

PIANO SANITARIO COLLETTIVO  
per Soci Lavoratori e Dipendenti  
delle COOPERATIVE SOCIALI  
aderenti a CONF COOPERATIVE  
EMILIA-ROMAGNA

Solcoop AMARANTO



# Prestazioni del Piano Sanitario

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

## A. AREA RICOVERO

1. Ricovero per Grande Intervento Chirurgico o Grave Patologia
2. Altri ricoveri con interventi chirurgici
3. Tutela speciale Neonati

## B. AREA SPECIALISTICA

1. Prestazioni di Alta Specializzazione Diagnostica
2. Visite Mediche Specialistiche
3. Ticket per Accertamenti Diagnostici e Pronto Soccorso

## C. PROGRAMMI DI PREVENZIONE

## D. AREA MATERNITÀ E GRAVIDANZA

1. Analisi, Esami, Accertamenti
2. Parto
3. Assistenza e supporto post natale
4. Supporto alla procreazione assistita

## E. AREA TERAPIE RIABILITATIVE

1. Terapie riabilitative a seguito di infortunio
2. Terapie riabilitative post ricovero per intervento
3. Logopedia

## F. PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE

1. Assistenza domiciliare sanitaria
2. Assistenza domiciliare sociale

## G. ASSISTENZA ODONTOIATRICA

10. Prevenzione e Cure Odontoiatriche
11. Cure Odontoiatriche da Infortunio

## H. LENTI

## I. NON AUTOSUFFICIENZA

## J. TUTORING ASSISTENZIALE E SUPPORTO AL CAREGIVER

## K. ASSISTENZA H 24

## L. ACCESSO A TARIFFARI AGEVOLATI PRESTAZIONI DI ASSISTENZA MEDICA

- Elenco A - Grandi Interventi Chirurgici
- Elenco B - Gravi Patologie
- Elenco C - Prestazioni di Alta Specializzazione Diagnostica
- Vademecum
- Norme Regolamentari

## A. AREA RICOVERO

### 1. RICOVERI PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO O GRAVE PATOLOGIA

#### 1. Ricovero in Istituto di cura per Grande Intervento Chirurgico (come da elenco A Grandi Interventi Chirurgici) o per Grave patologia (come da elenco B).

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento; il solo intervento di Pronto Soccorso o in day-hospital non costituisce ricovero.

Qualora l'Isritto venga ricoverato per Grande intervento chirurgico o Grave patologia, può fruire delle seguenti prestazioni:

#### **Pre-ricovero**

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei **120** giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero stesso. Prestazione a rimborso in forma indiretta. Massimale € 2.500 condiviso con le spese post ricovero.

#### **Intervento chirurgico**

Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.

#### **Assistenza medica, medicinali, cure**

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero.

#### **Retta di degenza**

Nel caso di ricovero in istituto di cura non convenzionato con CAMPA, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di € **300** al giorno per un massimo di 30 gg di ricovero e fino ad un massimo di 60 gg per ogni anno solare.

#### **Accompagnatore**

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore in Istituto di cura o in struttura alberghiera. Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con CAMPA, la garanzia è prestata nel limite di € **50** al giorno per un massimo di **30** giorni per ricovero, purché vi sia la prescrizione di tale presenza da parte del MMG o del Medico specialista.

**Ausili sanitari:** spesa per l'acquisto di ausili sanitari collegati all'intervento chirurgico, da effettuarsi entro massimo 90 giorni dalla data di dimissione, per un massimo di € 1.000 per ricovero. La presente garanzia viene erogata esclusivamente in forma rimborsuale);

#### **Assistenza infermieristica privata individuale**

Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € **60** al giorno per un massimo di **30** giorni per ricovero.

#### **Post Ricovero**

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, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente ed integralmente alle strutture convenzionate, fermo restando le limitazioni previste alle singole garanzie. Massimale € 2500 condiviso con le spese pre ricovero.

• **Trasporto sanitario a seguito di intervento chirurgico:** sono rimborsate le spese di trasporto dell'Isritto 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 con il massimo di € 1.500 per ricovero. La presente garanzia viene erogata esclusivamente in forma rimborsuale);

• **Trapianti a seguito di malattie e infortunio:** sono rimborsate le spese in base a quanto previsto dalle coperture per ricovero e per trasporto sanitario a seguito di intervento chirurgico con i relativi limiti in esse indicati. Nel caso di donazione da vivente, si rimborsano le spese per le prestazioni effettuate durante il ricovero del donatore;

• **Indennità sostitutiva di Ricovero per Grande intervento chirurgico o Grave patologia:** in caso di ricovero a totale carico del Sistema Sanitario Nazionale, quindi senza nessuna ulteriore richiesta di rimborso per spese effettuate durante il ricovero compreso il trasposto sanitario, l'Isritto ha diritto a un'indennità sostitutiva di € 75 per giorno di ricovero per un massimo di 100 giorni per anno associativo. È facoltà dell'Isritto potersi avvalere delle garanzie "Periodo Pre Ricovero", "Periodo Post Ricovero", "Ospedalizzazione domiciliare" anche nel caso di riconoscimento dell'Indennità sostitutiva;

• **Ospedalizzazione domiciliare a seguito di malattia e infortunio:** per un periodo di 100 giorni successivi alla data di dimissioni dal ricovero per Grande intervento chirurgico o Grave patologia, avvenuto successivamente alla data di effetto della copertura, è previsto un rimborso delle spese, secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni, che l'Isritto ha sostenuto per le seguenti prestazioni di ospedalizzazione domiciliare: assistenza medica, assistenza riabilitativa, assistenza infermieristica e farmacologica, tendenti al recupero della funzionalità fisica, nel limite di € 8.000 annui. Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento. Il solo intervento di Pronto soccorso o in day-hospital non costituisce ricovero.

La modalità di fruizione delle prestazioni è la seguente:

### Assistenza in Forma Diretta

• **Nel caso di utilizzo di strutture convenzionate con CAMPA ed effettuati da medici convenzionati** le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente alle strutture stesse, con l'applicazione di una franchigia pari a € 1.000 e un massimo indennizzabile di € 20.000 per intervento, ferme restando le limitazioni previste alle singole garanzie. Per la garanzia *Tutela speciale Neonati* la franchigia è ridotta a € 500.

### Assistenza in Forma Indiretta

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

Le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate nella misura dell'80% con l'applicazione di un minimo non indennizzabile pari a € 2.000 (per l'intervento), fermo restando le limitazioni previste alle singole garanzie. Il rimborso avverrà nel limite di € 20.000 per intervento. *Tutela speciale Neonati* la franchigia è ridotta a € 1.000.

• **Nel caso di utilizzo di strutture convenzionate con CAMPA ed effettuati da medici non convenzionati**

Tutte le spese relative al ricovero verranno rimborsate con le stesse modalità previste nel caso di ricovero in strutture non convenzionate (vedi punto sopra).

