



Piano sanitario promosso da Assicura Agenzia S.r.l. nell'ambito dell'accordo di promozione mutualistica con Cooperazione Salute SMS ETS

Dedicato a: i Soci e Correntisti delle Banche, gli Associati gli Intermediari ed i Dipendenti dei distributori, inclusi i loro Familiari, che collaborano con Assicura Agenzia s.r.l. nonché i Clienti di Assicura Agenzia s.r.l.

Edizione 01/2026

PIANO SANITARIO RIMBORSO SPESE MEDICHE

DESTINATARI	I SOCI E CORRENTISTI DELLE BANCHE, GLI ASSOCIATI, GLI INTERMEDIARI ED I DIPENDENTI DEI DISTRIBUTORI, INCLUSI I LORO FAMILIARI, CHE COLLABORANO CON ASSICURA AGENZIA S.R.L. NONCHÉ I CLIENTI DI ASSICURA AGENZIA S.R.L.
--------------------	--

SOMMARIO

PREMESSE	3
GLOSSARIO.....	4
FORME DI ASSISTENZA.....	11
OPZIONI E PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO	15
COPERTURA PLATINUM	16
A. AREA RICOVERO E INTERVENTO	16
B. AREA SPECIALISTICA	20
C. AREA MATERNITÀ	22
D. AREA ODONTOIATRICA.....	23
E. AREA SOCIO-SANITARIA.....	25
F. PROGRAMMI DI PREVENZIONE.....	27
G. AREA PANDEMICA.....	29
COPERTURA GOLD.....	30
A. AREA RICOVERO E INTERVENTO	30
B. AREA SPECIALISTICA	34
C. AREA MATERNITÀ	36
D. AREA ODONTOIATRICA.....	37
E. AREA SOCIO-SANITARIA.....	39
F. PROGRAMMI DI PREVENZIONE.....	40
G. AREA PANDEMICA.....	42

COPERTURA SILVER.....	43
A. AREA RICOVERO E INTERVENTO	43
B. AREA SPECIALISTICA	47
C. AREA MATERNITÀ	49
E. PROGRAMMI DI PREVENZIONE.....	51
F. AREA PANDEMICA.....	53
ASSISTENZA H24.....	54
NORME DI ATTUAZIONE	55
NORME PARTICOLARI	55
LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI.....	58
NORME GENERALI.....	61
ALLEGATO 1 – ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	65
ALLEGATO 2 – ELENCO GRAVI PATOLOGIE.....	68
ALLEGATO 3 – QUADRO SINOTTICO DELLE COPERTURE	69

PREMESSE

CHI SIAMO

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

Dal 2014 La mutua nazionale opera per garantire ogni giorno un sostegno concreto a persone e famiglie, imprese ed enti del terzo settore, per un'attenta tutela della salute e del risparmio.

In un contesto in cui crescono e si diversificano le esigenze di cura della popolazione e aumenta la spesa sanitaria in capo ai cittadini, la sanità integrativa rappresenta un supporto indispensabile e sussidiario al Servizio Sanitario Nazionale e alle politiche di welfare del nostro Paese.

La gestione e l'operato di Cooperazione Salute nel corso degli anni confermano il modello mutualistico e cooperativo come uno dei protagonisti a sostegno delle persone e della collettività. Un modello no-profit trasparente, nel quale le risorse acquisite vengono costantemente ed esclusivamente reimpiegate a favore degli iscritti per migliorare le prestazioni e i piani sanitari.

Un'alternativa responsabile, trasparente, accessibile, inclusiva e sostenibile nel tempo.

3

La centralità della persona, primo tra i valori cooperativi, costituisce il fulcro del nostro operato e il nostro vero vantaggio competitivo.

IL PIANO SANITARIO ASSICARE

L'iscrizione al Piano sanitario Assicare è consentita ai soci e correntisti delle Banche, agli associati, agli intermediari ed ai dipendenti dei distributori, inclusi i loro familiari, che collaborano con Assicura Agenzia s.r.l. nonché ai clienti di Assicura Agenzia s.r.l., in possesso dei requisiti previsti dallo Statuto vigente di Cooperazione Salute, sulla base dell'accordo mutualistico stipulato tra Assicura Agenzia S.r.l. e Cooperazione Salute.

Cooperazione Salute garantisce agli Aderenti una copertura sanitaria integrativa, così come previsto e normato dal presente Piano sanitario, dalla sezione Norme di Attuazione in esso contenute, nonché dallo Statuto vigente della Società di Mutuo Soccorso.

Cooperazione Salute mette a disposizione la propria rete di Strutture convenzionate al fine di garantire la massima affidabilità ed efficacia nell'assistenza.

Il Piano sanitario ha l'obiettivo di fornire agli Aderenti e agli Aventi diritto un supporto per la comprensione ed utilizzo delle prestazioni in esso previste.

GLOSSARIO

Nel presente Glossario sono definiti i termini utili alla comprensione del Piano sanitario, caratterizzati nel documento dalla lettera iniziale maiuscola. La definizione dei termini al singolare vale anche per i relativi plurali e viceversa. Il Glossario è da intendersi quale parte fondamentale ed integrante del Piano sanitario.

TERMINE	DEFINIZIONE
Accertamento diagnostico:	prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo.
Aderente:	la persona fisica che sottoscrive un Piano sanitario con Cooperazione Salute assumendo la qualifica di Socio ordinario della Società di Mutuo Soccorso e Aderente al Piano sanitario.
Alta specializzazione diagnostica e strumentale:	prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo, che richiede specifiche professionalità o attrezzature ad elevata tecnologia.
Area Riservata:	portale web di Cooperazione Salute accessibile mediante credenziali personali, ad utilizzo gratuito, a cui è possibile registrarsi soltanto se già iscritti alla Società. È lo strumento che permette di utilizzare i servizi che Cooperazione Salute offre per beneficiare della propria copertura sanitaria integrativa.
Assistenza:	aiuto in denaro o in natura fornito all'Aderente che si trovi in difficoltà a causa dell'occorrenza di un Evento fortuito.
Assistenza in forma diretta:	regime per cui l'Aderente accede alle prestazioni garantite dal Piano sanitario presso una struttura convenzionata con il Network di Cooperazione Salute, tramite preventiva richiesta alla Società mediante Area Riservata. L'Aderente è tenuto indenne dal pagamento delle prestazioni fruite presso il Network nei limiti delle somme indicate analiticamente nel Piano sanitario. Eventuali importi ulteriori (es. scoperti, Franchigie) restano invece a suo carico e devono essere pagati direttamente alle strutture del Network.
Assistenza in forma indiretta:	regime per cui all'Aderente è riconosciuto, sulla base delle previsioni del Piano sanitario: • un Rimborso per spese già sostenute per prestazioni ricevute da strutture sanitarie, previa presentazione alla Società dei documenti di spesa e della prescrizione medica del Medico di Medicina Generale o di un Medico specialista, ove non diversamente indicato, nei limiti e nelle modalità previste dal Piano sanitario; • un Indennizzo al verificarsi di un Sinistro previsto dal Piano sanitario.
Assistenza infermieristica:	assistenza offerta da professionista sanitario, munito di specifica qualifica riconosciuta dal Ministero della Salute e regolarmente iscritto all'Ordine Professionale tenuto presso la Federazione nazionale degli Ordini delle professioni infermieristiche (Fnopi).
Avente diritto:	la persona fisica non socia di Cooperazione Salute che beneficia di un Piano sanitario della Società in quanto Familiare dell'Aderente, previo versamento da parte dell'Aderente del relativo Contributo di adesione, ove previsto dal Piano sanitario.
Carenze contrattuali/Termini di aspettativa:	il periodo di tempo che intercorre fra la data di decorrenza del Piano sanitario e l'effetto della Garanzia.

Cartella clinica:	diario diagnostico-terapeutico avente natura di atto pubblico, redatto durante la degenza, diurna o con pernottamento in Istituto di cura, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi di ingresso e diagnosi di dimissione, anamnesi patologica remota e prossima, terapie effettuate, Interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico, lettera di dimissioni e Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.). La lettera di dimissioni e la S.D.O. non sostituiscono la cartella clinica completa.
Centrale operativa/Struttura organizzativa:	la struttura di Cooperazione Salute, composta da personale dotato di competenze tecnico mediche, deputata alla gestione degli adempimenti relativi alle richieste di assistenza formulate dagli Aderenti.
Centro medico:	struttura dotata di direzione sanitaria, organizzata, attrezzata e regolarmente autorizzata in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, Trattamenti fisioterapici riabilitativi). Tale struttura può anche non essere adibita al ricovero, e non deve essere finalizzata al trattamento di problematiche di natura estetica.
Contributo di adesione:	la somma che il soggetto versa a Cooperazione Salute per diventare Socio Ordinario e Aderente al Piano sanitario.
Day Hospital/Day Surgery:	Ricovero in Istituto di cura, di durata inferiore a un giorno e senza pernottamento, per terapie mediche di durata limitata (Day Hospital) o prestazioni chirurgiche (Day Surgery), documentate da Cartella clinica. La permanenza in Pronto Soccorso non costituisce Day Hospital o Day Surgery.
Difetto fisico:	Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.
Domanda di adesione al Piano sanitario:	modulo consegnato all'Aderente al momento dell'adesione al Piano sanitario, finalizzato alla presentazione formale della domanda di iscrizione del soggetto a Cooperazione Salute e di adesione al Piano sanitario prescelto.
Evento e Data Evento:	Per il Ricovero, anche in regime di Day Hospital/Day Surgery, o l'Intervento ambulatoriale previsti dal Piano sanitario, la data dell'Evento coincide con la data del ricovero stesso o dell'intervento in ambulatorio. Per le prestazioni extraospedaliere sanitarie, socio-sanitarie od odontoiatriche: in caso di singola prestazione, la data dell'Evento coincide con la data della prestazione stessa, in caso di più prestazioni ricomprese in un Piano terapeutico, la data dell'Evento coincide con la prima prestazione effettuata.
Familiare:	Uno dei soggetti di seguito elencati, riscontrabile nel certificato di stato di famiglia dell'Aderente o, nel caso dei figli, in alternativa da certificato di nascita: • coniuge o partner unito civilmente (con riferimento anche alle unioni civili di cui alla L.76/2016) non legalmente ed effettivamente separato; • convivente di fatto di cui alla L.76/2016 (Art. 1, comma 36); • figli dell'Aderente: legittimi, naturali, riconosciuti, adottivi, affidati o affiliati.
Franchigia:	somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'Aderente. Se espressa in giorni, equivale al numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'Aderente l'importo garantito; il primo e l'ultimo giorno di ricovero sono considerati come un unico giorno.
Garanzia:	individua l'Evento dannoso coperto dal Piano sanitario.
Grandi Interventi chirurgici:	l'insieme degli Interventi chirurgici previsti nell'elenco "Grandi Interventi Chirurgici" allegato al Piano sanitario.
Gravi patologie:	l'insieme delle gravi patologie previste nell'elenco "Gravi Patologie" allegato al Piano sanitario.

Indennità sostitutiva:	indennità forfettaria giornaliera erogata per le necessità legate al recupero conseguente a Ricovero che non comporti spese sanitarie a carico dell'Aderente durante la degenza.
Indennizzo/Indennità:	somma forfettaria dovuta al verificarsi del Sinistro, alternativa al Rimborso e all'Assistenza diretta per la stessa Garanzia.
Infortunio:	ogni Evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna, che ha per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche obiettivamente constatabili e documentabili.
Intervento ambulatoriale:	intervento di piccola chirurgia senza Ricovero, effettuato in ambulatorio o studio medico chirurgico.
Intervento chirurgico:	intervento e/o procedura definiti nell'ambito della classificazione degli "interventi chirurgici e procedure diagnostiche terapeutiche", in base a quanto previsto ed indicato dalla classificazione internazionale delle malattie (ICD-9-CM), ed utilizzata dai protocolli sanitari emanati dal Ministero della Salute, che vengono eseguiti in sala operatoria, con la presenza di un medico anestesista e l'assistenza di una equipe operatoria, per i quali sia necessario un ricovero in regime ordinario o permanenza in Day Hospital/Day Surgery. L'Intervento chirurgico può essere generato da qualsiasi Malattia o Infortunio. Le biopsie eventualmente effettuate nelle endoscopie non costituiscono Intervento chirurgico.
Intervento chirurgico concomitante:	ogni procedura chirurgica effettuata durante l'intervento principale.
Intramoenia:	prestazioni erogate in libera professione, per scelta del paziente, al di fuori del normale orario di lavoro, da medici di una struttura sanitaria pubblica, i quali utilizzano le strutture ambulatoriali e diagnostiche della struttura stessa a fronte del pagamento da parte del paziente di una tariffa. Le prestazioni possono essere svolte in regime ambulatoriale, di day hospital/day surgery o di ricovero, nella struttura pubblica di appartenenza del medico (in sede) o in altre strutture sanitarie pubbliche o private con le quali la struttura di appartenenza del medico è convenzionata (fuori sede).
Istituto di cura:	ogni struttura sanitaria regolarmente autorizzata dalle competenti autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna. Non sono convenzionalmente considerati istituti di cura: gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche e riabilitative, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni o assistenza, i centri del benessere.
Lungodegenza:	degenza ospedaliera riservata ai pazienti che, conclusa la fase acuta del ricovero, necessitano di un prolungamento del regime ospedaliero in quanto le condizioni cliniche generali postumi della patologia di base non consentono l'immediato rientro in ambito domiciliare.
Malattia:	qualunque alterazione clinicamente diagnosticabile dello stato di salute, non dipendente da Infortunio. La algia di qualsiasi natura, ad esempio la sciatalgia, la lombalgia, la cervicalgia, rappresenta un dolore localizzato o un sintomo ma non una patologia. Non sono considerate patologie nemmeno eventuali stati d'essere, come l'astenia. La prescrizione medica che l'Aderente deve inviare a Cooperazione Salute non potrà pertanto riferirsi alla sola presenza di algie o stati d'essere in capo all'Aderente, ma dovrà sempre indicare in modo chiaro la patologia, sospetta o accertata, per la quale viene disposta l'esecuzione delle prestazioni.
Malattia Mentale:	le patologie mentali (per esempio: psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) comprese nel quinto capitolo

	"Disturbi psichici" della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD-9-CM).
Malattia terminale:	condizione irreversibile in cui la malattia non risponde più alle terapie che hanno come scopo la guarigione ed è caratterizzata da una progressiva perdita di autonomia della persona e dal manifestarsi di disturbi (sintomi) sia fisici, ad esempio il dolore, che psichici. In questa condizione il paziente presenta un'aspettativa di vita limitata, non più suscettibile di terapia specifica chemio/radio terapia o chirurgica con un indice di Karnofsky minore o uguale a 50.
Malformazione:	deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.
Massimale:	importo stabilito per anno di copertura e per area di Garanzie/Garanzia del Piano sanitario, rappresentante la spesa massima che la Società si impegna a sostenere nei confronti dell'Aderente, e degli Aventi diritto se regolarmente inseriti in copertura, per la relativa area di Garanzie/Garanzia.
Medico di Medicina Generale (MMG):	alla categoria dei medici di Medicina Generale appartiene: il Medico di Assistenza Primaria, ossia il medico convenzionato con la ASL per l'esercizio della professione nell'ambito dell'assistenza primaria all'interno del Sistema Sanitario Nazionale (medico di famiglia); il Medico di Continuità Assistenziale (Guardia Medica); il Medico dell'Emergenza - Urgenza; il Medico addetto alla Medicina dei Servizi.
Medico specialista:	medico chirurgo che ha conseguito una specializzazione universitaria in una particolare disciplina medica o chirurgica, regolarmente iscritto all'Ordine dei Medici.
Network:	rete convenzionata di Cooperazione Salute, costituita da ospedali, istituti a carattere scientifico, Istituti di cura, Centri Medici, case di cura, centri diagnostici, poliambulatori, laboratori, centri fisioterapici, medici specialisti e odontoiatri, per offrire prestazioni in regime di assistenza diretta, mista o indiretta.
Non autosufficienza:	Condizione in cui l'Aderente si trovi nell'impossibilità fisica totale e permanente di compiere almeno 3 di queste 4 azioni comuni della vita quotidiana, senza l'assistenza di una terza persona: a. lavarsi: capacità di farsi il bagno o la doccia e di mantenere un livello accettabile di igiene personale; b. nutrirsi: capacità di mangiare e bere; c. muoversi: capacità di alzarsi dal letto, dalla sedia, di coricarsi, di sedersi; d. vestirsi: capacità di mettersi o togliersi i propri vestiti. L'Aderente è considerato non autosufficiente anche nel caso in cui sia affetto da morbo di Alzheimer, morbo di Parkinson o demenze senili simili tali da giustificare la non autonomia nello svolgimento di almeno 3 delle 4 azioni sopra riportate.
Optometrista:	professionista laureato in Optometria, che analizza con metodi oggettivi o soggettivi strumentali lo stato refrattivo degli occhi, per determinare la migliore prescrizione e la migliore soluzione ottica.
Pandemia:	epidemia la cui diffusione interessa intere collettività in più aree geografiche del mondo, con un alto numero di casi gravi e una mortalità elevata. Il suo stato di esistenza è determinato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e recepito dal Ministero della Salute.
Patologia in atto/ Patologia preesistente:	malattia diagnosticata e/o che abbia reso necessarie cure mediche o esami clinici (strumentali o di laboratorio) prima dell'entrata in vigore della copertura del Piano sanitario.

