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 € 70,00. In questo caso rimangono a suo carico € 70,00 e saranno rimborsati € 80,00.
- 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 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 € 20,00 per ogni visita specialistica, che dovrà essere versata dall'iscritto alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione.

Esempio:

- Per una visita specialistica presso le strutture convenzionate, l'iscritto paga sempre solo € 20,00 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 € 70,00 per ogni visita specialistica. Per il rimborso, è necessario che l'iscritto 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 Iscritto.

Esempio:

- Se per una visita medica specialistica in una struttura non convenzionata, l'iscritto chiede il rimborso di una fattura di € 100,00, viene applicato il minimo non indennizzabile di € 70,00. In questo caso rimangono a suo carico € 70,00 e saranno rimborsati € 30,00.

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 Iscritto.

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'iscritta ha un'età superiore ai 35 anni oppure se esiste già una malformazione familiare, 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.

6. Programmi di Prevenzione Diagnostica

Il Piano sanitario prevede la possibilità di effettuare le prestazioni di prevenzione diagnostica sottoelencate presso le strutture sanitarie convenzionate con la CAMPA e da essa indicate previa prenotazione. Le prestazioni previste per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, possono essere particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità. Queste prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione. Nello stesso anno di copertura può essere selezionato alternativamente un solo programma di prevenzione.

Prestazioni previste per gli uomini una volta l'anno (Prevenzione Cardiovascolare)

- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Glicemia
- Azotemia (Urea)
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine
- Omocisteina
- Elettrocardiogramma di base
- Trigliceridi

Prestazioni previste per le donne una volta l'anno (Prevenzione Cardiovascolare)

- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Glicemia
- Azotemia (Urea)
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine
- Omocisteina
- Elettrocardiogramma di base
- Trigliceridi

Prestazioni previste per gli uomini di età superiore ai 45 anni una volta ogni due anni (Prevenzione Oncologica)

- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Glicemia
- Azotemia (Urea)
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine
- Omocisteina
- PSA (Specifico antigene prostatico)
- Ecografia prostatica
- Trigliceridi

Prestazioni previste per le donne di età superiore ai 35 anni una volta ogni due anni (Prevenzione Oncologica)

- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Glicemia

- Azotemia (Urea)
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine
- Omocisteina
- Visita ginecologica e PAP-Test
- Trigliceridi

PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE

7. Trattamenti Fisioterapici Riabilitativi a seguito di Infortunio

Trattamenti fisioterapici, esclusivamente a fini riabilitativi, a seguito di infortunio accertato entro le 48 ore dall'evento traumatico dal Pronto Soccorso o istituzione sanitaria organizzata che abbia effettuato il primo soccorso (in alternativa con certificazione del MMG a INPS/INAIL). L'infortunio deve aver determinato un'inabilità assoluta al lavoro superiore a 10 gg.

I trattamenti fisioterapici riabilitativi devono essere effettuati da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione, il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

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.

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

Le spese per le prestazioni vengono liquidate direttamente ed integralmente alle strutture. L'Isritto dovrà presentare alla struttura copia del verbale del Pronto Soccorso.

- **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 **€ 100,00** per ogni fattura. Per ottenere il rimborso è necessario che l'Isritto allegghi alla fattura copia del verbale di Pronto Soccorso.

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

Rimborso integrale dei ticket sanitari.

Per il rimborso è necessario che l'Isritto allegghi alla copia del ticket, anche copia del verbale di Pronto Soccorso che attesta la temporanea inabilità.

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 € 1.200,00 per Isritto.

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 (*l'evento invalidante non deve essere già preesistente*). Il sussidio è erogabile una tantum ed esclusivamente al suo primo insorgere nella misura di **€ 2.000**.

In caso di aggravamento di una precedente situazione di invalidità inferiore al 66%, che determini un'invalidità permanente al 100% che persista per almeno sei mesi, può essere riconosciuto un sussidio nella misura di € 40,00 per ogni punto di invalidità partendo dalla percentuale già preesistente fino a un massimo assoluto di € 2.000.

8.2 Decesso

È previsto un sussidio in caso di decesso del dipendente iscritto, erogabile una tantum ai familiari conviventi nella misura di **2.000 euro** una tantum. Il decesso può essere stato causato sia da malattia sia da infortunio. Il sussidio non può essere riconosciuto qualora il decesso sia stata causato da azioni delittuose del dipendente. Per ricevere il sussidio i familiari dovranno produrre certificato di stato di famiglia e atto di morte.

N.B. I due sussidi non sono cumulabili per cui se è già stato riconosciuto il sussidio per invalidità permanente non può essere riconosciuto successivamente quello da decesso.

ASSISTENZA ODONTOIATRICA

9. Prevenzione e Cure Odontoiatriche

- Visita specialistica odontoiatrica
- Igiene orale professionale
- Avulsioni (Estrazioni dentarie)
- 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.**

- Possono altresì essere effettuate in **forma diretta** fino ad un massimo di **4 avulsioni l'anno**. **Per ottenere l'autorizzazione è necessario allegare alla richiesta la prescrizione del dentista convenzionato, con l'indicazione del numero del dente da estrarre.**

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 (Estrazioni dentarie)**

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

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.