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

Sono rimborsate integralmente le eventuali spese per ticket sanitari o per trattamento alberghiero (ad esempio le spese per un'eventuale camera singola a pagamento) rimasti a carico dell'Isritto.

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

## 2. ALTRI RICOVERI CON INTERVENTO CHIRURGICO

In caso di ricovero ospedaliero per intervento chirurgico dovuto a infortunio o malattia (diverso da quelli previsti nell'Elenco A o B), il Piano sanitario prevede il riconoscimento di un'indennità per far fronte alle necessità legate al recupero fisico.

L'indennità sarà pari ad **€ 60** e verrà erogata a partire dal primo giorno di ricovero in presenza di almeno 2 giorni di ricovero, con un massimo di 15 giorni per ricovero. Il primo e l'ultimo giorno di ricovero sono conteggiati congiuntamente come un unico giorno.

## 3. TUTELA SPECIALE NEONATI

Il Piano garantisce il rimborso delle spese per interventi chirurgici effettuati nel primo anno di vita del neonato figlio dell'assistito per la correzione di malformazioni congenite, comprese visite e accertamenti diagnostici pre e post intervento, nonché la retta di vitto e pernottamento dell'Accompagnatore, secondo i vincoli e i limiti previsti dalle singole garanzie dei punti 1 e 2 della presente Area. La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 10.000 per neonato.

Il massimale annuo complessivo per la presente garanzia è di € 100.000 per anno e per ciascun iscritto.

# B. AREA SPECIALISTICA

## 1. Prestazioni di Alta Specializzazione Diagnostica

Il Piano sanitario prevede il pagamento delle spese per le prestazioni di alta specializzazione descritte nell'Elenco C, 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.

Modalità di fruizione delle prestazioni

### Assistenza in forma diretta

- **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 **€ 35** 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.

### Assistenza in forma indiretta

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

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del **75%** con l'applicazione di un **minimo non indennizzabile di € 60** 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**

#### Rimborso integrale dei ticket sanitari.

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 per iscritto.**



*Esempio:*

- Se per una TAC in una struttura non convenzionata, l'Isritto chiede il rimborso di una fattura di € 150, viene applicato il minimo non indennizzabile di € 60. In questo caso rimangono a suo carico € 60 e saranno rimborsati € 90.
- Se per una RMN in una struttura non convenzionata, l'Isritto chiede il rimborso di una fattura di € 250: il 25% di € 250 è € 62,50. In questo caso rimangono a suo carico € 62,5 e saranno rimborsati € 187,50.
- Per una TAC in SSN, il ticket viene rimborsato integralmente.

## 2. Visite Mediche Specialistiche

Il Piano sanitario prevede il rimborso delle spese per le 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.

La modalità di fruizione delle prestazioni è la seguente:

### Assistenza in Forma Diretta

- **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'Isritto di € 25** per ogni visita specialistica, che dovrà essere versata dall'Isritto alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione.

*Esempio:*

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

### Assistenza in Forma Indiretta

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

In questo caso, le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del **75% con un rimborso massimo di € 75** per ogni visita specialistica.

Per il rimborso, è necessario che l'Isritto allegghi 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.**

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

*Esempio:*

- Se per una visita specialistica in una struttura non convenzionata, l'Isritto chiede il rimborso di una fattura di € 130, viene applicato il massimale di rimborso di € 75. In questo caso rimangono a suo carico € 55 e saranno rimborsati € 75.

## 3. Ticket per Accertamenti Diagnostici e Pronto Soccorso

Rimborso integrale 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.

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

## C. PROGRAMMI DI PREVENZIONE

Il Piano sanitario garantisce la possibilità di beneficiare di un programma di prevenzione, per persona o per nucleo nel caso di estensione, tra quelli di seguito previsti. I programmi di prevenzione sono effettuabili esclusivamente in forma diretta presso le Strutture convenzionate con CAMPA, in un'unica soluzione ovvero nella stessa seduta, senza alcun onere a carico dell'iscritto, previo rilascio dell'autorizzazione da parte di CAMPA.

Per la fruizione dei programmi di prevenzione non è necessaria la prescrizione del Medico di Medicina Generale (MMG) o del Medico specialista.

### PREVENZIONE METABOLICA

Dedicato a donne e uomini senza limiti di età. Fruibile una volta l'anno.

- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Glicemia
- Trigliceridi

### PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

Dedicato a donne e uomini con età superiore a 45 anni. Fruibile ogni 2 anni.

- Esame emocromocitometrico completo
- Glicemia
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alaninamino transferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoamino transferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine
- Elettrocardiogramma di base
- Trigliceridi
- Monitoraggio della pressione arteriosa e frequenza cardiaca

### PREVENZIONE ONCOLOGICA DONNA

Dedicato a donne con età superiore a 40 anni. Fruibile ogni 2 anni.

- Citologico per diagnostica tumorale (Pap Test) o citologico endocervicale - più striscio batteriologico vaginale
- Antigene carboidratico (Ca 125, TA4 o SCC, Ca 72.4, Ca 19.9, Ca 195, AOP)
- Antigene carboidratico (CyFra 21, NSE, Ca 15.3, Ca 54.9)

### PREVENZIONE ONCOLOGICA DEL SENO - A

Dedicato a donne con età superiore a 40 anni. Fruibile ogni 2 anni.

- Visita senologica
- Ecografia mammaria bilaterale

### PREVENZIONE ONCOLOGICA DEL SENO - B

Dedicato a donne con età superiore a 50 anni. Fruibile ogni 2 anni.

- Visita senologica
- Mammografia bilaterale

## PREVENZIONE OSTEOPOROSI

Dedicato a donne con età superiore a 50 anni. Fruibile ogni 2 anni.

- Emocromocitometrico e morfologico (Hb,GR,GB, piastrine, indici eritrocitari der. F.L.)
- Velocità di sedimentazione delle emazie
- Elettroforesi delle siero proteine (compreso dosaggio proteine totale) = Protidogramma
- Elettroliti: calcio o cloro o fosforo o potassio o sodio (nel sangue e nelle urine)
- Vitamina D (1-25 OH)
- Fosfatasi alcalina
- Creatininemia
- Azotemia
- Calcio nelle urine delle 24 ore
- Mineralometria ossea computerizzata (più segmenti o total body)

## PREVENZIONE ONCOLOGICA UOMO

Dedicato a uomini con età superiore a 45 anni. Fruibile ogni 2 anni.

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

## PREVENZIONE ONCOLOGICA DELLA PROSTATA

Dedicato a uomini con età superiore a 50 anni. Fruibile ogni 2 anni.