Piano sanitario:	documento che descrive e disciplina il complesso delle Garanzie, delle attività e dei servizi erogabili da Cooperazione Salute all'Aderente e/o all'Avente diritto.
Piano terapeutico:	documento sottoscritto dall'Aderente comprendente la descrizione dell'insieme delle prestazioni che il professionista sanitario convenzionato (ad esempio: medico, odontoiatra, fisioterapista) e lo stesso concordano di effettuare. Tale documento deve essere comunicato alla Società per rendere possibile la successiva Presa in carico. Eventuali successive variazioni al Piano terapeutico devono essere sottoposte ad una nuova Presa in carico da parte della Società.
Presa in carico:	nell'ambito dell'Assistenza in forma diretta, comunicazione della Società all'Aderente riguardo alle prestazioni accordate a quest'ultimo con evidenza della quota parte di spesa a carico dell'Aderente.
Promotore mutualistico:	Assicura Agenzia S.r.l.
Protesi acustica/ Apparecchio acustico:	dispositivo elettronico esterno indossabile avente la funzione di amplificare e/o modificare il messaggio sonoro, ai fini della correzione qualitativa e quantitativa del deficit uditivo conseguente a fatti morbosì congeniti o acquisiti, avente carattere di stabilizzazione clinica.
Protesi ortopedica:	mezzo artificiale che sostituisce nella morfologia e, per quanto possibile, nella funzione un arto mancante o una parte di esso. Sono escluse, per esempio, le ortesi (come collari, tutori, busti, ginocchiere, cavigliere, plantari).
Reclamo/Doglianza:	una dichiarazione di insoddisfazione non generica con cui l'Aderente avanza una specifica pretesa nei confronti della Società, relativa alle prestazioni e ai servizi di cui ha usufruito, previsti dal Piano sanitario a cui aderisce. Non sono considerate doglianze o reclami le richieste generiche di informazioni o di chiarimenti.
Regime misto (definizione riferita all'Area Ricovero e Intervento):	regime per cui l'Aderente accede a prestazioni garantite dal Piano sanitario presso un Istituto di cura convenzionato con il Network (Assistenza diretta) ma riceve le prestazioni mediche da medici non convenzionati.
Ricovero improprio:	degenza in Istituto di cura, anche senza pernottamento, non necessaria nel quadro clinico dell'Aderente, durante la quale non sono praticate terapie complesse e sono eseguiti solo Accertamenti diagnostici normalmente effettuabili in regime ambulatoriale senza rischi o particolari disagi per il paziente.
Ricovero/Degenza:	permanenza in istituto di cura con pernottamento documentato da cartella clinica e da una scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.). La permanenza nel pronto soccorso/astanteria non è considerata ricovero o degenza se non segue il ricovero nello stesso Istituto di cura. Il primo e l'ultimo giorno di Ricovero sono considerati come un unico giorno.
Rimborso:	somma dovuta in caso di Sinistro coperto dal presente Piano sanitario, a fronte di spese sostenute dall'Aderente e previste dal Piano sanitario stesso.
Rischio:	la probabilità che si verifichi un Evento dannoso coperto da una Garanzia del Piano sanitario.
Robot:	manipolatore multifunzionale riprogrammabile, progettato per muovere strumenti chirurgici, dispositivi specialistici, materiali o parti anatomiche, sotto il diretto controllo del chirurgo operatore, per l'esecuzione di interventi micro chirurgici o di chirurgia mini invasiva.
Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO):	documento per la raccolta delle informazioni relative al paziente dimesso da un Istituto di cura pubblico o privato sul territorio nazionale. La SDO contiene una

	serie di informazioni desunte dalla cartella clinica del paziente, sia di tipo anagrafico (ad esempio sesso, data e luogo di nascita, comune di residenza), sia clinico (ad esempio diagnosi, procedure diagnostiche, informazioni sul ricovero e la dimissione), nonché informazioni relative alla struttura dove è stato effettuato il ricovero ospedaliero.
Scoperto:	somma espressa in valore percentuale che rimane a carico dell'Aderente.
Servizio Sanitario Nazionale (SSN):	sistema pubblico articolato su più livelli di responsabilità e di governo atto a garantire l'assistenza sanitaria ovvero la tutela o salvaguardia della salute dei cittadini, qualificato dalla legge italiana come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana. Il Sistema Sanitario Nazionale si articola su più livelli di responsabilità: dal livello centrale costituito dallo Stato e dalle istituzioni di rilievo nazionale (ad esempio il Consiglio Superiore di Sanità e l'Istituto Superiore di Sanità) al livello regionale costituito dalle Regioni, dalle Province autonome e dalle Aziende Sanitarie Locali (ASL) e aziende ospedaliere.
Sindrome influenzale di natura pandemica:	sindrome influenzale, causata da patogeno nuovo verso il quale non è presente immunizzazione, la cui diffusione è rapida e interessa intere collettività in molte aree geografiche del mondo, con un alto numero di casi gravi e una mortalità elevata e che riguarda un patogeno infettivo che causa malattie respiratorie di gravità variabile. Si riportano degli esempi: SARS-Cov, Sars-Cov2, Mers-Cov.
Sinistro:	il verificarsi dell'Evento dannoso per il quale è garantita la prestazione.
Società:	Cooperazione Salute - Società di Mutuo Soccorso
Socio Ordinario:	sono soci ordinari i soggetti in possesso dei requisiti previsti dallo Statuto di Cooperazione Salute, che hanno presentato formale richiesta di iscrizione alla stessa per sé o per i propri familiari e che hanno ricevuto la conferma di iscrizione da parte di Cooperazione Salute.
Sport estremi	I seguenti sport: • salto dal trampolino con gli sci o idrosci • sci acrobatico • bob • rugby • immersioni con autorespiratore • football americano • pugilato • atletica pesante • lotta in tutte le sue forme • alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese • speleologia • sport aerei • sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore (e relative corse, gare, prove) • downhill
Sport professionistico/Gare professionistiche:	attività svolta da atleti che esercitano, a titolo oneroso, continuativo o in via prevalente rispetto ad altre attività professionali, una disciplina sportiva.
Struttura convenzionata:	Istituto di cura, poliambulatorio, Centro medico e relativi medici chirurghi, centro odontoiatrico e qualsiasi altra struttura sanitaria o socio-sanitaria con cui Cooperazione Salute ha definito un accordo (convenzionamento con il Network) per il pagamento diretto o indiretto delle prestazioni e per la fruizione da parte degli Aderenti di prestazioni a tariffe calmierate.

Struttura sanitaria privata:	società, Istituto di cura, associazione, Centro medico e diagnostico e ogni altro ente o soggetto privato, in qualsiasi forma organizzato, che operi nel settore dei servizi sanitari, regolarmente autorizzato all'esercizio delle attività sanitarie e accreditato (nel caso di erogazione di prestazioni in nome e per conto del SSN) dalle autorità competenti.
Sub-massimale/ Sotto limite:	importo stabilito per la singola Garanzia/Sotto-Garanzia del Piano sanitario per anno di copertura, rappresentante la spesa massima, ricompresa nel Massimale principale a cui fa riferimento, che la Società si impegna a sostenere nei confronti dell'Aderente, o Avente diritto se previsto, per detta Garanzia/Sotto-Garanzia.
Telemedicina:	modalità di erogazione di servizi di assistenza sanitaria, tramite il ricorso a tecnologie innovative, in particolare alle Information and Communication Technologies (ICT), in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente (o due professionisti) non si trovano nella stessa località.
Trattamenti fisioterapici riabilitativi:	prestazioni di medicina fisica e riabilitativa per il recupero di funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da Malattia o Infortunio, indennizzabili dal Piano sanitario. I Trattamenti fisioterapici riabilitativi devono essere effettuati in Centri medici da fisioterapista con laurea in fisioterapia conseguita dopo il 17 marzo 1999 o diploma universitario in fisioterapia o diploma universitario di fisioterapista conseguiti dal 1994 al 2002, fatti salvi ulteriori requisiti richiesti dalla legge, o soggetti con titolo equipollente quali: Fisiokinesiterapista, Terapista della riabilitazione, Tecnico fisioterapista della riabilitazione, Terapista della riabilitazione dell'apparato motore, Massofisioterapista, diplomati entro il 17 marzo 1999 con corso iniziato entro il 31 dicembre 1995 (fatti salvi ulteriori requisiti richiesti dalla legge). Non rientrano nella definizione e quindi sono escluse dal Piano sanitario le prestazioni: per problematiche estetiche; eseguite con metodiche che abbiano finalità estetica (ad esempio la mesoterapia a fini estetici) o di mantenimento.
Visita specialistica:	prestazione sanitaria effettuata da Medico specialista per diagnosi e prescrizioni coerenti con la specializzazione. Sono ammesse solo le visite di medicina tradizionale. Non sono considerate Visite specialistiche quelle effettuate da medici di Medicina Generale e Pediatri, e da professionisti non medici (ad esempio il biologo nutrizionista). Rientrano nella definizione, e quindi sono coperte dal Piano sanitario, le Visite specialistiche erogate in modalità Telemedicina secondo le linee di indirizzo nazionali del Ministero della Salute.
Voucher di riconoscimento:	documento di riconoscimento che permette alle Strutture convenzionate di identificare come Aderente o Avente diritto ad un Piano sanitario di Cooperazione Salute il soggetto che lo presenta e ne è intestatario, permettendogli di beneficiare delle tariffe agevolate concordate dalle Strutture convenzionate afferenti al Network. Tale documento è elaborato autonomamente dall'Aderente nella propria Area riservata.

FORME DI ASSISTENZA

ASSISTENZA VIA AREA RISERVATA

ASSISTENZA IN FORMA DIRETTA

Per usufruire dell'Assistenza in forma diretta, l'Aderente dovrà attenersi al seguente iter:



- **Individuare** una struttura fra quelle convenzionate: le Strutture convenzionate sono disponibili alla sezione *Consultazione - Ricerca struttura* in Area Riservata.
- **Contattare** la struttura scelta per richiedere una prestazione in forma diretta da parte di un medico/professionista convenzionato con Cooperazione Salute e prenotare.
- Almeno **5** giorni lavorativi prima della prestazione, inviare a Cooperazione Salute la **Richiesta di Prestazione in Forma Diretta** tramite Area Riservata compilando il Form online e allegando la copia della prescrizione del Medico di Medicina Generale (MMG). Qualora espressamente indicato nella singola Garanzia del Piano sanitario, è possibile inviare la prescrizione di un Medico specialista o fruire della prestazione senza prescrizione medica (ad esempio, per i pacchetti di prevenzione). La prescrizione deve contenere l'indicazione della patologia in corso o presunta, il quesito diagnostico o la diagnosi. **La prescrizione è ritenuta valida se riportante data uguale o antecedente non più di 365 giorni la data del documento di spesa.** Per le Cure odontoiatriche, è necessario allegare il Piano terapeutico contenente le prestazioni desiderate.
- Cooperazione Salute fornirà all'Aderente e alla struttura sanitaria **l'autorizzazione** a beneficiare del servizio.
- L'Aderente dovrà presentarsi presso la Struttura convenzionata con un documento di identità in corso di validità e avere con sé il documento di *Presa In Carico* in formato digitale o cartaceo (ovvero l'autorizzazione che Cooperazione Salute allegnerà alla richiesta nella sezione Pratiche in Area Riservata, l'unico documento utile per fruire della prestazione in forma diretta).
- Al termine della prestazione sanitaria **l'Aderente** dovrà **saldare**, direttamente alla struttura, la quota di sua competenza indicata sul modulo di autorizzazione di Cooperazione Salute. La quota rimanente verrà liquidata direttamente alla Struttura convenzionata da Cooperazione Salute.

L'Assistenza in forma diretta è possibile unicamente quando si presentino tutte e tre le seguenti condizioni: ove prevista dal Piano sanitario dell'Aderente; se autorizzata da Cooperazione Salute; presso Strutture convenzionate con medici convenzionati con il Network Sanitario e/o Odontoiatrico di Cooperazione Salute.

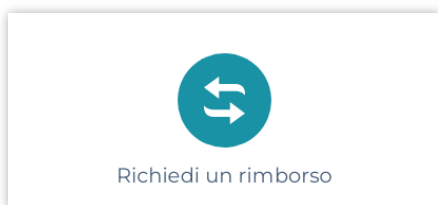
Non sono prese in considerazione richieste inoltrate direttamente dalle strutture del Network Sanitario e/o Odontoiatrico di Cooperazione Salute.

Nel caso in cui la prestazione venga effettuata da un Avente diritto minorenni, la richiesta deve essere presentata dall'Aderente attraverso la propria Area Riservata selezionando il nominativo dell'Avente diritto che deve fruire della prestazione.

Nei casi di particolare complessità nei quali la documentazione inviata dall'Aderente non permettesse di escludere con certezza la presenza di patologie preesistenti, la Società si riserva di richiedere un certificato anamnestico e i relativi referti.

La liquidazione degli oneri contenuta nella presa in carico è subordinata al rispetto di quanto riportato nella stessa circa condizioni, avvertenze, limiti ed eventuali altre indicazioni riportate nel Piano sanitario.

ASSISTENZA IN FORMA INDIRETTA



L'Assistenza in forma indiretta prevede il Rimborso o l'Indennizzo delle spese sanitarie sostenute in base a quanto previsto dal Piano sanitario. Per richiedere un Rimborso o Indennizzo l'Aderente dovrà far pervenire a Cooperazione Salute entro **90 giorni** dall'avvenuta spesa o, nel caso di Ricovero, dalla data di dimissione e, per le spese sostenute nel mese di dicembre, non oltre il **28 febbraio** dell'anno successivo, la seguente documentazione:

- Prescrizione medica del Medico di Medicina Generale del SSN contenente l'indicazione della patologia in corso o presunta, il quesito diagnostico o la diagnosi. Qualora espressamente indicato nella singola prestazione del Piano sanitario, è possibile inviare la prescrizione di un Medico specialista o fruire della prestazione senza prescrizione medica (ad esempio, per i pacchetti di prevenzione). **In caso di prestazioni fruite in modalità privata, la prescrizione è ritenuta valida se riportata data uguale o antecedente non più di 365 giorni la data del documento di spesa.**
- Copia conforme della cartella clinica completa, ove prevista dal Piano sanitario, unitamente alla scheda di dimissione ospedaliera (SDO);
- Documentazione quietanzata del pagamento delle spese per le prestazioni sanitarie o socio-sanitarie (fatture, note di spesa, ricevute, etc);
- In caso di infortunio deve essere presentato anche: referto del Pronto Soccorso del Sistema Sanitario Nazionale; se non ci sono strutture di Pronto Soccorso nel luogo in cui si è verificato l'infortunio, l'aderente può presentare un certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo.

Nei casi di particolare complessità nei quali la documentazione inviata dall'Aderente non permettesse di escludere con certezza la presenza di patologie preesistenti, la Società si riserva di richiedere un certificato anamnestico e i relativi referti..

La richiesta di Rimborso o Indennizzo potrà essere presentata a Cooperazione Salute:

- tramite AREA RISERVATA: compilando il form nella sezione Pratiche - Nuova richiesta di Rimborso/Indennizzo e allegando copia della documentazione sopra elencata;
- tramite l'inserimento della richiesta di Rimborso/Indennizzo da parte del Promotore mutualistico nel portale della Società, mediante proprie utenze.