• **Impianti Osteointegrati**

Viene garantito il rimborso di impianti osteointegrati nella misura di € 400,00 cadauno, con piena libertà di scelta della struttura a cui rivolgersi.

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 è necessario produrre la certificazione della fornitura - passaporto implantare.

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 1.200,00 per Iscritto.

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

La sopracitata documentazione dovrà essere prodotta entro 30 gg. dalla data della fattura. 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 espote 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.

Accesso alla rete di studi odontoiatrici convenzionati con applicazione di tariffe preferenziali scontate.

10. 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.

11. 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 2019		
Annui - Mensili		
per ciascun dipendente	> 28 ore	72,00 €/anno - 6,00 €/mese
per ciascun dipendente	<= 28 ore	48,00 €/anno - 4,00 €/mese
per il coniuge/convivente more uxorio o ciascun figlio		60,00 €/anno - 5,00 €/mese a testa

COPERTURA SOLCOOP VIOLET per i Dipendenti Cooperative ConfCooperative Anno 2019

VADEMECUM PER USUFRUIRE DELL'ASSISTENZA

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 e il dipendente paga solo la franchigia: **€ 20,00** per Esami di Alta Specializzazione e Visite Specialistiche.

PER TRATTAMENTI FISIOTERAPICI E RIABILITATIVI a seguito di infortunio

- Occorre inviare alla CAMPA **il referto del Pronto Soccorso o certificazione MMG a INPS/INAIL**, completo di diagnosi attestante l'infortunio, che determini un'inabilità assoluta al lavoro superiore a 10 gg.
- La CAMPA rilascia il foglio di autorizzazione, con l'indicazione della struttura medica scelta.

PER PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

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

- Visita specialistica odontoiatrica e Ablazione del tartaro (*una volta l'anno*)
- **Avulsioni dentarie. È necessaria la prescrizione del dentista convenzionato, con l'indicazione del numero del dente da estrarre.**

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
3. Per posta a: CAMPA - Via Luigi Calori 2/g - 40122 Bologna

PRESTAZIONI IN FORMA INDIRETTA (A RIMBORSO)

Presso il Servizio Sanitario Nazionale.

PER TICKET per PRESTAZIONI SPECIALISTICHE DIAGNOSTICHE E VISITE MEDICHE SPECIALISTICHE

Presso 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 Violet: fino a concorrenza del massimale annuo di **€ 700,00**.

Il rimborso viene riconosciuto con applicazione di franchigia di € 10,00 su ogni singolo ticket emesso per ciascun gruppo di prestazione o per impegnativa e non sul riepilogo complessivo.

In assenza di specifica delle prestazioni eseguite, si procederà all'applicazione delle franchigie in base all'importo complessivo dei ticket.

PRESTAZIONI IN FORMA INDIRETTA (A RIMBORSO)

Presso strutture private non convenzionate con la CAMPA.

Per le **prestazioni diagnostiche di alta specializzazione** e le **visite specialistiche** effettuate 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 evinca la tipologia di prestazioni effettuate) entro 60 gg. dalla data della fattura.

La CAMPA provvederà a riconoscere il rimborso previsto dalla copertura SOLCOOP Violet: **70% con minimo non indennizzabile di € 70,00** per ogni accertamento o visita specialistica e fino a concorrenza del massimale rispettivamente di **€ 5.000,00** (Alta Specializzazione) e **€ 1.000,00** (Visite Specialistiche).

Per **trattamenti fisioterapici e rieducativi post infortunio** occorre inviare il verbale del pronto soccorso attestante l'infortunio **(o in alternativa certificazione MMG a INPS/INAIL)** che, determinino un'inabilità anche solo temporanea.

La CAMPA provvederà a riconoscere il rimborso previsto dalla copertura SOLCOOP Violet: rimborso nella misura del **70% con minimo non indennizzabile di € 100,00** per ogni fattura e fino a concorrenza del massimale annuo di € 1.200,00.

PER PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE DA INFORTUNIO accertato dal P.S.

Inviare alla CAMPA il referto del Pronto Soccorso attestante l'infortunio o l'evento traumatico e la fattura del dentista entro 60 gg. dalla data del documento di spesa. La CAMPA rimborsa il 50% della fattura fino ad un massimale di € 1.500 all'anno a persona, fatta salva la responsabilità di terzi.

PER SPESE PER IMPIANTI ODONTOIATRICI

Inviare alla CAMPA 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 con i relativi tempi di esecuzione, e le ortopantomografie o rx endorali, nonché la documentazione tecnica relativa alla fornitura dell'impianto odontoiatrico - passaporto implantare. La sopracitata documentazione dovrà essere prodotta entro 30 gg. dalla data della fattura. Le richieste di rimborso inoltrate oltre tale termine o incomplete non verranno ammesse a rimborso.

Non possono essere ammesse a rimborso note di spese per lavori iniziati prima della decorrenza della assistenza.

RIMBORSI

La CAMPA provvederà ad effettuare i rimborsi delle spese sostenute in conformità alla Copertura sanitaria collettiva concordata.

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 precompilati.

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
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 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.

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

Per info

Via Luigi Calori 2/g - 40122 Bologna

Numero dedicato Coperture Solcoop Tel. 051.19936151

e-mail solcoop@campa.it www.campa.it (Sezione Solcoop)