- Visita urologica
- Antigene prostatico specifico (PSA)

La modalità di fruizione delle prestazioni è la seguente:

### Assistenza in forma diretta

- La prestazione può essere fruita presso strutture/medici convenzionati CAMPA mediante l'autorizzazione preventiva rilasciata da CAMPA e la prestazione viene liquidata direttamente alla Struttura sanitaria convenzionata.

## D. MATERNITÀ E GRAVIDANZA

(Garanzia valida per Dipendenti, Coniugi e conviventi di fatto).

### 1. Analisi, Esami, Accertamenti

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'Iscriita 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 senza franchigie con un massimo indennizzabile pari a € 80 per ogni prestazione, elevato a € 500 nel caso di test genetico prenatale.



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

La disponibilità per la presente garanzia è di € 700 per evento gravidanza (quindi anche se le spese sono sostenute in due anni solari diversi, il massimale resta unico di € 700).

## 2. Parto

In occasione del parto, e previa presentazione della relativa cartella clinica, sarà corrisposta un'indennità di € 100 per ogni giorno di ricovero, per un massimo di 5 giorni per ogni ricovero. Tale indennità verrà corrisposta anche in caso di aborto terapeutico.

La disponibilità per la presente garanzia è di € 500 per evento gravidanza.

## 3. Assistenza e Supporto Post Natale

Per un periodo di 40 giorni successivi al parto, il Piano sanitario prevede il rimborso delle spese sostenute dall'Iscritta per prestazioni di assistenza e consulenza postnatale, anche a domicilio, effettuate dalle seguenti figure professionali: Ostetrica, Puericultrice, Psicoterapeuta, in presenza di prescrizione del Medico di medicina generale o Ginecologo/a con indicazione della data del parto.

La modalità di fruizione delle prestazioni è la seguente:

Assistenza in Forma Indiretta

- Nel caso di utilizzo di strutture private (le strutture convenzionate presentano tariffari agevolati): le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del 50%, elevato al 70% qualora vengano utilizzate strutture/professionisti cooperativi convenzionati della rete sanitaria convenzionata CAMPA.
- Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso integrale dei ticket sanitari.

La disponibilità per la presente garanzia è di € 200 per evento gravidanza.

## 4. Supporto Alla Procreazione Assistita

Il Piano sanitario prevede il rimborso delle spese sostenute dall'Iscritta per prestazioni sanitarie riconducibili a percorsi di procreazione medicalmente assistita (PMA) in atto, attestati da certificato medico:

- accertamenti diagnostici;
- visite specialistiche;
- esami di laboratorio e prestazioni diverse da quelle elencate ai punti precedenti (esclusivamente in modalità indiretta ossia rimborso).

Per le richieste di rimborso delle singole prestazioni è necessaria la prescrizione del Medico di medicina generale o Medico specialista riportante un quesito diagnostico chiaramente riconducibile al percorso di PMA in atto.

La modalità di fruizione delle prestazioni è la seguente:

Assistenza in Forma Indiretta

- Nel caso di utilizzo di strutture private (le strutture convenzionate presentano tariffari agevolati): le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del 100%.
- Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso integrale dei ticket sanitari.

La disponibilità per la presente garanzia è di € 200 per anno associativo.

## E. AREA TERAPIE RIABILITATIVE

### 1. Terapie Riabilitative a seguito di Infortunio

#### 1. 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.

L'infortunio deve aver determinato un'inabilità assoluta al lavoro di almeno 5 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 6 mesi dal verificarsi dell'infortunio accertato dal Pronto Soccorso.

Non possono essere riconosciute per patologie croniche o cronicizzate.

- Le spese sostenute vengono rimborsate in forma indiretta nella misura del **75%**, con un massimo rimborsabile di **€ 40** a seduta/prestazione.

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 di almeno 5 gg.

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 € 750 per un unico evento per Isritto** (quindi anche se le spese sono sostenute in due anni solari diversi, il massimale resta unico di € 750)

#### 2. Trattamenti fisioterapici riabilitativi post ricovero per intervento (diversi dai grandi interventi *vd. punto elenco A Grandi Interventi Chirurgici*).

Trattamenti fisioterapici, esclusivamente a fini riabilitativi, post ricovero per intervento

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 possono essere riconosciute entro un massimo di 90 gg. dalla dimissione ospedaliera e devono essere esplicitamente e direttamente riconducibili all'intervento chirurgico subito.

Non possono essere riconosciute per patologie croniche o cronicizzate.

- Le spese sostenute vengono rimborsate in forma indiretta nella misura del **60%** con un massimo rimborsabile di **€ 30** a seduta/prestazione.

Per ottenere il rimborso è necessario che l'Isritto allegghi alla fattura copia di dimissione ospedaliera post ricovero per intervento (SDO) e prescrizione del Medico di medicina generale (MMG) o del Medico specialista.

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

**La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 500 per un unico evento per Iscritto** (quindi anche se le spese sono sostenute in due anni solari diversi, il massimale resta unico di € 500).

### 3. Logopedia

Il Piano sanitario prevede il rimborso delle spese per le prestazioni logopediche in presenza di prescrizione del Medico di medicina generale (MMG) o Medico specialista.

- Le spese sostenute vengono rimborsate in forma indiretta nella misura del **60% con un massimo rimborsabile di € 30 a seduta**.
- Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso integrale dei ticket sanitari.

**La disponibilità per la presente garanzia è di € 250 per anno.**

A fini del rimborso, i documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico/ diploma o laurea del professionista sanitario che ha effettuato la prestazione che dovrà risultare coerente con la prescrizione rilasciata dal medico curante/ medico specialista, pena il diniego di rimborso o della assistenza diretta.

## F. PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE

### 1. Assistenza infermieristica sanitaria domiciliare

A seguito di ricovero, per infortunio certificato dal Pronto Soccorso del SSN o malattia, che provochi inabilità totale al lavoro, il Piano sanitario prevede il rimborso delle spese degli interventi domiciliari sanitari per: terapia medica, assistenza specialistica, assistenza infermieristica per medicazioni, mobilizzazioni, prelievi, rilievi dei parametri biologici. La copertura è attiva esclusivamente nel periodo di inabilità totale al lavoro certificata.

Per l'attivazione della garanzia, l'Iscritto dovrà presentare la Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO), il certificato di inabilità totale al lavoro e la prescrizione del medico di base (MMG) o del medico specialista riportante la richiesta delle specifiche prestazioni da effettuarsi a domicilio. e parentale.

Rimborso sempre in forma indiretta nella misura del **55%** della spesa.

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

**La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 3.000 per Iscritto.**

### 2 Assistenza Domiciliare Sociale

A seguito di ricovero di almeno 5 giorni, per infortunio certificato dal Pronto Soccorso del SSN o malattia, che provochi inabilità totale al lavoro, il Piano sanitario prevede il rimborso delle spese degli interventi domiciliari non sanitari per assistenza alla persona e/o collaboratore/trice domestico/a. Il sussidio verrà liquidato a fronte di spese dettagliatamente documentate e riconducibili alle prestazioni di cui sopra, effettuate nel periodo di inabilità totale al lavoro certificata.