ACCESSO AI TARIFFARI AGEVOLATI DEL NETWORK CONVENZIONATO



Elabora il voucher per te e i tuoi familiari

Per richiedere l'applicazione delle tariffe agevolate è necessario farsi riconoscere dalla Struttura convenzionata come aderenti a Cooperazione Salute tramite il **voucher di riconoscimento**, il documento attestante la propria adesione alla Mutua, avente validità mensile ed elaborabile autonomamente tramite la schermata Home della propria Area Riservata.

GESTIONE DEI RIMBORSI E DEGLI INDENNIZZI

Nel caso in cui l'Aderente o l'Avente diritto disponga di altre forme di copertura sanitaria, oltre a quella del SSN, si impegnerà a comunicare a Cooperazione Salute l'importo degli eventuali rimborsi o indennizzi percepiti da altri Enti, Fondi o Compagnie Assicuratrici per lo stesso Evento/documento di spesa/per la stessa prestazione per cui presenta richiesta a Cooperazione Salute. Tale comunicazione dovrà pervenire, in fase di inserimento della richiesta di Rimborso o Indennizzo in Area Riservata, tramite la compilazione dell'apposito campo.

Invio della documentazione tramite Area Riservata



Visualizza lo stato delle richieste

1. L'Aderente dovrà verificare che la pratica sia stata acquisita da Cooperazione Salute e che abbia assunto lo stato "Protocollata" nell'apposita sezione Pratiche - Le mie richieste, in Area Riservata. Successivamente, l'Aderente dovrà monitorare lo stato della pratica e le eventuali relative comunicazioni presenti nella medesima sezione.

2. Se, in fase di gestione della richiesta, si dovesse rilevare incompletezza nella documentazione presentata, Cooperazione Salute o, nel caso di Garanzia prestata mediante convenzione assicurativa, la Compagnia Assicurativa coinvolta e specificata nel Piano sanitario, provvederà ad inviare una richiesta di integrazione tramite Area Riservata, visibile sempre nella sezione Comunicazioni della Pratica. A notifica della stessa, Cooperazione Salute invierà un'e-mail, all'indirizzo utilizzato in fase di registrazione all'Area Riservata, con l'invito ad accedere al portale dedicato per visualizzare i messaggi. A seguito della ricezione di tale comunicazione l'Aderente avrà a disposizione **30** giorni effettivi per integrare la documentazione incompleta e/o non esaustiva, pena la non rimborsabilità della pratica. La documentazione integrativa dovrà essere inviata tassativamente rispondendo alla comunicazione ricevuta in Area Riservata o tramite il Promotore mutualistico, non inserendo una nuova richiesta di Indennizzo.
3. A conclusione della gestione della pratica, nella sezione dedicata dell'Area Riservata Pratiche - Le mie richieste, sarà possibile visionare lo stato assegnato.
 - a. Nel caso di respingimento verrà comunicata la ragione del diniego del Rimborso o Indennizzo (prestazione non prevista dal piano, richiesta Rimborso o Indennizzo tardiva o incompleta, sfioramento massimali, irregolarità, abusi, controversie, ecc.).
 - b. Nel caso di riconoscimento del Rimborso o Indennizzo la pratica assumerà lo stato "Liquidata" e verrà inviata all'Aderente, tramite e-mail, comunicazione attestante la liquidazione, verificabile sul proprio conto corrente in funzione delle tempistiche di accredito del proprio istituto di credito.

CONTATTI DI COOPERAZIONE SALUTE

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

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

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

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

Inviaci la tua Richiesta Informazioni direttamente dalla chat dedicata nella tua Area Riservata oppure all'indirizzo
e-mail assistenza.ccb@cooperazionesalute.it.

14

Desideri ricevere assistenza telefonica?

Chiama i nostri uffici allo **0461.1975484**

Indirizzo di Cooperazione Salute

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

OPZIONI E PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

Nel seguito sono descritte le tre opzioni alternative di copertura del Piano sanitario:

- **Platinum**
- **Gold**
- **Silver**

L'Aderente, in fase di sottoscrizione, può decidere di selezionare una sola opzione di copertura tra le tre previste.

Una volta sottoscritto, Il Piano sanitario è composto dall'opzione di copertura prescelta dall'Aderente al momento della sottoscrizione.

Si invita l'Aderente a prendere visione della specifica opzione di copertura sottoscritta e delle singole Garanzie ricomprese, nelle quali troverà evidenza dei massimali, degli eventuali sotto-limiti nonché delle Franchigie e degli scoperti applicati. Si invita altresì l'Aderente a prendere visione delle carenze contrattuali, delle esclusioni e delle eventuali limitazioni riferite al Piano sanitario, descritte nelle Norme di Attuazione ricomprese nel presente documento.

	SILVER	GOLD	PLATINUM
RICOVERO E INTERVENTO			
AREA GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	Massimale € 100.000	Massimale € 200.000	Massimale € 400.000
AREA RICOVERO PER GRAVI PATOLOGIE, RICOVERO CON INTERVENTO CHIRURGICO			
AREA RICOVERO SENZA INTERVENTO CHIRURGICO, INTERVENTI CHIRURGICI AMBULATORIALI, DAY SURGERY/DAY HOSPITAL			
PRESTAZIONI EXTRA OSPEDALIERE			
AREA SPECIALISTICA	Massimale € 2.550	Massimale € 4.300	Massimale € 6.100
PACCHETTO MATERNITÀ	Massimale € 1.050	Massimale € 1.500	Massimale € 2.200
AREA ODONTOIATRICA		Massimale € 2.500	Massimale € 4.000
AREA SOCIO-SANITARIA	Massimale € 1.000	Massimale € 2.000	Massimale € 3.000
AREA PANDEMICA	Massimale € 1.750	Massimale € 2.650	Massimale € 3.875
PRESTAZIONI PREVENZIONE			
PERCORSI DI PREVENZIONE	Rimborso totale	Rimborso totale	Rimborso totale
ASSISTENZA			
CENTRALE OPERATIVA	- Assistenza h24 - Assistenza sul piano sanitario	- Assistenza h24 - Assistenza sul piano sanitario	- Assistenza h24 - Assistenza sul piano sanitario
ACCESSO A TARIFFARI AGEVOLATI	Per Iscritto e nucleo familiare	Per Iscritto e nucleo familiare	Per Iscritto e nucleo familiare

15

COPERTURA PLATINUM

A. AREA RICOVERO E INTERVENTO

1. OGGETTO DELLA COPERTURA

Nell'Area Ricovero e Intervento sono ricomprese le prestazioni conseguenti a malattia o infortunio che abbiano dato origine a:

- Ricovero per Grande intervento chirurgico;
- Ricovero per Grave patologia;
- Ricovero per Intervento chirurgico;
- Ricovero senza Intervento chirurgico;
- Intervento chirurgico ambulatoriale;
- Day hospital/Day surgery.

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

1.1 DURANTE IL RICOVERO

Nel caso di Ricovero dell'Aderente a seguito di malattia o infortunio, il Piano sanitario prevede il Rimborso delle spese sostenute per:

- a. onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio);
- b. diritti di sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi protesici, endoprotesici, terapeutici applicati durante l'intervento;
- c. Accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio, assistenza medica, ostetrica ed infermieristica;
- d. terapie, Trattamenti fisioterapici riabilitativi effettuati durante il periodo di Ricovero e relativi alla malattia o all'infortunio che ha causato il Ricovero stesso, medicinali;
- e. spese per materiale medicale e protesico con uno scoperto del 30%;
- f. spese sostenute per l'utilizzo di robot nel limite di € 3.000 per Intervento;
- g. rette di degenza, escluse le spese concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente.

In caso di trapianto, sono riconosciute solo le spese dell'Aderente per ricevere l'organo trapiantato. Sono escluse tutte le spese connesse alla donazione di organi, sia da parte dell'Aderente che da parte di terzi.

Assistenza in forma diretta

- Franchigia: **€ 500** nel caso di Ricovero per Grande intervento chirurgico, **€ 1.500** nel caso di Ricovero per Grave patologia, Intervento chirurgico, Intervento chirurgico ambulatoriale, Ricovero senza Intervento chirurgico, Day hospital/Day surgery.
La quota rimanente viene liquidata direttamente dalla Società alla Struttura convenzionata.

Assistenza in forma indiretta

- Ticket sanitari: Rimborso al **100%**.
- Strutture sanitarie private: scoperto del **35%** per Ricovero con minimo non indennizzabile di **€ 2.500** per qualsiasi tipo di Ricovero o Intervento chirurgico previsto dall'opzione di copertura prescelta del Piano sanitario.

1.2 PERIODO PRE RICOVERO

Nel periodo di **90 giorni** antecedenti all'inizio del Ricovero o dell'Intervento chirurgico, il Piano sanitario prevede il Rimborso delle spese sostenute per Accertamenti diagnostici, esami di laboratorio comprensivi degli eventuali onorari medici, e Visite specialistiche, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il Ricovero e/o l'Intervento chirurgico e ad esso riconducibili.

Assistenza in forma diretta

- Rimborso al **100%**

Assistenza in forma indiretta

- Ticket sanitari: Rimborso al **100%**.
- Strutture sanitarie private: scoperto del **30%** per periodo.

1.3 PERIODO POST RICOVERO

Nel periodo di **120 giorni** (180 giorni in caso di malattia oncologica) successivi alla fine del Ricovero o dell'Intervento chirurgico, il Piano sanitario prevede il Rimborso delle spese sostenute per esami di laboratorio, Accertamenti diagnostici, Visite specialistiche, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, Trattamenti fisioterapici riabilitativi, cure termali (escluse le spese di natura alberghiera), purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il Ricovero e/o l'Intervento chirurgico e ad esso riconducibili.

Assistenza in forma diretta

- Rimborso al **100%**

Assistenza in forma indiretta

- Ticket sanitari: Rimborso al **100%**.
- Strutture sanitarie private: scoperto del **30%** per periodo.

1.4 INDENNITÀ SOSTITUTIVA PER RICOVERO A CARICO DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE

17

Nel caso in cui le spese di Ricovero siano a totale carico del Sistema Sanitario Nazionale, il Piano sanitario garantisce un'Indennità sostitutiva pari a **€ 100** per ogni giorno di Ricovero, per un massimo di **100 giorni** per anno di copertura. Il diritto all'Indennità matura dal momento del rientro al domicilio da parte dell'Aderente. L'eventuale decesso dell'Aderente avvenuto prima del rientro a domicilio non consente pertanto l'erogazione di tale Indennità ai suoi eredi.

Il primo e l'ultimo giorno di Ricovero sono considerati come un unico giorno.

L'indennità sostitutiva non si applica per la permanenza nel Pronto Soccorso/astanteria se non segue il ricovero nello stesso Istituto di Cura.

In caso di Day Hospital/Day Surgery l'Indennità sostitutiva viene corrisposta per ogni giorno di degenza diurna.

La Garanzia è fruibile in **forma indiretta**.

1.5 OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE

Nel periodo di **120 giorni** (180 giorni in caso di Non autosufficienza) successivi alla fine del Ricovero per Grande intervento chirurgico, il Piano sanitario prevede il Rimborso delle spese sostenute per prestazioni di ospedalizzazione domiciliare, assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica tendente al recupero della funzionalità fisica post intervento, secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato l'intervento e ad esso riconducibili.

Assistenza in forma diretta

- Franchigia: **€ 250** per Ricovero.

Assistenza in forma indiretta

- Ticket sanitari: Rimborso al **100%**.
- Strutture sanitarie private: scoperto del **20%** per Ricovero con minimo non indennizzabile di **€ 500**.

1.6 ASSISTENZA INFERMIERISTICA PRIVATA INDIVIDUALE

Nel caso in cui l'Aderente durante il Ricovero necessiti di assistenza infermieristica privata individuale, il Piano sanitario garantisce un Rimborso mediante Assistenza in forma indiretta pari a **€ 60** per ogni giorno, per un massimo di **30 giorni** all'anno, elevati a **180 giorni** nel caso di Non autosufficienza.

La Garanzia è fruibile in **forma indiretta**.

1.7 TRASPORTO SANITARIO

Nel caso in cui l'Aderente necessiti di recarsi con mezzi sanitariamente attrezzati presso un Istituto di Cura per essere ricoverato in Italia o all'estero ai sensi del Piano sanitario, è garantito il Rimborso delle spese di trasporto da e verso l'Istituto di Cura, di trasferimento da un Istituto di Cura ad un altro, e di rientro alla propria abitazione, sempreché le condizioni dell'Aderente giustifichino questa necessità.

Qualora il Ricovero avvenga all'estero (mentre l'Aderente è in viaggio oppure perché le strutture sanitarie in Italia non sono sufficientemente attrezzate per la complessità dell'intervento o per l'alta specializzazione richiesta dallo stesso), sono comprese anche le spese di viaggio sostenute da un accompagnatore.

Nel limite per Ricovero o intervento di € 500, elevato a € 1.500 per trasporto estero ed eventuale accompagnatore, elevato a € 2.500 per trasporto con eliambulanza o aereo sanitario.

La Garanzia è fruibile in **forma diretta o indiretta**.

1.8 ACCOMPAGNATORE

Nel caso in cui l'Aderente che si sottopone a Ricovero o intervento necessiti di un accompagnatore, il Piano sanitario garantisce il Rimborso delle spese ad esso riferite, documentate (fatture, notule, ricevute), sostenute per vitto e pernottamento in Istituto di Cura o struttura alberghiera, se l'istituto non presenta disponibilità, fino a **€ 60** per ogni giorno di Ricovero, per un massimo di **30 giorni** all'anno.

La Garanzia è fruibile in **forma indiretta**.

1.9 RIMPATRIO DELLA SALMA

Nel caso di decesso all'estero durante il Ricovero a seguito malattia o infortunio, il Piano sanitario garantisce il Rimborso delle spese per il rimpatrio della salma.

La Garanzia è fruibile in **forma indiretta**.

1.10 ABORTO TERAPEUTICO, SPONTANEO O POST-TRAUMATICO

Il Piano sanitario prevede il Rimborso delle spese di cui al punto 1.1 "Durante il Ricovero" per aborto terapeutico, spontaneo o post-traumatico, con esclusione delle spese sostenute nei giorni precedenti e successivi al Ricovero.

Assistenza in forma diretta

- Rimborso al **100%**

Assistenza in forma indiretta

- Ticket sanitari: Rimborso al **100%**.

- Strutture sanitarie private: scoperto del **30%** per Ricovero con minimo non indennizzabile di **€ 600**.

1.11 TUTELA SPECIALE NEONATI

Il Piano sanitario prevede il Rimborso delle spese sostenute per cure e Interventi chirurgici effettuati nel primo anno di vita del neonato, Familiare dell'Aderente, per la correzione di Malformazioni congenite, comprese visite e Accertamenti diagnostici pre e post intervento, nonché la retta di vitto e pernottamento dell'Accompagnatore, come definito ai punti 1.1 "Durante il Ricovero", 1.2 "Periodo Pre Ricovero", 1.3 "Periodo Post Ricovero", 1.8 "Accompagnatore".

Assistenza in forma diretta

- Franchigia: **€ 500** nel caso di Ricovero per Grande intervento chirurgico, **€ 1.500** nel caso di Ricovero per Grave patologia, Intervento chirurgico, Intervento chirurgico ambulatoriale, Ricovero senza Intervento chirurgico, Day hospital/Day surgery.
La quota rimanente viene liquidata direttamente dalla Società alla Struttura convenzionata.

Assistenza in forma indiretta

- Ticket sanitari: Rimborso al **100%**.
- Strutture sanitarie private: scoperto del **35%** per Ricovero con minimo non indennizzabile di **€ 2.500** per qualsiasi tipo di Ricovero o Intervento chirurgico previsto dall'opzione di copertura prescelta del Piano sanitario.

1.12 RICOVERO DOMICILIARE PER MALATTIA TERMINALE

Nel caso di Ricovero domiciliare per Malattia terminale, desumibile dalla Cartella clinica o certificato dal Medico di Medicina Generale (MMG), il Piano sanitario garantisce un'Indennità a copertura delle spese sostenute per assistenza domiciliare continuativa, medica ed infermieristica, fornita da organizzazioni o strutture sanitarie legalmente riconosciute, pari a **€ 110** per ogni giorno di Ricovero domiciliare, per un massimo di **60 giorni** all'anno.

La Garanzia è fruibile in **forma indiretta**.

19

1.13 PRECISAZIONI IN MERITO ALLE PRESTAZIONI DELL'AREA RICOVERO E INTERVENTO (AREA A)

Le spese per un Ricovero improprio non sono riconosciute nell'Area A bensì nell'ambito delle singole prestazioni ricomprese nelle altre aree, se previste e rimborsabili ai sensi del Piano sanitario.

Gli interventi per cure dentarie, resi necessari per cause diverse dall'infortunio, sono esclusi dalla copertura per Day surgery/Day hospital e intervento ambulatoriale.

Tutti gli Interventi chirurgici con Sub-massimali o Sotto-limiti includono anche gli interventi concomitanti, se riferiti alla stessa branca medica. In particolare:

- gli interventi concomitanti, effettuati nella stessa seduta operatoria ed effettuabili attraverso la stessa via d'accesso, sono compresi nei sotto-limiti previsti dal Piano sanitario;
- gli interventi concomitanti effettuati nella stessa seduta operatoria ma con diversa via d'accesso sono rimborsabili al 50% in proporzione alla complessità dell'intervento concomitante rispetto all'intervento principale.

I limiti di spesa applicati alle spese pre e post Ricovero/ Day Hospital-Day Surgery sono quelli previsti dalle Garanzie "Periodo Pre Ricovero" e "Periodo Post Ricovero". Nel caso di Assistenza in forma diretta, qualora il Ricovero non abbia luogo, le prestazioni autorizzate come pre Ricovero sono considerate come prestazioni extraospedaliere, se previste dal Piano sanitario. L'Aderente è tenuto a restituire a Cooperazione Salute, a fronte di richiesta scritta da parte della Società, gli importi eccedenti i limiti (massimali, Franchigie, scoperti) previsti da dette prestazioni extraospedaliere.

Nel caso in cui la prestazione fruita non possa rientrare tra quelle previste dalle Garanzie extraospedaliere, l'Aderente è tenuto, a fronte di richiesta scritta da parte della Società, a restituire l'intera somma pagata da Cooperazione Salute alla Struttura convenzionata o a pagare direttamente il dovuto alla Struttura convenzionata qualora la Società non avesse ancora provveduto al pagamento.

MASSIMALE DI AREA

MASSIMALE DI AREA PER ANNO DI COPERTURA:

€ 400.000 per l'insieme delle prestazioni dell'Area, ridotto a **€ 100.000** nel caso di Assistenza in forma indiretta o in Regime misto.

SUB-MASSIMALI PER EVENTO :

- Ricovero per Grave Patologia e Ricovero con Intervento chirurgico: € 50.000;
- Ricovero senza Intervento chirurgico, Intervento chirurgico ambulatoriale, Day hospital/Day surgery: € 15.000;
- Ospedalizzazione domiciliare: € 7.500;
- Aborto terapeutico, spontaneo o post traumatico: € 2.500;
- Trasporto sanitario: € 500, elevato a € 1.500 per trasporto estero ed eventuale accompagnatore, elevato a € 2.500 per trasporto con eliambulanza o trasporto con aereo sanitario;
- Rimpatrio salma: € 2.100.

SUB-MASSIMALI PER GARANZIA PER ANNO DI COPERTURA:

- Tutela Speciale Neonati: **€ 30.000**

B. AREA SPECIALISTICA

20

1. ALTA SPECIALIZZAZIONE DIAGNOSTICA E STRUMENTALE

Il Piano sanitario prevede il Rimborso delle spese per prestazioni di Alta Specializzazione diagnostica e strumentale, eseguite in presenza di prescrizione del Medico di Medicina Generale (MMG) indicante la patologia accertata o presunta per la quale la prestazione viene richiesta.

Le prestazioni rimborsabili sono:

- Diagnostica radiologica con utilizzo di mezzo di contrasto (es: angiografia, broncografia)
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN)
- Tomografia Assiale Computerizzata con o senza mezzo di contrasto (TAC)
- Tomografia ad emissione di positroni (Pet)
- Ecodoppler
- Ecocolordoppler

Assistenza in forma diretta

- Franchigia: **€ 30** per prestazione. La quota rimanente viene liquidata direttamente dalla Società alla Struttura convenzionata.

Assistenza in forma indiretta

- Ticket sanitari: Rimborso al **100%**.
- Strutture sanitarie private: scoperto del **20%** per prestazione con minimo non indennizzabile di **€ 100**.

2. ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Il Piano sanitario prevede il Rimborso delle spese sostenute per gli Accertamenti diagnostici eseguiti indipendentemente dal Ricovero, in presenza di prescrizione del Medico di Medicina Generale (MMG) indicante la patologia accertata o presunta per la quale la prestazione viene richiesta.

Le prestazioni rimborsabili sono:

- Diagnostica radiologica tradizionale
- Ecocardiografia
- Ecografia (escluse ecografia intravascolare e ecografia endobronchiale)
- Elettrocardiografia
- Elettroencefalografia
- Elettromiografia
- Uroflussometria

Assistenza in forma diretta

- Franchigia: **€ 30** per prestazione. La quota rimanente viene liquidata direttamente dalla Società alla Struttura convenzionata.

Assistenza in forma indiretta

- Ticket sanitari: Rimborso al **100%**.
- Strutture sanitarie private: scoperto del **20%** per prestazione con minimo non indennizzabile di **€ 50**.

3. VISITE SPECIALISTICHE

Il Piano sanitario prevede il Rimborso delle spese sostenute per le Visite specialistiche eseguite in presenza di prescrizione del Medico di Medicina Generale (MMG) indicante la patologia accertata o presunta per la quale la prestazione viene richiesta.

Come previsto all'Art. 11 "Esclusioni" delle Norme di Attuazione, non sono in copertura le visite specialistiche: odontoiatriche, ortodontiche, pediatriche, psichiatriche, psicoterapeutiche.

A parziale deroga a quanto previsto dal citato Art. 11, è ammessa in copertura per i figli minori dell'Aderente 1 visita pediatrica: tra i 6 mesi ed i 12 mesi di età; al raggiungimento dei 4 anni di età; al raggiungimento dei 6 anni di età.

Assistenza in forma diretta

- Franchigia: **€ 30** per prestazione. La quota rimanente viene liquidata direttamente dalla Società alla Struttura convenzionata.

Assistenza in forma indiretta

- Ticket sanitari: Rimborso al **100%**.
- Strutture sanitarie private: scoperto del **20%** per prestazione con minimo non indennizzabile di **€ 50**.

4. PROTESI ANATOMICHE E PRESIDI SANITARI

Il Piano sanitario prevede il Rimborso delle spese sostenute per l'acquisto o il noleggio di protesi anatomiche e presidi sanitari per il ripristino della funzionalità fisica e per la correzione di menomazioni fisiche, in presenza di prescrizione del Medico di Medicina Generale (MMG) o Medico specialista, in particolare:

- apparecchi protesici ortopedici sostitutivi di parti anatomiche;
- carrozzelle ortopediche;
- amplificatori acustici;
- apparecchiature per emodialisi;

- erogatori portatili di ossigeno per la terapia di malattie bronco polmonari.

Si precisa che il medico che prescrive la prestazione deve essere diverso dal medico erogatore.

Assistenza in forma indiretta

- Ticket sanitari: Rimborso al **100%**.
- Nel caso di acquisto o noleggio presso Strutture sanitarie private l'Aderente può richiedere il Rimborso totale della spesa in base al massimale della prestazione.

5. LENTI E OCCHIALI

Il piano prevede il Rimborso delle spese sostenute per l'acquisto di occhiali da vista, lenti da vista (con esclusione delle lenti a contatto e delle protesi sostitutive oculari), a seguito di modifica del visus certificata da medico oculista od optometrista abilitato. La certificazione deve avere la medesima data del documento di spesa o antecedente di massimo 6 mesi. Non sono riconosciute le certificazioni che non siano strettamente riconducibili a motivazioni patologiche o funzionali dell'apparato visivo. È necessario presentare il certificato di conformità rilasciato dall'ottico (D.Lgs 46/1997 "Attuazione della direttiva 93/42/CEE, concernente i dispositivi medici").

Assistenza in forma indiretta

- Strutture private: Rimborso totale della spesa in base al massimale della prestazione.

MASSIMALE DI AREA

MASSIMALE DI AREA PER ANNO DI COPERTURA: **€ 6.100**

SOTTO-LIMITI PER GARANZIA PER ANNO DI COPERTURA:

- Alta Specializzazione Diagnostica e Strumentale: **€ 3.000**
- Accertamenti Diagnostici: **€ 1.000**
- Visite Specialistiche: **€ 1.000**
- Protesi Anatomiche ed Apparecchi Acustici: **€ 1.000**
- Lenti/Occhiali: **€ 100**

22

C. AREA MATERNITÀ

1. PACCHETTO MATERNITÀ

In caso di gravidanza, il Piano sanitario prevede il Rimborso delle spese sostenute dall'Aderente per se stessa, in presenza di un certificato di gravidanza indicante la data presunta del parto. Le prestazioni rimborsabili, fruite presso Strutture convenzionate e non convenzionate, sono: esami di laboratorio, accertamenti diagnostici, visite specialistiche di controllo sull'andamento della gravidanza e controlli ostetrici.

Si precisa che le Visite specialistiche devono essere effettuate da medici specializzati in ginecologia e ostetricia e i controlli ostetrici da personale sanitario abilitato all'esercizio della professione di ostetrica/o iscritto all'apposito albo professionale.

Dalla presente Garanzia sono esclusi i test genetici prenatali su DNA fetale.

Assistenza in forma diretta

- Franchigia: **€ 30** per prestazione. La quota rimanente viene liquidata direttamente dalla Società alla Struttura convenzionata.

Assistenza in forma indiretta

- Ticket sanitari: Rimborso al **100%**.
- Strutture sanitarie private: scoperto del **30%** per prestazione con il massimo rimborsabile di **€ 80** per prestazione.

2. INDENNITÀ PARTO

In occasione del parto, l'Aderente ha diritto a un'Indennità di **€ 100** per ogni giorno di Ricovero per un periodo non superiore a **7 giorni** per Ricovero. Il primo e l'ultimo giorno di Ricovero sono considerati come un unico giorno. Per il parto domiciliare è previsto un sussidio forfettario di **€ 150**.

La Garanzia è fruibile in **forma indiretta**.

MASSIMALE DI AREA

MASSIMALE DI AREA PER ANNO DI COPERTURA: **€ 2.200**

SOTTO-LIMITI PER GARANZIA PER ANNO DI COPERTURA:

- Pacchetto Maternità: **€ 1.500**
- Indennità Parto: **€ 700**

D. AREA ODONTOIATRICA

1. PREVENZIONE ODONTOIATRICA

Il Piano sanitario incentiva la prevenzione odontoiatrica periodica tramite il riconoscimento di una visita odontoiatrica annuale unitamente ad una seduta di ablazione semplice del tartaro, fruita presso una Struttura convenzionata mediante l'Assistenza in forma diretta. Visita e seduta di ablazione devono essere eseguite in un'unica soluzione.

Assistenza in forma diretta

- La prestazione può essere fruita presso una Struttura convenzionata mediante l'autorizzazione preventiva rilasciata da Cooperazione Salute. La prestazione viene liquidata direttamente alla Struttura convenzionata dalla Società.

2. CURE ODONTOIATRICHE

Il Piano sanitario prevede l'accesso mediante l'Assistenza in forma diretta alle cure odontoiatriche fruita esclusivamente presso Strutture convenzionate, previa presentazione del Piano terapeutico alla Società o di un'autocertificazione su carta bianca contenente le prestazioni desiderate. Nel seguito sono riportate le prestazioni accordabili e i relativi importi massimi indennizzabili. Nel caso di avulsioni e implantologia, ai fini liquidativi è necessario presentare le radiografie e i referti radiografici che documentino la situazione clinica precedente e successiva l'esecuzione della prestazione richiesta. In deroga a quanto stabilito dalle Norme di attuazione, alle prestazioni previste dalla presente Garanzia non si applica l'art.10 "Patologie

Pregresse". Qualora il costo della singola prestazione e/o il numero di prestazioni dovessero superare i valori massimi di seguito riportati, la quota eccedente dovrà essere versata direttamente dall'Aderente alla Struttura convenzionata.

Avulsioni (estrazioni dentarie), massimo 4 prestazioni per anno di copertura:

- Estrazione semplice: € 36 importo massimo accordabile;
- Estrazione complessa in inclusione ossea parziale: € 50 importo massimo accordabile;
- Estrazione in inclusione ossea totale: € 120 importo massimo accordabile.

Cure conservative:

- Otturazione carie in composito o amalgama: € 40 importo massimo accordabile per otturazione 1-2 superfici, € 60 per otturazione 3-5 superfici. Massimo 4 prestazioni per anno di copertura;
- Terapia canalare (compresi rx endorali e otturazioni): € 80 importo massimo accordabile per 1 canale, € 100 per 2 canali, € 125 per 3 canali;
- Intarsio ceramica: € 200 importo massimo accordabile per elemento;
- Corona protesica provvisoria semplice in resina o armata: € 30 importo massimo accordabile per elemento;
- Corona protesica in lega non preziosa (L.N.P.) e ceramica o lega preziosa (L.P.): € 150 importo massimo accordabile per elemento;
- Corona in lega preziosa (L.P.) e ceramica o metal free o AGC e porcellana: € 300 importo massimo accordabile per elemento;
- Trattamenti ortognatodontici fino al compimento del 30° anno di età: € 300 importo massimo accordabile. Massimo 4 anni di copertura.

Radiologia:

- Radiografia endorale: € 5 importo massimo accordabile per prestazione;
- Ortopantomografia (OPT): € 15 importo massimo accordabile per prestazione;
- Teleradiografia: € 20 importo massimo accordabile per prestazione;
- Dentalscan 1 arcata: € 100 importo massimo accordabile per prestazione;
- Dentalscan 2 arcate: € 150 importo massimo accordabile per prestazione.

24

Implantologia:

- applicazione di un numero di 1 o più impianti, previsti nel medesimo piano di cura. Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'elemento provvisorio e il perno moncone relativi all'impianto/i: € 500 importo massimo accordabile per elemento.

Assistenza in forma diretta presso Strutture convenzionate

- Le prestazioni possono essere fruite presso le Strutture convenzionate mediante l'autorizzazione preventiva rilasciata da Cooperazione Salute. La prestazione viene liquidata direttamente alla Struttura convenzionata dalla Società. Qualora il costo della singola prestazione e/o il numero di prestazioni dovessero superare i valori massimi previsti, la quota eccedente dovrà essere versata direttamente dall'Aderente alla Struttura convenzionata.

3. CURE ODONTOIATRICHE DA INFORTUNIO

Il Piano sanitario prevede il Rimborso delle spese sostenute per cure odontoiatriche a seguito di infortunio, certificato dal Pronto Soccorso del Sistema Sanitario Nazionale, e ad esso riconducibili, previa presentazione del Piano terapeutico alla Società. La prestazione dovrà essere effettuata entro 6 mesi dalla data dell'infortunio.

Assistenza in forma diretta

- La prestazione può essere fruita presso una Struttura convenzionata mediante l'autorizzazione preventiva rilasciata da Cooperazione Salute. La prestazione viene liquidata direttamente alla Struttura convenzionata dalla Società.

Assistenza in forma indiretta

- Ticket sanitari: Rimborso al **100%**.
- Strutture sanitarie private: scoperto del **50%** per Evento.

MASSIMALE DI AREA

MASSIMALE DI AREA PER ANNO DI COPERTURA: **€ 4.000**

SOTTO-LIMITI PER GARANZIA PER ANNO DI COPERTURA:

- Cure Odontoiatriche: **€ 1.500**
- Cure Odontoiatriche da Infortunio: **€ 2.500**

E. AREA SOCIO-SANITARIA

25

1. ASSISTENZA INFERMIERISTICA E SOCIO SANITARIA A SEGUITO DI INFORTUNIO

Nel caso di infortunio certificato dal Pronto Soccorso del Sistema Sanitario Nazionale entro 7 giorni dall'accaduto, con prognosi superiore a 10 giorni ed esplicita necessità di prestazioni a domicilio, il Piano sanitario prevede il Rimborso delle spese sostenute per interventi sanitari a domicilio per terapia medica e/o specialistica, infermieristica, mobilitazioni, prelievi, rilievi dei parametri biologici, effettuati da professionisti sanitari e socio-sanitari riconosciuti dal Ministero della Salute, il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa, che dovrà riportare la specifica dei trattamenti effettuati. Per richiedere l'accesso alla prestazione in forma diretta o indiretta, l'Aderente deve presentare un certificato del Medico di Medicina Generale (MMG) o del Medico specialista, indicante la necessità di assistenza infermieristica e socio sanitaria a seguito di infortunio. Nel caso di prescrizione di un Medico specialista, quest'ultimo non deve coincidere con il medico che effettua la prestazione e deve avere una specializzazione attinente con quanto prescritto.