Per l'attivazione della garanzia, l'Iscritto dovrà presentare la Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) e il certificato di inabilità totale al lavoro.

Rimborso sempre in forma indiretta nella misura del **55%** della spesa.

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

**La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 1.000 per Iscritto.**

## G. ASSISTENZA ODONTOIATRICA

### 1. Prevenzione e Cure Odontoiatriche

- Visita specialistica odontoiatrica
- Igiene orale professionale
- Avulsioni (Estrazioni dentarie)
- Cure Conservative
- Cure Protesiche
- 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.

(\*) Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'iscritto, il medico della struttura convenzionata riscontri, in accordo con CAMPA, la necessità di effettuare una seconda seduta di igiene orale nell'arco dello stesso anno associativo, CAMPA provvederà ad autorizzare e liquidare la stessa nei limiti sopra indicati.

Le prestazioni a carattere preventivo sottoindicate 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 a 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 **ablazione del tartaro** all'anno nella misura di **€ 35**.

- **Avulsioni (Estrazioni dentarie)**

È prevista la copertura delle prestazioni di avulsione (estrazione) fino a un massimo di 4 denti l'anno. Viene garantito il rimborso fino a **€ 36** per estrazione di dente o radice semplice, fino a **€ 60** per estrazione complessa e fino a **€ 120** per estrazione di dente o radice in inclusione ossea ad elemento.

- **Cure conservative**

Viene garantito il rimborso per:

- Otturazione carie** € 50 (fino max € 200 anno/persona)
- Terapia canalare (compresi rx endorali e otturazioni):
  - massimo € 80 per 1 canale, € 100 per 2 canali, € 125 per 3 canali;

- **Corone e intarsi fissi e definitivi**

Viene garantito il rimborso in forma indiretta nella seguente misura:

- Intarsio o Corona in composito *definitiva* € 150
- Intarsio ceramica *definitiva* € 200
- Intarsio ceramica: massimo per elemento € 200
- Corona in composito/lega metallica *definitiva* € 200
- Corona in porcellana/ceramica/lp/lnp/zirconio *definitiva* € 300

## 2. Impianti Osteointegrati

Viene garantito il rimborso di impianti osteointegrati nella misura di € 500 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 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.**

È prevista una sola seduta di igiene orale all'anno eseguibile in forma diretta o indiretta (salvo\*). Sono previste fino ad un massimo di quattro avulsioni all'anno (eseguibili in forma diretta o indiretta).

**La disponibilità annua per le garanzie G 1 e 2 è di € 1.500 per Iscritto.** In caso di prestazioni a cavallo d'anno si tiene conto della data della fattura di saldo.

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 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.

## 3. Cure Odontoiatriche da Infortunio

In caso di infortunio o evento traumatico accertato dal Pronto Soccorso, viene riconosciuto un rimborso fino a € 3.000 all'anno a persona, fino al 50% della fattura del dentista, fatta salva la rivalsa per responsabilità di terzi. Per infortunio si intende ogni evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna, che ha per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche obiettivamente constatabili e documentabili.

## H. LENTI

### 1. Rimborso Lenti

Rimborso delle spese sostenute per l'acquisto di lenti da vista in caso di modifica del visus certificata da Medico oculista od Optometrista abilitato nel limite massimo di € 60 ogni 2 anni associativi (24 mesi) per una singola fattura.

Sono escluse dal rimborso le spese per le montature degli occhiali.

## I. NON AUTOSUFFICIENZA

Nel caso in cui l'Isritto incorra in una condizione di non autosufficienza, con perdita di 3 ADL su 6: lavarsi, vestirsi/svestirsi, nutrirsi, andare in bagno, mobilità, spostarsi, verrà riconosciuto un sussidio di € 600 al mese garantito finché in vita e perdurino le condizioni di non autosufficienza.

In caso di estensione del Piano sanitario al nucleo familiare la copertura è valida esclusivamente per il lavoratore.

Le condizioni di operatività della prestazione, le condizioni di accesso al sussidio, così come le modalità di erogazione e gestione sono indicate nello specifico Regolamento.

## J. TUTORING ASSISTENZIALE - SUPPORTO AL CAREGIVER

Nel caso in cui l'Isritto, un suo ascendente di primo grado o un componente del suo Nucleo familiare si ritrovi in una situazione di fragilità, anche temporanea, il Piano sanitario prevede la possibilità di ricevere informazioni e attivare il servizio di Tutoring assistenziale, che consiste nell'analisi dei bisogni e definizione del Piano di Assistenza personalizzato per esigenze legate a fragilità e/o non autosufficienza parziale, totale, temporanea o permanente dell'Isritto o di un suo familiare di cui sopra. Il Tutor Assistenziale effettuerà un'attenta analisi dei bisogni assistenziali e del contesto familiare e provvederà, attraverso una valutazione professionale del caso, a proporre un Piano di Assistenza definito in modo personalizzato. Il Piano di Assistenza è composto da:

- Elenco completo di servizi in risposta al bisogno rilevato;
- Informazioni riguardo le modalità di accesso ai servizi pubblici offerti sul territorio e/o in forma privata (in via esclusiva o ad integrazione);
- Informazioni su prestazioni spettanti in relazione allo status di non autosufficienza e sulle procedure da seguire per accedervi.

La prestazione di Tutoring Assistenziale viene fornita per un massimo di 3 volte per Isritto e per anno assicurativo.

Le condizioni di operatività della prestazione, le condizioni di accesso al servizio, così come le modalità di erogazione e gestione sono indicate nello specifico Regolamento.

## K. ASSISTENZA H24

In caso di necessità dovuta a malattia o infortunio, l'Isritto può avvalersi di un servizio di assistenza sanitaria attivo 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, contattando il numero gratuito dedicato **02.24128406**. Le prestazioni incluse riguardano le seguenti aree:

### ASSISTENZA SANITARIA E SOCIO-SANITARIA

- Videoconsulto e teleconsulto per consulenza medica di base o specialistica
- Videoconsulto psicologico
- 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 messo a disposizione da mediante una convenzione assicurativa 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.

## L. ACCESSO A TARIFFARI AGEVOLATI

### Accesso al tariffario convenzionato della Rete di Convenzioni Sanitarie CAMPA

Possibilità per l'Isritto di accedere ai tariffari agevolati presso le strutture sanitarie convenzionate con CAMPA. Per aver accesso ai tariffari agevolati è necessario identificarsi presso la struttura o medici convenzionati presentando la tessera CAMPA scaricabile dall' Area Riservata o APP.