Assistenza in forma diretta

- La prestazione può essere fruita presso una Struttura convenzionata mediante l'autorizzazione preventiva rilasciata da Cooperazione Salute, previa presentazione del Piano terapeutico alla Società. La prestazione viene liquidata direttamente alla Struttura convenzionata da Cooperazione Salute.

Assistenza in forma indiretta

- Ticket sanitari: Rimborso al **100%**.
- Strutture sanitarie private: scoperto del **20%** per Evento.

2. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO

Nel caso di infortunio certificato dal Pronto Soccorso del Sistema Sanitario Nazionale, con prognosi superiore a 10 giorni, il Piano sanitario prevede il Rimborso delle spese sostenute per Trattamenti fisioterapici riabilitativi effettuati presso un Centro medico. Per richiedere l'accesso alla prestazione in forma diretta o indiretta, l'Aderente deve presentare la prescrizione del Medico di Medicina Generale (MMG) o del Medico specialista, indicante la patologia per la quale la prestazione viene richiesta. Nel caso di prescrizione di un Medico specialista, quest'ultimo non deve coincidere con il medico che effettua la prestazione e deve avere una specializzazione attinente con quanto prescritto (ad esempio: ortopedia, fisiatria, neurologia). Ai fini liquidativi, nel caso di Assistenza in forma indiretta, l'Aderente deve presentare evidenza del titolo di studio e dell'anno di conseguimento dello stesso da parte del professionista che ha erogato la prestazione fisioterapica. Si invita a consultare il Glossario alla voce "Trattamenti fisioterapici riabilitativi".

Assistenza in forma diretta

- La prestazione può essere fruita presso una Struttura convenzionata mediante l'autorizzazione preventiva rilasciata da Cooperazione Salute, previa presentazione del Piano terapeutico alla Società. La prestazione viene liquidata direttamente alla Struttura convenzionata dalla Società.

Assistenza in forma indiretta

- Ticket sanitari: Rimborso al **100%**.
- Strutture sanitarie private: scoperto del **20%** per Evento.

MASSIMALE DI AREA

MASSIMALE DI AREA PER ANNO DI COPERTURA: **€ 3.000**

SOTTO-LIMITI PER GARANZIA PER ANNO DI COPERTURA:

- Assistenza infermieristica e socio sanitaria a seguito di infortunio: **€ 1.500**
- Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio: **€ 1.500**

F. PROGRAMMI DI PREVENZIONE

Il Piano sanitario garantisce la possibilità di beneficiare di un programma di prevenzione per anno di copertura tra quelli di seguito previsti, trascorsi almeno 12 mesi dalla fruizione del programma precedentemente fruito. I programmi di prevenzione sono effettuabili esclusivamente presso le Strutture convenzionate, in un'unica soluzione ovvero nella stessa seduta, senza alcun onere a carico dell'Aderente, previo rilascio dell'autorizzazione da parte di Cooperazione Salute.

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

PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

Dedicato a Donne e Uomini senza limiti di età

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

PREVENZIONE ONCOLOGICA DONNA

Dedicato a Donne di età superiore a 30 anni

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

PREVENZIONE ONCOLOGICA UOMO

Dedicato a Uomini di età superiore a 45 anni

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

PREVENZIONE DERMATOLOGICA

Dedicato a Donne e Uomini senza limiti di età

- Mappatura nevica con epiluminescenza digitale
- Visita specialistica dermatologica

PREVENZIONE GINECOLOGICA DONNA

Dedicato a Donne di età inferiore a 40 anni

- HPV (papillomavirus)
- Citologico per diagnostica tumorale (Pap Test)
- Ecografia mammaria
- Visita specialistica senologica

PREVENZIONE GINECOLOGICA DONNA

Dedicato a Donne di età superiore a 40 anni

- HPV (papillomavirus)
- Citologico per diagnostica tumorale (Pap Test)
- Mammografia bilaterale
- Visita specialistica senologica

PREVENZIONE DELLE VIE RESPIRATORIE

Dedicato a Donne e Uomini senza limiti di età

- Spirometria
- Visita pneumologica

PREVENZIONE OTORINOLARINGOIATRICA

Dedicato a Donne e Uomini senza limiti di età

- visita otorinolaringoiatrica con esame audiometrico

PREVENZIONE OCULISTICA

Dedicato a Donne e Uomini senza limiti di età

- valutazione anamnestica tesa ad individuare eventuali familiarità, fattori di rischio personali o sintomatologia allo stato iniziale
- esame del segmento anteriore (cornea, congiuntiva ecc) ed annessi oculari
- studio del fundus oculi per individuare patologie retiniche
- misurazione del tono oculare
- misurazione del visus

Assistenza in forma diretta

- La prestazione può essere fruita presso una Struttura convenzionata mediante l'autorizzazione preventiva rilasciata da Cooperazione Salute. La prestazione viene liquidata direttamente alla Struttura convenzionata dalla Società.

G. AREA PANDEMICA

1. INDENNITÀ IN CASO DI RICOVERO

In caso di Ricovero dell'Aderente, con o senza Intervento chirurgico, per l'accertamento o la cura di Sindromi Influenzali di natura pandemica presso una:

- struttura ospedaliera del S.S.N.
- struttura accreditata o convenzionata con il S.S.N.
- struttura appositamente autorizzata dalle ordinanze governative (ad. es. ospedali privati, militari e da campo)

il Piano sanitario garantisce un'Indennità di **€ 50** per i primi 15 giorni di Ricovero e **€ 25** euro per i successivi, fino ad un massimo di **40 giorni** (corrisposta ad avvenute dimissioni dalla struttura). Il primo e l'ultimo giorno sono considerati come un unico giorno. L'Indennità non è riconosciuta per la permanenza nel Pronto Soccorso/astanteria se non segue il Ricovero nella stessa struttura.

La Garanzia è fruibile in **forma indiretta**.

2. INDENNITÀ DA CONVALESCENZA POST TERAPIA INTENSIVA

In caso di Ricovero in terapia intensiva dell'Aderente per la cura di Sindromi Influenzali di natura pandemica presso una:

- struttura ospedaliera del S.S.N.
- struttura accreditata o convenzionata con il S.S.N.
- struttura appositamente autorizzata dalle ordinanze governative (ad. es. ospedali privati, militari e da campo)

il Piano sanitario garantisce un'Indennità da convalescenza (prescritta al momento delle dimissioni) un tantum di **€ 2.500** (corrisposta ad avvenute dimissioni dalla struttura).

La Garanzia è fruibile in **forma indiretta**.

COPERTURA GOLD

A. AREA RICOVERO E INTERVENTO

1. OGGETTO DELLA COPERTURA

Nell'Area Ricovero e Intervento sono ricomprese le prestazioni conseguenti a malattia o infortunio che abbiano dato origine a:

- Ricovero per Grande intervento chirurgico;
- Ricovero per Grave patologia;
- Ricovero per Intervento chirurgico.

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

1.1 DURANTE IL RICOVERO

Nel caso di Ricovero dell'Aderente a seguito di malattia o infortunio, il Piano sanitario prevede il Rimborso delle spese sostenute per:

- h. onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio);
- i. diritti di sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi protesici, endoprotesici, terapeutici applicati durante l'intervento;
- j. Accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio, assistenza medica, ostetrica ed infermieristica;
- k. terapie, Trattamenti fisioterapici riabilitativi effettuati durante il periodo di Ricovero e relativi alla malattia o all'infortunio che ha causato il Ricovero stesso, medicinali;
- l. spese per materiale medicale e protesico con uno scoperto del 30%;
- m. spese sostenute per l'utilizzo di robot nel limite di € 3.000 per Intervento;
- n. rette di degenza, escluse le spese concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente.

30

In caso di trapianto, sono riconosciute solo le spese dell'Aderente per ricevere l'organo trapiantato. Sono escluse tutte le spese connesse alla donazione di organi, sia da parte dell'Aderente che da parte di terzi.

Assistenza in forma diretta

- Franchigia: **€ 500** nel caso di Ricovero per Grande intervento chirurgico, **€ 1.500** nel caso di Ricovero per Grave patologia, Intervento chirurgico.
La quota rimanente viene liquidata direttamente dalla Società alla Struttura convenzionata.

Assistenza in forma indiretta

- Ticket sanitari: Rimborso al **100%**.
- Strutture sanitarie private: scoperto del **35%** per Ricovero con minimo non indennizzabile di **€ 2.500** per qualsiasi tipo di Ricovero o Intervento chirurgico previsto dall'opzione di copertura prescelta del Piano sanitario.

1.2 PERIODO PRE RICOVERO

Nel periodo di **90 giorni** antecedenti all'inizio del Ricovero o dell'Intervento chirurgico, il Piano sanitario prevede il Rimborso delle spese sostenute per Accertamenti diagnostici, esami di laboratorio comprensivi degli eventuali onorari medici, e Visite specialistiche, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il Ricovero e/o l'Intervento chirurgico e ad esso riconducibili.

Assistenza in forma diretta

- Rimborso al **100%**

Assistenza in forma indiretta

- Ticket sanitari: Rimborso al **100%**.
- Strutture sanitarie private: scoperto del **30%** per periodo.

1.3 PERIODO POST RICOVERO

Nel periodo di **120 giorni** (180 giorni in caso di malattia oncologica) successivi alla fine del Ricovero o dell'Intervento chirurgico, il Piano sanitario prevede il Rimborso delle spese sostenute per esami di laboratorio, Accertamenti diagnostici, Visite specialistiche, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, Trattamenti fisioterapici riabilitativi, cure termali (escluse le spese di natura alberghiera), purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il Ricovero e/o l'Intervento chirurgico e ad esso riconducibili.

Assistenza in forma diretta

- Rimborso al **100%**

Assistenza in forma indiretta

- Ticket sanitari: Rimborso al **100%**.
- Strutture sanitarie private: scoperto del **30%** per periodo.

1.4 INDENNITÀ SOSTITUTIVA PER RICOVERO A CARICO DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE

31

Nel caso in cui le spese di Ricovero siano a totale carico del Sistema Sanitario Nazionale, il Piano sanitario garantisce un'Indennità sostitutiva pari a **€ 100** per ogni giorno di Ricovero, per un massimo di **75 giorni** per anno di copertura. Il diritto all'Indennità matura dal momento del rientro al domicilio da parte dell'Aderente. L'eventuale decesso dell'Aderente avvenuto prima del rientro a domicilio non consente pertanto l'erogazione di tale Indennità ai suoi eredi.

Il primo e l'ultimo giorno di Ricovero sono considerati come un unico giorno.

L'indennità sostitutiva non si applica per la permanenza nel Pronto Soccorso/astanteria se non segue il ricovero nello stesso Istituto di Cura.

La Garanzia è fruibile in **forma indiretta**.

1.5 OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE

Nel periodo di **120 giorni** (180 giorni in caso di Non autosufficienza) successivi alla fine del Ricovero per Grande intervento chirurgico, il Piano sanitario prevede il Rimborso delle spese sostenute per prestazioni di ospedalizzazione domiciliare, assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica tendente al recupero della funzionalità fisica post intervento, secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato l'intervento e ad esso riconducibili.

Assistenza in forma diretta

- Franchigia: **€ 250** per Ricovero.

Assistenza in forma indiretta

- Ticket sanitari: Rimborso al **100%**.

- Strutture sanitarie private: scoperto del **20%** per Ricovero con minimo non indennizzabile di **€ 500**.

1.6 ASSISTENZA INFERMIERISTICA PRIVATA INDIVIDUALE

Nel caso in cui l'Aderente durante il Ricovero necessiti di assistenza infermieristica privata individuale, il Piano sanitario garantisce un Rimborso mediante Assistenza in forma indiretta pari a **€ 60** per ogni giorno, per un massimo di **30 giorni** all'anno, elevati a **180 giorni** nel caso di Non autosufficienza.

La Garanzia è fruibile in **forma indiretta**.

1.7 TRASPORTO SANITARIO

Nel caso in cui l'Aderente necessiti di recarsi con mezzi sanitariamente attrezzati presso un Istituto di Cura per essere ricoverato in Italia o all'estero ai sensi del Piano sanitario, è garantito il Rimborso delle spese di trasporto da e verso l'Istituto di Cura, di trasferimento da un Istituto di Cura ad un altro, e di rientro alla propria abitazione, sempreché le condizioni dell'Aderente giustificino questa necessità.

Qualora il Ricovero avvenga all'estero (mentre l'Aderente è in viaggio oppure perché le strutture sanitarie in Italia non sono sufficientemente attrezzate per la complessità dell'intervento o per l'alta specializzazione richiesta dallo stesso), sono comprese anche le spese di viaggio sostenute da un accompagnatore.

Nel limite per Ricovero o intervento di € 500, elevato a € 1.500 per trasporto estero ed eventuale accompagnatore, elevato a € 2.500 per trasporto con eliambulanza o aereo sanitario.

La Garanzia è fruibile in **forma diretta o indiretta**.

1.8 ACCOMPAGNATORE

Nel caso in cui l'Aderente che si sottopone a Ricovero o intervento necessiti di un accompagnatore, il Piano sanitario garantisce il Rimborso delle spese ad esso riferite, documentate (fatture, notule, ricevute), sostenute per vitto e pernottamento in Istituto di Cura o struttura alberghiera, se l'istituto non presenta disponibilità, fino a **€ 60** per ogni giorno di Ricovero, per un massimo di **30 giorni** all'anno.

La Garanzia è fruibile in **forma indiretta**.

1.9 RIMPATRIO DELLA SALMA

Nel caso di decesso all'estero durante il Ricovero a seguito malattia o infortunio, il Piano sanitario garantisce il Rimborso delle spese per il rimpatrio della salma.

La Garanzia è fruibile in **forma indiretta**.

1.10 ABORTO TERAPEUTICO, SPONTANEO O POST-TRAUMATICO

Il Piano sanitario prevede il Rimborso delle spese di cui al punto 2 "Durante il Ricovero" per aborto terapeutico, spontaneo o post-traumatico, con esclusione delle spese sostenute nei giorni precedenti e successivi al Ricovero.

Assistenza in forma diretta

- Rimborso al **100%**

Assistenza in forma indiretta

- Ticket sanitari: Rimborso al **100%**.
- Strutture sanitarie private: scoperto del **30%** per Ricovero con minimo non indennizzabile di **€ 600**.

1.11 TUTELA SPECIALE NEONATI

Il Piano sanitario prevede il Rimborso delle spese sostenute per cure e Interventi chirurgici effettuati nel primo anno di vita del neonato, Familiare dell'Aderente, per la correzione di Malformazioni congenite, comprese visite e Accertamenti diagnostici pre e post intervento, nonché la retta di vitto e pernottamento dell'Accompagnatore, come definito ai punti 1.1 "Durante il Ricovero", 1.2 "Periodo Pre Ricovero", 1.3 "Periodo Post Ricovero", 1.8 "Accompagnatore".

Assistenza in forma diretta

- Franchigia: **€ 500** nel caso di Ricovero per Grande intervento chirurgico, **€ 1.500** nel caso di Ricovero per Grave patologia, Intervento chirurgico.
La quota rimanente viene liquidata direttamente dalla Società alla Struttura convenzionata.

Assistenza in forma indiretta

- Ticket sanitari: Rimborso al **100%**.
- Strutture sanitarie private: scoperto del **35%** per Ricovero con minimo non indennizzabile di **€ 2.500** per qualsiasi tipo di Ricovero o Intervento chirurgico previsto dall'opzione di copertura prescelta del Piano sanitario.

1.12 RICOVERO DOMICILIARE PER MALATTIA TERMINALE

Nel caso di Ricovero domiciliare per Malattia terminale, desumibile dalla Cartella clinica o certificato dal Medico di Medicina Generale (MMG), il Piano sanitario garantisce un'Indennità a copertura delle spese sostenute per assistenza domiciliare continuativa, medica ed infermieristica, fornita da organizzazioni o strutture sanitarie legalmente riconosciute, pari a **€ 110** per ogni giorno di Ricovero domiciliare, per un massimo di **60 giorni** all'anno.

La Garanzia è fruibile in **forma indiretta**.

1.13 PRECISAZIONI IN MERITO ALLE PRESTAZIONI DELL'AREA RICOVERO E INTERVENTO (AREA A)

Le spese per un Ricovero improprio non sono riconosciute nell'Area A bensì nell'ambito delle singole prestazioni ricomprese nelle altre aree, se previste e rimborsabili ai sensi del Piano sanitario.

Tutti gli Interventi chirurgici con Sub-massimali o Sotto-limiti includono anche gli interventi concomitanti:

- gli interventi concomitanti, effettuati nella stessa seduta operatoria ed effettuabili attraverso la stessa via d'accesso, sono compresi nei sotto-limiti previsti dal Piano sanitario;
- gli interventi concomitanti effettuati nella stessa seduta operatoria ma con diversa via d'accesso sono rimborsabili al 50% in proporzione alla complessità dell'intervento concomitante rispetto all'intervento principale.

I limiti di spesa applicati alle spese pre e post Ricovero sono quelli previsti dalle Garanzie "Periodo Pre Ricovero" e "Periodo Post Ricovero". Nel caso di Assistenza in forma diretta, qualora il Ricovero non abbia luogo, le prestazioni autorizzate come pre Ricovero sono considerate come prestazioni extraospedaliere, se previste dal Piano sanitario. L'Aderente è tenuto a restituire a Cooperazione Salute, a fronte di richiesta scritta da parte della Società, gli importi eccedenti i limiti (massimali, Franchigie, scoperti) previsti da dette prestazioni extraospedaliere.

Nel caso in cui la prestazione fruita non possa rientrare tra quelle previste dalle Garanzie extraospedaliere, l'Aderente è tenuto, a fronte di richiesta scritta da parte della Società, a restituire l'intera somma pagata da Cooperazione Salute alla Struttura convenzionata o a pagare direttamente il dovuto alla Struttura convenzionata qualora la Società non avesse ancora provveduto al pagamento.

MASSIMALE DI AREA

MASSIMALE DI AREA PER ANNO DI COPERTURA:

€ 200.000 per l'insieme delle prestazioni dell'Area, ridotto a **€ 75.000** nel caso di Assistenza in forma indiretta o in Regime misto.

SUB-MASSIMALI PER EVENTO :

- Ricovero per Grave Patologia e Ricovero con Intervento chirurgico: € 25.000;
- Ospedalizzazione domiciliare: € 7.500;
- Aborto terapeutico, spontaneo o post traumatico: € 2.500;
- Trasporto sanitario: € 500, elevato a € 1.500 per trasporto estero ed eventuale accompagnatore, elevato a € 2.500 per trasporto con eliambulanza o trasporto con aereo sanitario;
- Rimpatrio salma: € 2.100.

SUB-MASSIMALI PER GARANZIA PER ANNO DI COPERTURA:

- Tutela Speciale Neonati: **€ 30.000**

B. AREA SPECIALISTICA

1. ALTA SPECIALIZZAZIONE DIAGNOSTICA E STRUMENTALE

Il Piano sanitario prevede il Rimborso delle spese per prestazioni di Alta Specializzazione diagnostica e strumentale, eseguite in presenza di prescrizione del Medico di Medicina Generale (MMG) indicante la patologia accertata o presunta per la quale la prestazione viene richiesta.

Le prestazioni rimborsabili sono:

- Diagnostica radiologica con utilizzo di mezzo di contrasto (es: angiografia, broncografia)
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN)
- Tomografia Assiale Computerizzata con o senza mezzo di contrasto (TAC)
- Tomografia ad emissione di positroni (Pet)
- Ecodoppler
- Ecocolordoppler

Assistenza in forma diretta

- Franchigia: **€ 30** per prestazione. La quota rimanente viene liquidata direttamente dalla Società alla Struttura convenzionata.

Assistenza in forma indiretta

- Ticket sanitari: Rimborso al **100%**.
- Strutture sanitarie private: scoperto del **20%** per prestazione con minimo non indennizzabile di **€ 100**.

2. ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Il Piano sanitario prevede il Rimborso delle spese sostenute per gli Accertamenti diagnostici eseguiti indipendentemente dal Ricovero, in presenza di prescrizione del Medico di Medicina Generale (MMG) indicante la patologia accertata o presunta per la quale la prestazione viene richiesta.

Le prestazioni rimborsabili sono:

- Diagnostica radiologica tradizionale
- Ecocardiografia
- Ecografia (escluse ecografia intravascolare e ecografia endobronchiale)
- Elettrocardiografia
- Elettroencefalografia
- Elettromiografia
- Uroflussometria

Assistenza in forma diretta

- Franchigia: **€ 30** per prestazione. La quota rimanente viene liquidata direttamente dalla Società alla Struttura convenzionata.

Assistenza in forma indiretta

- Ticket sanitari: Rimborso al **100%**
- Strutture sanitarie private: scoperto del **20%** per prestazione con minimo non indennizzabile di **€ 50**

3. VISITE SPECIALISTICHE

Il Piano sanitario prevede il Rimborso delle spese sostenute per le Visite specialistiche eseguite in presenza di prescrizione del Medico di Medicina Generale (MMG) indicante la patologia accertata o presunta per la quale la prestazione viene richiesta.

Come previsto all'Art. 11 "Esclusioni" delle Norme di Attuazione, non sono in copertura le visite specialistiche: odontoiatriche, ortodontiche, pediatriche, psichiatriche, psicoterapeutiche.

A parziale deroga a quanto previsto dal citato Art. 11, è ammessa in copertura per i figli minori dell'Aderente 1 visita pediatrica: tra i 6 mesi ed i 12 mesi di età; al raggiungimento dei 4 anni di età; al raggiungimento dei 6 anni di età.

35

Assistenza in forma diretta

- Franchigia: **€ 30** per prestazione. La quota rimanente viene liquidata direttamente dalla Società alla Struttura convenzionata.

Assistenza in forma indiretta

- Ticket sanitari: Rimborso al **100%**.
- Strutture sanitarie private: scoperto del **20%** per prestazione con minimo non indennizzabile di **€ 50**.

4. PROTESI ANATOMICHE E PRESIDI SANITARI

Il Piano sanitario prevede il Rimborso delle spese sostenute per l'acquisto o il noleggio di protesi anatomiche e presidi sanitari per il ripristino della funzionalità fisica e per la correzione di menomazioni fisiche, in presenza di prescrizione del Medico di Medicina Generale (MMG) o Medico specialista, in particolare:

- apparecchi protesici ortopedici sostitutivi di parti anatomiche;
- carrozzelle ortopediche;
- amplificatori acustici;
- apparecchiature per emodialisi;
- erogatori portatili di ossigeno per la terapia di malattie bronco polmonari.

Si precisa che il medico che prescrive la prestazione deve essere diverso dal medico erogatore.

Assistenza in forma indiretta

- Ticket sanitari: Rimborso al **100%**.
- Nel caso di acquisto o noleggio presso Strutture sanitarie private l'Aderente può richiedere il Rimborso totale della spesa in base al massimale della prestazione.

5. LENTI E OCCHIALI

Il piano prevede il Rimborso delle spese sostenute per l'acquisto di occhiali da vista, lenti da vista (con esclusione delle lenti a contatto e delle protesi sostitutive oculari), a seguito di modifica del visus certificata da medico oculista od optometrista abilitato. La certificazione deve avere la medesima data del documento di spesa o antecedente di massimo 6 mesi. Non sono riconosciute le certificazioni che non siano strettamente riconducibili a motivazioni patologiche o funzionali dell'apparato visivo. È necessario presentare il certificato di conformità rilasciato dall'ottico (D.Lgs 46/1997 "Attuazione della direttiva 93/42/CEE, concernente i dispositivi medici").

Assistenza in forma indiretta

- Strutture sanitarie private: Rimborso totale della spesa in base al massimale della prestazione.

MASSIMALE DI AREA

MASSIMALE DI AREA PER ANNO DI COPERTURA: **€ 4.300**

SOTTO-LIMITI PER GARANZIA PER ANNO DI COPERTURA:

- Alta Specializzazione Diagnostica e Strumentale: **€ 2.000**
- Accertamenti Diagnostici: **€ 750**
- Visite Specialistiche: **€ 750**
- Protesi Anatomiche ed Apparecchi Acustici: **€ 750**
- Lenti/Occhiali: **€ 75**

36

C. AREA MATERNITÀ

1. PACCHETTO MATERNITÀ

In caso di gravidanza, il Piano sanitario prevede il Rimborso delle spese sostenute dall'Aderente per se stessa, in presenza di un certificato di gravidanza indicante la data presunta del parto. Le prestazioni rimborsabili, fruite presso Strutture convenzionate e non convenzionate, sono: esami di laboratorio, accertamenti diagnostici, visite specialistiche di controllo sull'andamento della gravidanza e controlli ostetrici.

Si precisa che le Visite specialistiche devono essere effettuate da medici specializzati in ginecologia e ostetricia e i controlli ostetrici da personale sanitario abilitato all'esercizio della professione di ostetrica/o iscritto all'apposito albo professionale.

Dalla presente Garanzia sono esclusi i test genetici prenatali su DNA fetale.

Assistenza in forma diretta

- Franchigia: **€ 30** per prestazione. La quota rimanente viene liquidata direttamente dalla Società alla Struttura convenzionata.

Assistenza in forma indiretta

- Ticket sanitari: Rimborso al **100%**.
- Strutture sanitarie private: scoperto del **30%** per prestazione con il massimo rimborsabile di **€ 80** per prestazione.

2. INDENNITÀ PARTO

In occasione del parto, l'Aderente ha diritto a un'Indennità di **€ 100** per ogni giorno di Ricovero per un periodo non superiore a **5 giorni** per Ricovero. Il primo e l'ultimo giorno di Ricovero sono considerati come un unico giorno. Per il parto domiciliare è previsto un sussidio forfettario di **€ 150**.

La Garanzia è fruibile in **forma indiretta**.

MASSIMALE DI AREA

MASSIMALE DI AREA PER ANNO DI COPERTURA: **€ 1.500**

SOTTO-LIMITI PER GARANZIA PER ANNO DI COPERTURA:

- Pacchetto Maternità: **€ 1.000**
- Indennità Parto: **€ 500**

D. AREA ODONTOIATRICA

1. PREVENZIONE ODONTOIATRICA

Il Piano sanitario incentiva la prevenzione odontoiatrica periodica tramite il riconoscimento di una visita odontoiatrica annuale unitamente ad una seduta di ablazione semplice del tartaro, fruita presso una Struttura convenzionata mediante l'Assistenza in forma diretta. Visita e seduta di ablazione devono essere eseguite in un'unica soluzione.

Assistenza in forma diretta

- La prestazione può essere fruita presso una Struttura convenzionata mediante l'autorizzazione preventiva rilasciata da Cooperazione Salute. La prestazione viene liquidata direttamente alla Struttura convenzionata dalla Società.

2. CURE ODONTOIATRICHE

Il Piano sanitario prevede l'accesso mediante l'Assistenza in forma diretta alle cure odontoiatriche fruita esclusivamente presso Strutture convenzionate, previa presentazione del Piano terapeutico alla Società o di un'autocertificazione su carta bianca contenente le prestazioni desiderate. Nel seguito sono riportate le prestazioni accordabili e i relativi importi massimi indennizzabili. Nel caso di avulsioni e implantologia, ai fini liquidativi è necessario presentare le radiografie e i referti radiografici che documentino la situazione clinica precedente e successiva l'esecuzione della prestazione richiesta. In deroga a quanto previsto dalle Norme di attuazione, alle prestazioni previste dalla presente Garanzia non si applica l'art.10 "Patologie Pregresse". Qualora il costo della singola prestazione e/o il numero di prestazioni dovessero superare i valori massimi di seguito riportati, la quota eccedente dovrà essere versata direttamente dall'Aderente alla Struttura convenzionata.

Avulsioni (estrazioni dentarie), massimo 4 prestazioni per anno di copertura:

- Estrazione semplice: € 36 importo massimo accordabile;

- Estrazione complessa in inclusione ossea parziale: € 50 importo massimo accordabile;
- Estrazione in inclusione ossea totale: € 120 importo massimo accordabile.

Cure conservative:

- Otturazione carie in composito o amalgama: € 40 importo massimo accordabile per otturazione 1-2 superfici, € 60 per otturazione 3-5 superfici. Massimo 4 prestazioni per anno di copertura;
- Terapia canalare (compresi rx endorali e otturazioni): € 80 importo massimo accordabile per 1 canale, € 100 per 2 canali, € 125 per 3 canali;
- Intarsio ceramica: € 200 importo massimo accordabile per elemento;
- Corona protesica provvisoria semplice in resina o armata: € 30 importo massimo accordabile per elemento;
- Corona protesica in lega non preziosa (L.N.P.) e ceramica o lega preziosa (L.P.): € 150 importo massimo accordabile per elemento;
- Corona in lega preziosa (L.P.) e ceramica o metal free o AGC e porcellana: € 300 importo massimo accordabile per elemento;
- Trattamenti ortognatodontici fino al compimento del 30° anno di età: € 300 importo massimo accordabile. Massimo 4 anni di copertura.

Radiologia:

- Radiografia endorale: € 5 importo massimo accordabile per prestazione;
- Ortopantomografia (OPT): € 15 importo massimo accordabile per prestazione;
- Teleradiografia: € 20 importo massimo accordabile per prestazione;
- Dentalscan 1 arcata: € 100 importo massimo accordabile per prestazione;
- Dentalscan 2 arcate: € 150 importo massimo accordabile per prestazione.

38

Implantologia:

- applicazione di un numero di 1 o più impianti, previsti nel medesimo piano di cura. Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'elemento provvisorio e il perno moncone relativi all'impianto/i: € 500 importo massimo accordabile per elemento.

Assistenza in forma diretta presso Strutture convenzionate

- Le prestazioni possono essere fruite presso le Strutture convenzionate mediante l'autorizzazione preventiva rilasciata da Cooperazione Salute. La prestazione viene liquidata direttamente alla Struttura convenzionata dalla Società. Qualora il costo della singola prestazione e/o il numero di prestazioni dovessero superare i valori massimi previsti, la quota eccedente dovrà essere versata direttamente dall'Aderente alla Struttura convenzionata.

3. CURE ODONTOIATRICHE DA INFORTUNIO

Il Piano sanitario prevede il Rimborso delle spese sostenute per cure odontoiatriche a seguito di infortunio, certificato dal Pronto Soccorso del Sistema Sanitario Nazionale, e ad esso riconducibili, previa presentazione del Piano terapeutico alla Società. La prestazione dovrà essere effettuata entro 6 mesi dalla data dell'infortunio.

Assistenza in forma diretta

- La prestazione può essere fruita presso una Struttura convenzionata mediante l'autorizzazione preventiva rilasciata da Cooperazione Salute. La prestazione viene liquidata direttamente alla Struttura convenzionata dalla Società.

Assistenza in forma indiretta

- Ticket sanitari: Rimborso al **100%**.
- Strutture sanitarie private: scoperto del **50%** per Evento.

MASSIMALE DI AREA

MASSIMALE DI AREA PER ANNO DI COPERTURA: **€ 2.500**

SOTTO-LIMITI PER GARANZIA PER ANNO DI COPERTURA:

- Cure Odontoiatriche: **€ 500**
- Cure Odontoiatriche da Infortunio: **€ 2.000**

E. AREA SOCIO-SANITARIA

1. ASSISTENZA INFERMIERISTICA E SOCIO SANITARIA A SEGUITO DI INFORTUNIO

Nel caso di infortunio certificato dal Pronto Soccorso del Sistema Sanitario Nazionale entro 7 giorni dall'accaduto, con prognosi superiore a 10 giorni ed esplicita necessità di prestazioni a domicilio, il Piano sanitario prevede il Rimborso delle spese sostenute per interventi sanitari a domicilio per terapia medica e/o specialistica, infermieristica, mobilitazioni, prelievi, rilievi dei parametri biologici, effettuati da professionisti sanitari e socio-sanitari riconosciuti dal Ministero della Salute, il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa, che dovrà riportare la specifica dei trattamenti effettuati. Per richiedere l'accesso alla prestazione in forma diretta o indiretta, l'Aderente deve presentare un certificato del Medico di Medicina Generale (MMG) o del Medico specialista, indicante la necessità di assistenza infermieristica e socio sanitaria a seguito di infortunio. Nel caso di prescrizione di un Medico specialista, quest'ultimo non deve coincidere con il medico che effettua la prestazione e deve avere una specializzazione attinente con quanto prescritto.