*L'accesso alla rete sarà possibile per l'Isritto senza un limite massimo di accessi.*

## CONTRIBUTI SANITARI ANNUALI \_ aggiornamento 2025

€ 120 per ciascun dipendente

€ 120 per il coniuge, partner unito civilmente o convivente di fatto

€ 120 per ciascun figlio convivente da 26 anni a 35 anni

€ 96 per ciascun figlio convivente fino a 25 anni

## Elenco A Grandi 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
- Timiectomia 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
- Asportazione totale della parotide
- Resezione parotidea per tumore benigno o misto della parotide con preparazione del nervo facciale
- Parotidectomia totale con preparazione del nervo facciale.
- Altri interventi demolitivi del massiccio facciale per tumore o gravi patologie congenite

## CHIRURGIA PEDIATRICA

- Cranio bifido con meningoencefalocele
- Idrocefalo ipersecretivo
- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)
- Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale eterogenea e nervosa (simpatoblastoma)
- Atresia congenita dell'esofago
- Fistola congenita dell'esofago
- Torace ad imbuto e torace carenato
- Ernia diaframmatica
- Stenosi congenita del piloro
- Occlusione intestinale neonatale per ileo meconiale: resezione con anastomosi primitiva
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino perineale
- Atresia dell'ano con fistola retto-ureterale o retto-vulvare; abbassamento addomino perineale
- Megauretere: a) resezione con reimpianto; b) resezione con sostituzione di ansa intestinale
- Nefrectomia per tumore di Wilms
- Spina bifida: meningocele o mielomeningocele
- Artroplastica delle grandi articolazioni
- Analstomosi porto-cava, spleno-renale, mesenterico-cava

## 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 similari
- 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
- Endoartectomia 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)

## GINECOLOGIA - SENOLOGIA

- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale
- Vulvectomy radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
- Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia
- Isterectomia totale con annessectomia
- Aborto terapeutico
- Vulvectomy allargata con linfadenectomia
- Eviscerazione pelvica
- Mastectomia radicale mono e/o bilaterale

## OCULISTICA

- Interventi per neoplasie del globo oculare
- Intervento di enucleazione del globo oculare
- Interventi per distacchi retinici
- Interventi per glaucoma (esclusa laserterapia)

## ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Disarticolazione interscapolo toracica
- Emipelvectomy
- 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
- Interventi per frattura scomposta e/o con complicità vascolare e/o nervosa

## 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 della 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
- Faringolaringectomia

## UROLOGIA

- Interventi di prostatectomia radicale per neoplasia maligna
- Interventi per fistola vescico-rettale
- Nefrectomia sia totale sia parziale per neoplasia maligna
- Nefro-ureterectomia totale
- Surrenelectomia
- Riparazione di fistola vescico intestinale con asportazione di segmento di intestino

## ELENCO B - GRAVI PATOLOGIE

- Addome acuto
- Aritmie acute
- Avvelenamenti e intossicazioni acute
- Diabete complicato caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni:
  - ulcere torbide
  - decubiti
  - neuropatie
  - vasculopatie periferiche
  - infezioni urogenitali o sovrainfezioni
- Diverticolite acuta
- Dissecazione dei grandi vasi
- Eclampsia e patologie acute legate alla gravidanza
- Embolie arteriose
- Encefalite
- Episodi vascolari ischemici o emorragici acuti (cerebrali, cardiaci, intestinali)
- Infarto miocardico acuto
- Insufficienza cardiorespiratoria acuta
- Insufficienza cardiorespiratoria scompensata che presenti contemporaneamente almeno tre delle seguenti manifestazioni:
  - dispnea;
  - edemi declivi;
  - aritmia;
  - angina instabile;
  - edema o stasi polmonare
  - ipossiemia.
- Insufficienza renale acuta
- Ipossiemia acuta
- Morbo di Chron
- Neoplasia maligna
- Sclerosi laterale amiotrofica
- Sclerosi multipla
- Scompenso cardiaco o metabolico acuto
- Sindrome di Guillain Barrè
- Soffocamento ed elettrocuzione
- Stati settici acuti
- Stato di coma
- Tetraplegia
- Trombosi venose profonde acute
- Tutti i ricoveri in terapia intensiva con l'esclusione di quelli conseguenti a pandemia
- Ustioni di terzo grado con estensione pari almeno al 20% del corpo
- Vasculopatia acuta a carattere ischemico o emorragico cerebrale

## ELENCO C Prestazioni di Alta Specializzazione Diagnostica

### 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
- Coronarografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Discografia
- Esami radiologici apparato circolatorio
- Esame urodinamico
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- 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
- Vescicolodeferentografia
- Wirsunografia

### ALTA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI (ECOGRAFIA)

- Ecografia



### **ECOCOLORDOPPLERGRAFIA**

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

### **TOMOGRRAFIA COMPUTERIZZATA (TC)**

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

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

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

### **PET - SCINTIGRAFIA**

- 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)**

- Biopsie - tutti i tipi
- Mapping vescicale

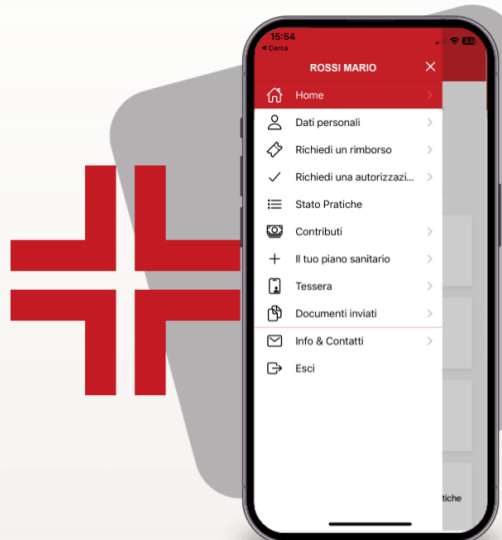
### **ENDOSCOPIE DIAGNOSTICHE**

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

## Piano Sanitario AMARANTO Coop Sociali per i Dipendenti Cooperative Confcooperative

### VADEMECUM PER USUFRUIRE DELL'ASSISTENZA

#### APP CAMPA



**Gestisci semplicemente la tua copertura sanitaria**

Con l'APP CAMPA, grazie a un'interfaccia grafica facile e intuitiva, in qualunque momento e in qualunque luogo puoi gestire le seguenti operazioni:

- ✚ Richiesta Rimborsi
- ✚ Richiesta Autorizzazioni
- ✚ Visualizzare il tuo Piano Sanitario
- ✚ Tenere d'occhio lo stato delle pratiche
- ✚ Consultare la documentazione inviata
- ✚ Scaricare la Tessera CAMPA

L'applicazione è gratuita e rivolta agli assistiti CAMPA, titolari della posizione.  
Se non l'hai ancora fatto, scaricarla da tutti gli store digitali e comincia fin da subito a utilizzarla!