39

Assistenza in forma diretta

- La prestazione può essere fruita presso una Struttura convenzionata mediante l'autorizzazione preventiva rilasciata da Cooperazione Salute, previa presentazione del Piano terapeutico alla Società. La prestazione viene liquidata direttamente alla Struttura convenzionata da Cooperazione Salute.

Assistenza in forma indiretta

- Ticket sanitari: Rimborso al **100%**.
- Strutture sanitarie private: scoperto del **20%** per Evento.

2. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO

Nel caso di infortunio certificato dal Pronto Soccorso del Sistema Sanitario Nazionale, con prognosi superiore a 10 giorni, il Piano sanitario prevede il Rimborso delle spese sostenute per Trattamenti fisioterapici riabilitativi effettuati presso un Centro medico. Per richiedere l'accesso alla prestazione in forma diretta o indiretta, l'Aderente deve presentare la prescrizione del Medico di Medicina Generale

(MMG) o del Medico specialista, indicante la patologia per la quale la prestazione viene richiesta. Nel caso di prescrizione di un Medico specialista, quest'ultimo non deve coincidere con il medico che effettua la prestazione e deve avere una specializzazione attinente con quanto prescritto (ad esempio: ortopedia, fisiatria, neurologia). Ai fini liquidativi, nel caso di Assistenza in forma indiretta, l'Aderente deve presentare evidenza del titolo di studio e dell'anno di conseguimento dello stesso da parte del professionista che ha erogato la prestazione fisioterapica. Si invita a consultare il Glossario alla voce "Trattamenti fisioterapici riabilitativi".

Assistenza in forma diretta

- La prestazione può essere fruita presso una Struttura convenzionata mediante l'autorizzazione preventiva rilasciata da Cooperazione Salute, previa presentazione del Piano terapeutico alla Società. La prestazione viene liquidata direttamente alla Struttura convenzionata dalla Società.

Assistenza in forma indiretta

- Ticket sanitari: Rimborso al **100%**.
- Strutture sanitarie private: scoperto del **20%** per Evento.

MASSIMALE DI AREA

MASSIMALE DI AREA PER ANNO DI COPERTURA: **€ 2.000**

SOTTO-LIMITI PER GARANZIA PER ANNO DI COPERTURA:

- Assistenza infermieristica e socio sanitaria a seguito di infortunio: **€ 1.000**
- Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio: **€ 1.000**

F. PROGRAMMI DI PREVENZIONE

40

Il Piano sanitario garantisce la possibilità di beneficiare di un programma di prevenzione per anno di copertura tra quelli di seguito previsti, trascorsi almeno 12 mesi dalla fruizione del programma precedentemente fruito. I programmi di prevenzione sono effettuabili esclusivamente presso le Strutture convenzionate, in un'unica soluzione ovvero nella stessa seduta, senza alcun onere a carico dell'Aderente, previo rilascio dell'autorizzazione da parte di Cooperazione Salute.

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

PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

Dedicato a Donne e Uomini senza limiti di età

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

PREVENZIONE ONCOLOGICA DONNA

Dedicato a Donne di età superiore a 30 anni

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

PREVENZIONE ONCOLOGICA UOMO

Dedicato a Uomini di età superiore a 45 anni

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

PREVENZIONE DERMATOLOGICA

Dedicato a Donne e Uomini senza limiti di età

- Mappatura nevica con epiluminescenza digitale
- Visita specialistica dermatologica

PREVENZIONE GINECOLOGICA DONNA

Dedicato a Donne di età inferiore a 40 anni

- HPV (papillomavirus)
- Citologico per diagnostica tumorale (Pap Test)
- Ecografia mammaria
- Visita specialistica senologica

41**PREVENZIONE GINECOLOGICA DONNA**

Dedicato a Donne di età superiore a 40 anni

- HPV (papillomavirus)
- Citologico per diagnostica tumorale (Pap Test)
- Mammografia bilaterale
- Visita specialistica senologica

PREVENZIONE DELLE VIE RESPIRATORIE

Dedicato a Donne e Uomini senza limiti di età

- Spirometria
- Visita pneumologica

PREVENZIONE OTORINOLARINGOIATRICA

Dedicato a Donne e Uomini senza limiti di età

- visita otorinolaringoiatrica con esame audiometrico

PREVENZIONE OCULISTICA

Dedicato a Donne e Uomini senza limiti di età

- valutazione anamnestica tesa ad individuare eventuali familiarità, fattori di rischio personali o sintomatologia allo stato iniziale
- esame del segmento anteriore (cornea, congiuntiva ecc) ed annessi oculari
- studio del fundus oculi per individuare patologie retiniche
- misurazione del tono oculare
- misurazione del visus

Assistenza in forma diretta

- La prestazione può essere fruita presso una Struttura convenzionata mediante l'autorizzazione preventiva rilasciata da Cooperazione Salute. La prestazione viene liquidata direttamente alla Struttura convenzionata dalla Società.

G. AREA PANDEMICA

1. INDENNITÀ IN CASO DI RICOVERO

In caso di Ricovero dell'Aderente, con o senza Intervento chirurgico, per l'accertamento o la cura di Sindromi Influenzali di natura pandemica presso una:

- struttura ospedaliera del S.S.N.
- struttura accreditata o convenzionata con il S.S.N.
- struttura appositamente autorizzata dalle ordinanze governative (ad. es. ospedali privati, militari e da campo)

42

il Piano sanitario garantisce un'Indennità di **€ 50** per i primi 15 giorni di Ricovero e **€ 25** euro per i successivi, fino ad un massimo di **30 giorni** (corrisposta ad avvenute dimissioni dalla struttura). Il primo e l'ultimo giorno sono considerati come un unico giorno. L'Indennità non è riconosciuta per la permanenza nel Pronto Soccorso/astanteria se non segue il Ricovero nella stessa struttura.

La Garanzia è fruibile in **forma indiretta**.

2. INDENNITÀ DA CONVALESCENZA POST TERAPIA INTENSIVA

In caso di Ricovero in terapia intensiva dell'Aderente per la cura di Sindromi Influenzali di natura pandemica presso una:

- struttura ospedaliera del S.S.N.
- struttura accreditata o convenzionata con il S.S.N.
- struttura appositamente autorizzata dalle ordinanze governative (ad. es. ospedali privati, militari e da campo)

il Piano sanitario garantisce un'Indennità da convalescenza (prescritta al momento delle dimissioni) una tantum di **€ 1.500** (corrisposta ad avvenute dimissioni dalla struttura).

La Garanzia è fruibile in **forma indiretta**.

COPERTURA SILVER

A. AREA RICOVERO E INTERVENTO

1. OGGETTO DELLA COPERTURA

Nell'Area Ricovero e Intervento sono ricomprese le prestazioni conseguenti a malattia o infortunio che abbiano dato origine a:

- Ricovero per Grande intervento chirurgico;

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

1.1 DURANTE IL RICOVERO

Nel caso di Ricovero dell'Aderente a seguito di malattia o infortunio, il Piano sanitario prevede il Rimborso delle spese sostenute per:

- o. onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio);
- p. diritti di sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi protesici, endoprotesici, terapeutici applicati durante l'intervento;
- q. Accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio, assistenza medica, ostetrica ed infermieristica;
- r. terapie, Trattamenti fisioterapici riabilitativi effettuati durante il periodo di Ricovero e relativi alla malattia o all'infortunio che ha causato il Ricovero stesso, medicinali;
- s. spese per materiale medicale e protesico con uno scoperto del 30%;
- t. spese sostenute per l'utilizzo di robot nel limite di € 3.000 per Intervento;
- u. rette di degenza, escluse le spese concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente.

43

In caso di trapianto, sono riconosciute solo le spese dell'Aderente per ricevere l'organo trapiantato. Sono escluse tutte le spese connesse alla donazione di organi, sia da parte dell'Aderente che da parte di terzi.

Assistenza in forma diretta

- Franchigia: **€ 500** nel caso di Ricovero per Grande intervento chirurgico.
La quota rimanente viene liquidata direttamente dalla Società alla Struttura convenzionata.

Assistenza in forma indiretta

- Ticket sanitari: Rimborso al **100%**.
- Strutture sanitarie private: scoperto del **35%** per Ricovero con minimo non indennizzabile di **€ 2.500** per qualsiasi tipo di Ricovero o Intervento chirurgico previsto dall'opzione di copertura prescelta del Piano sanitario.

1.2 PERIODO PRE RICOVERO

Nel periodo di **90 giorni** antecedenti all'inizio del Ricovero o dell'Intervento chirurgico, il Piano sanitario prevede il Rimborso delle spese sostenute per Accertamenti diagnostici, esami di laboratorio comprensivi degli eventuali onorari medici, e Visite specialistiche, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il Ricovero e/o l'Intervento chirurgico e ad esso riconducibili.

Assistenza in forma diretta

- Rimborso al **100%**

Assistenza in forma indiretta

- Ticket sanitari: Rimborso al **100%**.
- Strutture sanitarie private: scoperto del **30%** per periodo.

1.3 PERIODO POST RICOVERO

Nel periodo di **120 giorni** (180 giorni in caso di malattia oncologica) successivi alla fine del Ricovero o dell'Intervento chirurgico, il Piano sanitario prevede il Rimborso delle spese sostenute per esami di laboratorio, Accertamenti diagnostici, Visite specialistiche, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, Trattamenti fisioterapici riabilitativi, cure termali (escluse le spese di natura alberghiera), purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il Ricovero e/o l'Intervento chirurgico e ad esso riconducibili.

Assistenza in forma diretta

- Rimborso al **100%**

Assistenza in forma indiretta

- Ticket sanitari: Rimborso al **100%**.
- Strutture sanitarie private: scoperto del **30%** per periodo.

1.4 INDENNITÀ SOSTITUTIVA PER RICOVERO A CARICO DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE

Nel caso in cui le spese di Ricovero siano a totale carico del Sistema Sanitario Nazionale, il Piano sanitario garantisce un'Indennità sostitutiva pari a **€ 100** per ogni giorno di Ricovero, per un massimo di **50 giorni** per anno di copertura. Il diritto all'Indennità matura dal momento del rientro al domicilio da parte dell'Aderente. L'eventuale decesso dell'Aderente avvenuto prima del rientro a domicilio non consente pertanto l'erogazione di tale Indennità ai suoi eredi.

Il primo e l'ultimo giorno di Ricovero sono considerati come un unico giorno.

L'indennità sostitutiva non si applica per la permanenza nel Pronto Soccorso/astanteria se non segue il ricovero nello stesso Istituto di Cura.

La Garanzia è fruibile in **forma indiretta**.

44

1.5 OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE

Nel periodo di **120 giorni** (180 giorni in caso di Non autosufficienza) successivi alla fine del Ricovero per Grande intervento chirurgico, il Piano sanitario prevede il Rimborso delle spese sostenute per prestazioni di ospedalizzazione domiciliare, assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica tendente al recupero della funzionalità fisica post intervento, secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato l'intervento e ad esso riconducibili.

Assistenza in forma diretta

- Franchigia: **€ 250** per Ricovero.

Assistenza in forma indiretta

- Ticket sanitari: Rimborso al **100%**.
- Strutture sanitarie private: scoperto del **20%** per Ricovero con minimo non indennizzabile di **€ 500**.

1.6 ASSISTENZA INFERMIERISTICA PRIVATA INDIVIDUALE

Nel caso in cui l'Aderente durante il Ricovero necessiti di assistenza infermieristica privata individuale, il Piano sanitario garantisce un Rimborso mediante Assistenza in forma indiretta pari a **€ 60** per ogni giorno, per un massimo di **30 giorni** all'anno, elevati a **180 giorni** nel caso di Non autosufficienza.

La Garanzia è fruibile in **forma indiretta**.

1.7 TRASPORTO SANITARIO

Nel caso in cui l'Aderente necessiti di recarsi con mezzi sanitariamente attrezzati presso un Istituto di Cura per essere ricoverato in Italia o all'estero ai sensi del Piano sanitario, è garantito il Rimborso delle spese di trasporto da e verso l'Istituto di Cura, di trasferimento da un Istituto di Cura ad un altro, e di rientro alla propria abitazione, sempreché le condizioni dell'Aderente giustifichino questa necessità.

Qualora il Ricovero avvenga all'estero (mentre l'Aderente è in viaggio oppure perché le strutture sanitarie in Italia non sono sufficientemente attrezzate per la complessità dell'intervento o per l'alta specializzazione richiesta dallo stesso), sono comprese anche le spese di viaggio sostenute da un accompagnatore.

Nel limite per Ricovero o intervento di € 500, elevato a € 1.500 per trasporto estero ed eventuale accompagnatore, elevato a € 2.500 per trasporto con eliambulanza o aereo sanitario.

La Garanzia è fruibile in **forma diretta o indiretta**.

1.8 ACCOMPAGNATORE

Nel caso in cui l'Aderente che si sottopone a Ricovero o intervento necessiti di un accompagnatore, il Piano sanitario garantisce il Rimborso delle spese ad esso riferite, documentate (fatture, notule, ricevute), sostenute per vitto e pernottamento in Istituto di Cura o struttura alberghiera, se l'istituto non presenta disponibilità, fino a **€ 60** per ogni giorno di Ricovero, per un massimo di **30 giorni** all'anno.

La Garanzia è fruibile in **forma indiretta**.

45

1.9 RIMPATRIO DELLA SALMA

Nel caso di decesso all'estero durante il Ricovero a seguito malattia o infortunio, il Piano sanitario garantisce il Rimborso delle spese per il rimpatrio della salma.

La Garanzia è fruibile in **forma indiretta**.

1.10 ABORTO TERAPEUTICO, SPONTANEO O POST-TRAUMATICO

Il Piano sanitario prevede il Rimborso delle spese di cui al punto 2 "Durante il Ricovero" per aborto terapeutico, spontaneo o post-traumatico, con esclusione delle spese sostenute nei giorni precedenti e successivi al Ricovero.

Assistenza in forma diretta

- Rimborso al **100%**

Assistenza in forma indiretta

- Ticket sanitari: Rimborso al **100%**.
- Strutture sanitarie private: scoperto del **30%** per Ricovero con minimo non indennizzabile di **€ 600**.

1.11 TUTELA SPECIALE NEONATI

Il Piano sanitario prevede il Rimborso delle spese sostenute per cure e Interventi chirurgici effettuati nel primo anno di vita del neonato, Familiare dell'Aderente, per la correzione di Malformazioni congenite, comprese visite e Accertamenti diagnostici pre e post intervento, nonché la retta di vitto e pernottamento dell'Accompagnatore, come definito ai punti 1.1 "Durante il Ricovero", 1.2 "Periodo Pre Ricovero", 1.3 "Periodo Post Ricovero", 1.8 "Accompagnatore".

Assistenza in forma diretta

- Franchigia: **€ 500** nel caso di Ricovero per Grande intervento chirurgico, **€ 1.500** nel caso di Ricovero per Grave patologia, Intervento chirurgico, Intervento chirurgico ambulatoriale, Ricovero senza Intervento chirurgico, Day hospital/Day surgery.
La quota rimanente viene liquidata direttamente dalla Società alla Struttura convenzionata.

Assistenza in forma indiretta

- Ticket sanitari: Rimborso al **100%**.
- Strutture sanitarie private: scoperto del **35%** per Ricovero con minimo non indennizzabile di **€ 2.500** per qualsiasi tipo di Ricovero o Intervento chirurgico previsto dall'opzione di copertura prescelta del Piano sanitario.

1.12 RICOVERO DOMICILIARE PER MALATTIA TERMINALE

Nel caso di Ricovero domiciliare per Malattia terminale, desumibile dalla Cartella clinica o certificato dal Medico di Medicina Generale (MMG), il Piano sanitario garantisce un'Indennità a copertura delle spese sostenute per assistenza domiciliare continuativa, medica ed infermieristica, fornita da organizzazioni o strutture sanitarie legalmente riconosciute, pari a **€ 110** per ogni giorno di Ricovero domiciliare, per un massimo di **60 giorni** all'anno.