#### PRESTAZIONI IN FORMA DIRETTA nelle strutture sanitarie convenzionate CAMPA

Richiedere preventivamente l'autorizzazione a CAMPA per eseguire le prestazioni in Forma Diretta presso le strutture sanitarie convenzionate (individuabili anche sul sito [www.campa.it/aziende-coperture-collettive/Solcoop](http://www.campa.it/aziende-coperture-collettive/Solcoop)).

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

- Inviare a 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.
- 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.
- Contattare il 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: **€ 35** per Esami di Alta Specializzazione; **€ 25** per Visite mediche specialistiche.

#### PER PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

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. 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. APP CAMPA
2. Area Riservata
3. E-mail: [solcoop@campa.it](mailto:solcoop@campa.it)

## PRESTAZIONI IN FORMA INDIRETTA (A RIMBORSO) PER TICKET PRESTAZIONI SPECIALISTICHE DIAGNOSTICHE E VISITE MEDICHE SPECIALISTICHE

### Presso il Servizio Sanitario Nazionale.

Utilizzando l'apposito modulo per la richiesta dei rimborsi, inviare alla CAMPA entro 30 giorni la ricevuta del ticket da cui sia possibile individuare la tipologia di prestazione eseguita. Se la ricevuta del ticket è generica è necessario allegare, oltre alla relativa prescrizione medica (fare preventivamente una foto della prescrizione medica che verrà trattenuta dalla struttura sanitaria), o il foglio di prenotazione o la copia del referto con specifica della prestazione eseguita. CAMPA provvederà a riconoscere il rimborso nei limiti previsti dal proprio Piano Sanitario.

## PRESTAZIONI IN FORMA INDIRETTA (A RIMBORSO)

### Presso strutture private non convenzionate con CAMPA.

Per le **prestazioni diagnostiche di alta specializzazione** e le **visite specialistiche** effettuati in strutture private non convenzionate con 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 30 gg. dalla data della fattura.

CAMPA provvederà a riconoscere il rimborso previsto dalla copertura: **75% con minimo non indennizzabile di € 60 per ogni accertamento** ed un **rimborso del 70% fino a un massimo di € 75 per ogni visita specialistica** e fino a concorrenza del massimale rispettivamente di **€ 6.000** (Alta Specializzazione) ed **€ 1.000** (Visite Specialistiche).

*In caso di fatture che riportino più prestazioni, ma con un unico importo totale, nella liquidazione si cercherà di interpretare nella modalità più verosimile l'importo delle singole prestazioni. Ad es.: Visita+paptest € 130: si intenderà 100 € per la visita e 30 € per il paptest.*

*Per favorire la precisione assoluta dei rimborsi è necessario che l'assistito produca una specifica delle singole voci fatturate con un unico importo totale: in assenza di tale dettaglio, gli Uffici preposti alla liquidazione procederanno secondi criteri di equità e plausibilità.*

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 di almeno 5 gg. CAMPA provvederà a riconoscere il rimborso previsto dalla copertura: rimborso nella misura del **75% con un massimo rimborsabile di € 40 a seduta/prestazione** e fino a concorrenza del massimale annuo di **€ 750**.

Per **TRATTAMENTI FISIOTERAPICI POST RICOVERO PER INTERVENTO CHIRURGICO (diversi da Grandi Interventi)** rimborso nella misura del **60% con un massimo rimborsabile di € 30 a seduta/prestazione** e fino a concorrenza del massimale annuo di **€ 500**.

## PER PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

Inviare a CAMPA la fattura del dentista entro 30 gg. dalla data della fattura. CAMPA rimborsa in base alle condizioni della copertura: **Igiene orale, Avulsioni, Cure Conservative, Corone e intarsi fissi e definitivi, 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 della fattura.

Le richieste di rimborso inoltrate oltre tale termine o incomplete non verranno ammesse a rimborso.

## RIMBORSI

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 precompilati.

Per inviare le richieste di rimborso utilizzare una sola delle seguenti modalità:

1. APP CAMPA
2. Area Riservata
3. E-mail: [solcoop@campa.it](mailto:solcoop@campa.it)

## DOCUMENTAZIONE

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 INDIRECTA:** 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.

## NORME REGOLAMENTARI

### 1 ASSISTENZA

**L'Assistenza può essere erogata:**

- **IN FORMA DIRETTA**, cioè con la possibilità per l'Assistito di effettuare le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate, senza anticipare tutta la spesa, la quale viene assunta direttamente dalla CAMPA, ma pagando solo una quota di compartecipazione (franchigia) variabile a seconda della prestazione.
- **IN FORMA INDIRETTA**, cioè mediante rimborso successivo in base alle condizioni della copertura (applicazione di scoperto e minimo non indennizzabile o rimborso massimo) delle spese sanitarie ovunque sostenute dagli assistiti (variabile a seconda della prestazione).

### 2 ESCLUSIONI

Non sono rimborsate le spese sostenute per:

- malattie psichiche e mentali, compreso psicoterapia e psicoanalisi;
- omeopatia, iridologia, naturopatia, fitoterapia, dietologia, visite/valutazioni nutrizionali;
- visite medico sportive e medico legali (certificazioni attività sportiva, rinnovo patente, licenza caccia, perizie, ecc.);
- per la correzione di difetti congeniti e costituzionali;
- per ricoveri e interventi chirurgici conseguenti a malattie manifestamente preesistenti al momento dell'iscrizione al Fondo Sanitario CAMPA o ad altri Fondi sanitari precedenti, se transitano alla CAMPA senza soluzione di continuità;
- manifestazioni morbose in rapporto o in dipendenza di abuso di alcolici o ad uso di stupefacenti;
- le malattie infettive, quando assumano carattere epidemico o pandemico;
- cure estetiche;
- infortuni conseguenti a proprie azioni dolose o delittuose;
- infortuni conseguenti alla pratica di sport pericolosi;
- conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo;
- conseguenze di guerre, insurrezioni, terremoti e altre calamità naturali devastanti.

Sono considerate spese accessorie extra e quindi non rimborsabili le spese in regime di ricovero quali TV, telefono, vitto accompagnatore, bar, ecc.

### 3 DECORRENZA

La decorrenza dell'assistenza è contestuale all'iscrizione dei Dipendenti al Fondo e al relativo versamento contributivo della Cooperativa per tutti i lavoratori dipendenti in attività.

Anche per Aziende i cui dipendenti già fruivano di altro Piano Sanitario da parte di un altro Fondo/Cassa viene garantita la continuità di copertura assistenziale senza l'applicazione della carenza temporale.

Analogamente per i nuovi assunti l'assistenza decorre contestualmente dalla loro iscrizione al Fondo (salvo diversa indicazione sull'atto di convenzione).

### 4 ESTENSIONE DELLA COPERTURA ASSISTENZIALE AL NUCLEO FAMILIARE CONVIVENTE

La presente copertura è valida per il dipendente.

I dipendenti possono estendere la copertura agli altri componenti della famiglia, intendendosi per questi il coniuge o convivente di fatto e i figli conviventi.

Il dipendente, se intende estendere la copertura ai propri familiari, dovrà iscrivere tutti quelli risultanti dallo stato di famiglia (con eccezione per coloro che dimostrino attraverso opportuna produzione documentale di avvalersi di altra copertura collettiva contrattuale).

Se l'iscrizione dei familiari avviene entro il termine di 30 gg. dal momento in cui la copertura sanitaria integrativa è operante, o nel caso di matrimonio o di nascita di un figlio, entro 30 gg. dal matrimonio o dalla nascita, il familiare potrà godere immediatamente della copertura come il dipendente.

*(Es. in caso di attivazione copertura in gennaio e contestuale iscrizione familiari l'assistenza decorre anche per loro dal 1 gennaio).*

Qualora l'iscrizione dei familiari conviventi avvenga successivamente a questi termini, la decorrenza dell'assistenza inizierà in via generale dopo tre mesi dall'iscrizione. *(Es iscrizione familiare a partire dalla mensilità di luglio, inizio diritto alla copertura dal 1 ottobre).*

Restano escluse dalla copertura le spese relative a ricoveri conseguenti a patologie preesistenti o per la correzione di difetti congeniti e costituzionali.

Per prestazioni di Alta Specializzazione Diagnostica relative a patologie preesistenti l'adesione al Piano Sanitario e Impianti Odontoiatrici sarà applicata una carenza di 12 mesi.

La Garanzia MATERNITÀ E GRAVIDANZA è valida per i Dipendenti, i Coniugi e conviventi di fatto, non per i figli.

Se l'iscritto decide di estendere la copertura sanitaria al proprio Nucleo familiare, s'impegna a versare i relativi contributi attraverso l'Azienda per il periodo decorrente dall'accettazione della domanda (dal 1 del mese di attivazione della copertura al 31 dicembre) e i successivi 3 anni solari (dal 1 gennaio al 31 dicembre di ciascun anno per un totale di 36 mesi).

Durante il suddetto periodo, i familiari non potranno essere esclusi dalla copertura salvo il realizzarsi di una o più tra le seguenti condizioni:

- disattivazione della copertura in capo all'iscritto collaboratore della Azienda;
- uscita dallo Stato di famiglia di uno o più componenti iscritti;
- superamento del limite dei 35 anni di età da parte dei figli inclusi;
- richiesta di esclusione dall'estensione per attivazione in capo al familiare di un'altra copertura collettiva contrattuale o di welfare sanitario aziendale da parte del proprio datore di lavoro, comprovata da adeguata documentazione;
- venir meno della Convenzione tra Azienda/Cooperativa e CAMPA.

In tali casi, la copertura dei familiari coinvolti durerà sino alla conclusione del periodo per cui è stato versato il contributo.

In tutti gli altri casi l'estensione per il Nucleo familiare si intenderà tacitamente rinnovata di tre anni in tre 3 anni, salvo non sia comunicata disdetta da una delle parti mediante invio di lettera raccomandata a/r o posta certificata 60 (sessanta) giorni prima della scadenza naturale.

In caso di chiusura a qualunque titolo delle posizioni dei familiari precedentemente iscritti, non è più consentita la riattivazione del Piano sanitario collettivo contrattuale, ma resta salva la possibilità di iscrizione volontaria nelle coperture per i Privati.

In caso di cessazione del rapporto di lavoro cessa la copertura anche per i familiari.

**Non è consentita l'estensione in favore dei familiari che risultino già iscritti al Fondo CAMPA con posizione autonoma e con analogo piano sanitario.**

## 5 ESTENSIONE TERRITORIALE

La copertura vale per il mondo intero.



## 6 PRESTAZIONI TRA DUE ANNUALITÀ

Le prestazioni effettuate a cavallo di due annualità rientrano nel massimale dell'anno di emissione del documento di spesa. 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.

## 7 NUOVI ASSUNTI E CESSATI

**Le Aziende/Cooperative firmatarie della Convenzione** si impegnano a versare i contributi di assistenza sanitaria anche per i nuovi assunti a tempo indeterminato. Il calcolo avverrà secondo le stesse periodicità concordate per la totalità dei dipendenti.

I nuovi assunti, per i quali la **Azienda/Cooperativa** provvederà al versamento dei contributi, potranno usufruire della copertura alle medesime condizioni degli altri dipendenti.

Con il versamento contributivo anticipato annuale o semestrale, la cessazione del rapporto di lavoro per quiescenza o licenziamento del dipendente può determinare, a discrezione della Azienda/Cooperativa, l'immediata cessazione degli effetti della copertura sanitaria o il suo mantenimento fino al termine del periodo di versamento contributivo.

In caso di cessazione della copertura contestuale alla chiusura del rapporto di lavoro, qualora il lavoratore cessato non abbia richiesto nel corso dell'annualità prestazioni sanitarie, i rimanenti ratei mensili della copertura che fossero già stati versati dalla Azienda/Cooperativa potranno essere computati al momento dell'iscrizione di eventuali nuovi lavoratori assunti; diversamente la Cooperativa dovrà versare il rateo di contributo relativo al nuovo lavoratore subentrato calcolato in ratei mensili dal momento dell'assunzione fino alla fine dell'anno solare o del periodo contributivo semestrale di competenza.

**(N.B. la succitata norma è applicabile esclusivamente alle Aziende/Cooperative che adottano una periodicità contributiva ANNUALE o SEMESTRALE). Per le altre periodicità la compensazione dei contributi tra lavoratori cessati e nuovi assunti non è consentita.**

I Piani Sanitari collettivi aziendali sono garantiti fino all'età di 70 anni, a condizione che il lavoratore abbia un contatto di lavoro dipendente subordinato e che sia il datore di lavoro a farsi carico dei relativi contributi di assistenza sanitaria. Successivamente a tale superamento del limite anagrafico, è possibile transitare alle formule ad adesione volontaria previste dal Piano di Assistenza CAMPA, provvedendo personalmente al versamento dei contributi.

La Cooperativa dovrà comunicare tempestivamente alla CAMPA (all'inizio di ciascun anno in caso di versamento contributivo annuale o con l'eventuale diversa periodicità contributiva concordata) sia i nomi dei dipendenti cessati sia di volta in volta di quelli dei nuovi assunti.

## 8 GESTIONE MUTUALISTICA

CAMPA si impegna a garantire tutte le prestazioni previste dal Piano, 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, 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 non equilibrato della gestione della copertura. Le condizioni potranno inoltre essere riviste in qualsiasi momento nel caso in cui, per effetto di nuove condizioni contrattuali per i dipendenti, o a causa di nuove disposizioni di legge, si riterrà opportuna e necessaria una revisione.

## 9 REGIME FISCALE

### Fondi Sanitari Aziendali: facilitazione fiscale per le coperture aziendali.

CAMPA Società di Mutuo Soccorso è iscritta all'Anagrafe dei Fondi Sanitari presso il Ministero della Salute, consentendo di beneficiare delle agevolazioni fiscali previste dall'art. 51 comma 2, lettera a) del TUIR D.P.R. 917/86 (non concorrenza alla determinazione del reddito da lavoro dipendente).

- **L'art. 51, 2° co. lett. a) del T.U.I.R.** (D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917) prevede che non concorrono a formare il reddito di lavoro dipendente (quindi non devono essere pagati gli oneri sociali, ma il solo contributo di solidarietà pari al 10% da parte del datore di lavoro) i contributi versati sia dal datore di lavoro che dal lavoratore ad **enti, casse, società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale** in conformità a disposizioni di legge, di contratto o di accordo o regolamento aziendale.

A partire dall'anno 2010, gli enti, casse e società di mutuo soccorso di cui all'art. 51 comma 2 lett. a) del TUIR attestano al fine della deducibilità fiscale che almeno il 20% delle prestazioni erogate sia riferito a prestazioni socio assistenziali per le persone non autosufficienti e/o assistenza odontoiatrica.

Per il monitoraggio e il controllo dell'attività dei Fondi e dagli altri enti preposti, il decreto ha istituito l'Anagrafe dei fondi sanitari presso il Ministero della Salute.

### Contributi versati in favore dei familiari conviventi del dipendente

In base alla circolare 50/E del 12 giugno 2002 dell'Agenzia delle Entrate, si ritiene che non concorrano a formare reddito del lavoratore dipendente, i contributi, anche se versati in favore dei familiari del dipendente, ancorché il familiare non sia fiscalmente a carico dello stesso, sempre che siano versati ad enti o casse aventi esclusivamente fine assistenziale in conformità a disposizioni di contratto o di accordo collettivo o di regolamento aziendale.

Il contributo versato dal lavoratore per i propri familiari è trattenuto dal datore di lavoro direttamente dalla retribuzione lorda del dipendente, a monte dell'imposizione fiscale.

Pertanto, la certificazione che il datore di lavoro deve rilasciare ai propri dipendenti in qualità di sostituto d'imposta a norma dell'art. 7bis del D.P.R. 29/9/73 n. 600 (modello CUD), dovrà indicare in apposita casella l'ammontare dei contributi sanitari versati alla cassa di assistenza che non hanno concorso a formare il reddito di lavoro dipendente.

## 10 DETRAIBILITÀ SPESE SANITARIE

Quando si usufruisce della deduzione dal reddito (fondo aziendale) dei contributi per assistenza sanitaria integrativa, la spesa sanitaria detraibile è solo quella residua non rimborsata.

Le spese mediche detraibili saranno pertanto solo quelle rimaste effettivamente a carico, cioè quelle (o quella quota) non rimborsata.

## 11 MODALITÀ PER LA FRUIZIONE DELL'ASSISTENZA

Per effettuare le prestazioni in **FORMA DIRETTA** presso le strutture sanitarie convenzionate contattare la CAMPA per individuare la struttura sanitaria dove eseguire la prestazione e richiedere la relativa autorizzazione (tramite APP/Area Riservata o via e-mail), inviando la prescrizione del Medico di Medicina Generale con la diagnosi o il sospetto diagnostico che rendono necessaria la prestazione.

La CAMPA assume direttamente il costo delle prestazioni e l'assistito paga solo la franchigia (o quota a suo carico) prevista dalla copertura.

In **FORMA INDIRECTA** l'assistito anticipa la spesa e poi chiede il rimborso (tramite APP/Area Riservata o via e-mail compilando l'apposito modulo) alla CAMPA che lo effettuerà secondo le modalità della copertura selezionata. È necessario inviare la prescrizione del Medico di Medicina Generale con la diagnosi o il sospetto diagnostico che rendono necessaria la prestazione.

Eventuali **fatture di acconto** (per prestazioni odontoiatriche o trattamenti fisioterapici), **fatture prive di qualsiasi specifica** descrittiva o **con descrizione generica** (“prestazioni odontoiatriche” / “Prestazioni sanitarie” / “Prestazioni fisioterapiche”) non potranno essere processate.

Vedi **Vademecum** delle varie coperture dove sono indicate le modalità specifiche per usufruire dell'assistenza.

## 12 EVASIONE PRATICHE E TEMPI DI LIQUIDAZIONE

La CAMPA 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 sui c/c dei dipendenti) sono di ca. 45/60 giorni dal momento dell'acquisizione delle note di spesa completa di tutta documentazione sanitaria occorrente. La CAMPA si riserva di verificare attraverso i propri Uffici e consulenti sanitari la corrispondenza delle note di spesa prodotte alle prestazioni effettivamente eseguite consultando le strutture sanitarie e i professionisti e richiedendo eventuale documentazione supplementare.

Qualora, attraverso verifiche delle tariffe delle prestazioni praticate dagli erogatori delle prestazioni (struttura sanitaria o medico specialista) emerga che nonostante la fattura / ricevuta riporti, ad esempio, la sola voce “visita medica specialistica” senza ulteriori specifiche, siano state eseguite prestazioni accessorie alla visita medica specialistica quali ad esempio: trattamenti chirurgici, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici, eventuali terapie iniettive o somministrazioni farmacologiche, verrà riconosciuto il rimborso della sola visita medica specialistica, mentre le altre prestazioni potranno essere rimborsate solo se previste dalla copertura e in base alle specifiche condizioni.

## 13 SERVIZIO ASSISTITI

Si invitano gli Assistiti ad avvalersi di APP CAMPA e di consultare l'Area Riservata del sito <https://www.campa.it/aziende-coperture-collettive/Solcoop.html> (per consultare regole generali, Piano Sanitario, stato dei rimborsi, modulistica, certificazione rimborsi) e gestire la richiesta dei rimborsi e l'autorizzazione alle prestazioni in forma diretta.

Gli Uffici CAMPA sono a disposizione per fornire informazione circa le modalità di fruizione dell'assistenza o circa le possibilità di accesso alle convenzioni in forma diretta ed indiretta anche via mail: [solcoop@campa.it](mailto:solcoop@campa.it) o telefonicamente Tel. 051.19936151 / 051.269967 interno 2.

**Dal lunedì al venerdì dalle ore 9:00 alle ore 13:00 e dalle ore 15:00 alle ore 17:00.**

Per info  
Via Luigi Calori 2/g - 40122 Bologna  
**Numero dedicato Coperture Solcoop Tel. 051.19936151**  
Tel. 051.269967 e-mail [solcoop@campa.it](mailto:solcoop@campa.it) [www.campa.it](http://www.campa.it)