La Garanzia è fruibile in **forma indiretta**.

1.13 PRECISAZIONI IN MERITO ALLE PRESTAZIONI DELL'AREA RICOVERO E INTERVENTO (AREA A)

46

Le spese per un Ricovero improprio non sono riconosciute nell'Area A bensì nell'ambito delle singole prestazioni ricomprese nelle altre aree, se previste e rimborsabili ai sensi del Piano sanitario.

Tutti gli Interventi chirurgici con Sub-massimali o Sotto-limiti includono anche gli interventi concomitanti:

- gli interventi concomitanti, effettuati nella stessa seduta operatoria ed effettuabili attraverso la stessa via d'accesso, sono compresi nei sotto-limiti previsti dal Piano sanitario;
- gli interventi concomitanti effettuati nella stessa seduta operatoria ma con diversa via d'accesso sono rimborsabili al 50% in proporzione alla complessità dell'intervento concomitante rispetto all'intervento principale.

I limiti di spesa applicati alle spese pre e post Ricovero sono quelli previsti dalle Garanzie "Periodo Pre Ricovero" e "Periodo Post Ricovero". Nel caso di Assistenza in forma diretta, qualora il Ricovero non abbia luogo, le prestazioni autorizzate come pre Ricovero sono considerate come prestazioni extraospedaliere, se previste dal Piano sanitario. L'Aderente è tenuto a restituire a Cooperazione Salute, a fronte di richiesta scritta da parte della Società, gli importi eccedenti i limiti (massimali, Franchigie, scoperti) previsti da dette prestazioni extraospedaliere.

Nel caso in cui la prestazione fruita non possa rientrare tra quelle previste dalle Garanzie extraospedaliere, l'Aderente è tenuto, a fronte di richiesta scritta da parte della Società, a restituire l'intera somma pagata da Cooperazione Salute alla Struttura convenzionata o a pagare direttamente il dovuto alla Struttura convenzionata qualora la Società non avesse ancora provveduto al pagamento.

MASSIMALE DI AREA

MASSIMALE DI AREA PER ANNO DI COPERTURA:

€ 100.000 per l'insieme delle prestazioni dell'Area, ridotto a **€ 50.000** nel caso di Assistenza in forma indiretta o in Regime misto.

SUB-MASSIMALI PER EVENTO :

- Ospedalizzazione domiciliare: € 7.500;
- Aborto terapeutico, spontaneo o post traumatico: € 2.500;
- Trasporto sanitario: € 500, elevato a € 1.500 per trasporto estero ed eventuale accompagnatore, elevato a € 2.500 per trasporto con elimbulanza o trasporto con aereo sanitario;
- Rimpatrio salma: € 2.100.

SUB-MASSIMALI PER GARANZIA PER ANNO DI COPERTURA:

- Tutela Speciale Neonati: **€ 30.000**

B. AREA SPECIALISTICA

1. ALTA SPECIALIZZAZIONE DIAGNOSTICA E STRUMENTALE

Il Piano sanitario prevede il Rimborso delle spese per prestazioni di Alta Specializzazione diagnostica e strumentale, eseguite in presenza di prescrizione del Medico di Medicina Generale (MMG) indicante la patologia accertata o presunta per la quale la prestazione viene richiesta.

Le prestazioni rimborsabili sono:

- Diagnostica radiologica con utilizzo di mezzo di contrasto (es: angiografia, broncografia)
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN)
- Tomografia Assiale Computerizzata con o senza mezzo di contrasto (TAC)
- Tomografia ad emissione di positroni (Pet)
- Ecodoppler
- Ecocolordoppler

47

Assistenza in forma diretta

- Franchigia: **€ 30** per prestazione. La quota rimanente viene liquidata direttamente dalla Società alla Struttura convenzionata.

Assistenza in forma indiretta

- Ticket sanitari: Rimborso al **100%**.
- Strutture sanitarie private: scoperto del **20%** per prestazione con minimo non indennizzabile di **€ 100**.

2. ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Il Piano sanitario prevede il Rimborso delle spese sostenute per gli Accertamenti diagnostici eseguiti indipendentemente dal Ricovero, in presenza di prescrizione del Medico di Medicina Generale (MMG) indicante la patologia accertata o presunta per la quale la prestazione viene richiesta.

Le prestazioni rimborsabili sono:

- Diagnostica radiologica tradizionale
- Ecocardiografia
- Ecografia (escluse ecografia intravascolare e ecografia endobronchiale)
- Elettrocardiografia
- Elettroencefalografia
- Elettromiografia
- Uroflussometria

Assistenza in forma diretta

- Franchigia: **€ 30** per prestazione. La quota rimanente viene liquidata direttamente dalla Società alla Struttura convenzionata.

Assistenza in forma indiretta

- Ticket sanitari: Rimborso al **100%**.
- Strutture sanitarie private: scoperto del **20%** per prestazione con minimo non indennizzabile di **€ 50**.

3. VISITE SPECIALISTICHE

Il Piano sanitario prevede il Rimborso delle spese sostenute per le Visite specialistiche eseguite in presenza di prescrizione del Medico di Medicina Generale (MMG) indicante la patologia accertata o presunta per la quale la prestazione viene richiesta.

Come previsto all'Art. 11 "Esclusioni" delle Norme di Attuazione, non sono in copertura le visite specialistiche: odontoiatriche, ortodontiche, pediatriche, psichiatriche, psicoterapeutiche.

A parziale deroga a quanto previsto dal citato Art. 11, è ammessa in copertura per i figli minori dell'Aderente 1 visita pediatrica: tra i 6 mesi ed i 12 mesi di età; al raggiungimento dei 4 anni di età; al raggiungimento dei 6 anni di età.

Assistenza in forma diretta

- Franchigia: **€ 30** per prestazione. La quota rimanente viene liquidata direttamente dalla Società alla Struttura convenzionata.

48

Assistenza in forma indiretta

- Ticket sanitari: Rimborso al **100%**.
- Strutture sanitarie private: scoperto del **20%** per prestazione con minimo non indennizzabile di **€ 50**.

4. PROTESI ANATOMICHE E PRESIDI SANITARI

Il Piano sanitario prevede il Rimborso delle spese sostenute per l'acquisto o il noleggio di protesi anatomiche e presidi sanitari per il ripristino della funzionalità fisica e per la correzione di menomazioni fisiche, in presenza di prescrizione del Medico di Medicina Generale (MMG) o Medico specialista, in particolare:

- apparecchi protesici ortopedici sostitutivi di parti anatomiche;
- carrozzelle ortopediche;
- amplificatori acustici;
- apparecchiature per emodialisi;
- erogatori portatili di ossigeno per la terapia di malattie bronco polmonari.

Si precisa che il medico che prescrive la prestazione deve essere diverso dal medico erogatore.

Assistenza in forma indiretta

- Ticket sanitari: Rimborso al **100%**.
- Nel caso di acquisto o noleggio presso Strutture sanitarie private l'Aderente può richiedere il Rimborso totale della spesa in base al massimale della prestazione.

5. LENTI E OCCHIALI

Il piano prevede il Rimborso delle spese sostenute per l'acquisto di occhiali da vista, lenti da vista (con esclusione delle lenti a contatto e delle protesi sostitutive oculari), a seguito di modifica del visus certificata da medico oculista od optometrista abilitato. La certificazione deve avere la medesima data del documento di spesa o antecedente di massimo 6 mesi. Non sono riconosciute le certificazioni che non siano strettamente riconducibili a motivazioni patologiche o funzionali dell'apparato visivo. È necessario presentare il certificato di conformità rilasciato dall'ottico (D.Lgs 46/1997 "Attuazione della direttiva 93/42/CEE, concernente i dispositivi medici").

Assistenza in forma indiretta

- Strutture sanitarie private: Rimborso totale della spesa in base al massimale della prestazione.

MASSIMALE DI AREA

MASSIMALE DI AREA PER ANNO DI COPERTURA: **€ 2.550**

SOTTO-LIMITI PER GARANZIA PER ANNO DI COPERTURA:

- Alta Specializzazione Diagnostica e Strumentale: **€ 1.000**
- Accertamenti Diagnostici: **€ 500**
- Visite Specialistiche: **€ 500**
- Protesi Anatomiche ed Apparecchi Acustici: **€ 500**
- Lenti/Occhiali: **€ 50**

49

C. AREA MATERNITÀ

1. PACCHETTO MATERNITÀ

In caso di gravidanza, il Piano sanitario prevede il Rimborso delle spese sostenute dall'Aderente per se stessa, in presenza di un certificato di gravidanza indicante la data presunta del parto. Le prestazioni rimborsabili, fruite presso Strutture convenzionate e non convenzionate, sono: esami di laboratorio, accertamenti diagnostici, visite specialistiche di controllo sull'andamento della gravidanza e controlli ostetrici.

Si precisa che le Visite specialistiche devono essere effettuate da medici specializzati in ginecologia e ostetricia e i controlli ostetrici da personale sanitario abilitato all'esercizio della professione di ostetrica/o iscritto all'apposito albo professionale.

Dalla presente Garanzia sono esclusi i test genetici prenatali su DNA fetale.

Assistenza in forma diretta

- Franchigia: **€ 30** per prestazione. La quota rimanente viene liquidata direttamente dalla Società alla Struttura convenzionata.

Assistenza in forma indiretta

- Ticket sanitari: Rimborso al **100%**.

- Strutture sanitarie private: scoperto del **30%** per prestazione con il massimo rimborsabile di **€ 80** per prestazione.

2. INDENNITÀ PARTO

In occasione del parto, l'Aderente ha diritto a un'Indennità di **€ 100** per ogni giorno di Ricovero per un periodo non superiore a **3 giorni** per Ricovero. Il primo e l'ultimo giorno di Ricovero sono considerati come un unico giorno. Per il parto domiciliare è previsto un sussidio forfettario di **€ 150**.

La Garanzia è fruibile in **forma indiretta**.

MASSIMALE DI AREA

MASSIMALE DI AREA PER ANNO DI COPERTURA: **€ 1.050**

SOTTO-LIMITI PER GARANZIA PER ANNO DI COPERTURA:

- Pacchetto Maternità: **€ 750**
- Indennità Parto: **€ 300**

D. AREA SOCIO-SANITARIA

1. ASSISTENZA INFERMIERISTICA E SOCIO SANITARIA A SEGUITO DI INFORTUNIO

Nel caso di infortunio certificato dal Pronto Soccorso del Sistema Sanitario Nazionale entro 7 giorni dall'accaduto, con prognosi superiore a 10 giorni ed esplicita necessità di prestazioni a domicilio, il Piano sanitario prevede il Rimborso delle spese sostenute per interventi sanitari a domicilio per terapia medica e/o specialistica, infermieristica, mobilitazioni, prelievi, rilievi dei parametri biologici, effettuati da professionisti sanitari e socio-sanitari riconosciuti dal Ministero della Salute, il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa, che dovrà riportare la specifica dei trattamenti effettuati. Per richiedere l'accesso alla prestazione in forma diretta o indiretta, l'Aderente deve presentare un certificato del Medico di Medicina Generale (MMG) o del Medico specialista, indicante la necessità di assistenza infermieristica e socio sanitaria a seguito di infortunio. Nel caso di prescrizione di un Medico specialista, quest'ultimo non deve coincidere con il medico che effettua la prestazione e deve avere una specializzazione attinente con quanto prescritto.

50

Assistenza in forma diretta

- La prestazione può essere fruita presso una Struttura convenzionata mediante l'autorizzazione preventiva rilasciata da Cooperazione Salute, previa presentazione del Piano terapeutico alla Società. La prestazione viene liquidata direttamente alla Struttura convenzionata da Cooperazione Salute.

Assistenza in forma indiretta

- Ticket sanitari: Rimborso al **100%**.
- Strutture sanitarie private: scoperto del **20%** per Evento.

2. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO

Nel caso di infortunio certificato dal Pronto Soccorso del Sistema Sanitario Nazionale, con prognosi superiore a 10 giorni, il Piano sanitario prevede il Rimborso delle spese sostenute per Trattamenti fisioterapici riabilitativi effettuati presso un Centro medico. Per richiedere l'accesso alla prestazione in

forma diretta o indiretta, l'Aderente deve presentare la prescrizione del Medico di Medicina Generale (MMG) o del Medico specialista, indicante la patologia per la quale la prestazione viene richiesta. Nel caso di prescrizione di un Medico specialista, quest'ultimo non deve coincidere con il medico che effettua la prestazione e deve avere una specializzazione attinente con quanto prescritto (ad esempio: ortopedia, fisiatria, neurologia). Ai fini liquidativi, nel caso di Assistenza in forma indiretta, l'Aderente deve presentare evidenza del titolo di studio e dell'anno di conseguimento dello stesso da parte del professionista che ha erogato la prestazione fisioterapica. Si invita a consultare il Glossario alla voce "Trattamenti fisioterapici riabilitativi".

Assistenza in forma diretta

- La prestazione può essere fruita presso una Struttura convenzionata mediante l'autorizzazione preventiva rilasciata da Cooperazione Salute, previa presentazione del Piano terapeutico alla Società. La prestazione viene liquidata direttamente alla Struttura convenzionata dalla Società.

Assistenza in forma indiretta

- Ticket sanitari: Rimborso al **100%**.
- Strutture sanitarie private: scoperto del **20%** per Evento.

MASSIMALE DI AREA

MASSIMALE DI AREA PER ANNO DI COPERTURA: **€ 1.000**

SOTTO-LIMITI PER GARANZIA PER ANNO DI COPERTURA:

- Assistenza infermieristica e socio sanitaria a seguito di infortunio: **€ 500**
- Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio: **€ 500**

51

E. PROGRAMMI DI PREVENZIONE

Il Piano sanitario garantisce la possibilità di beneficiare di un programma di prevenzione per anno di copertura tra quelli di seguito previsti, trascorsi almeno 12 mesi dalla fruizione del programma precedentemente. I programmi di prevenzione sono effettuabili esclusivamente presso le Strutture convenzionate, in un'unica soluzione ovvero nella stessa seduta, senza alcun onere a carico dell'Aderente, previo rilascio dell'autorizzazione da parte di Cooperazione Salute.

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

PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

Dedicato a Donne e Uomini senza limiti di età

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

- Misurazione della pressione arteriosa

PREVENZIONE ONCOLOGICA DONNA

Dedicato a Donne di età superiore a 30 anni

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

PREVENZIONE ONCOLOGICA UOMO

Dedicato a Uomini di età superiore a 45 anni

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

PREVENZIONE DERMATOLOGICA

Dedicato a Donne e Uomini senza limiti di età

- Mappatura nevica con epiluminescenza digitale
- Visita specialistica dermatologica

PREVENZIONE GINECOLOGICA DONNA

Dedicato a Donne di età inferiore a 40 anni

- HPV (papillomavirus)
- Citologico per diagnostica tumorale (Pap Test)
- Ecografia mammaria
- Visita specialistica senologica

52

PREVENZIONE GINECOLOGICA DONNA

Dedicato a Donne di età superiore a 40 anni

- HPV (papillomavirus)
- Citologico per diagnostica tumorale (Pap Test)
- Mammografia bilaterale
- Visita specialistica senologica

PREVENZIONE DELLE VIE RESPIRATORIE

Dedicato a Donne e Uomini senza limiti di età

- Spirometria
- Visita pneumologica

PREVENZIONE OTORINOLARINGOIATRICA

Dedicato a Donne e Uomini senza limiti di età

- visita otorinolaringoiatrica con esame audiometrico

PREVENZIONE OCULISTICA

Dedicato a Donne e Uomini senza limiti di età

- valutazione anamnestica tesa ad individuare eventuali familiarità, fattori di rischio personali o sintomatologia allo stato iniziale
- esame del segmento anteriore (cornea, congiuntiva ecc) ed annessi oculari
- studio del fundus oculi per individuare patologie retiniche
- misurazione del tono oculare
- misurazione del visus

Assistenza in forma diretta

- La prestazione può essere fruita presso una Struttura convenzionata mediante l'autorizzazione preventiva rilasciata da Cooperazione Salute. La prestazione viene liquidata direttamente alla Struttura convenzionata dalla Società.

F. AREA PANDEMICA

1. INDENNITÀ IN CASO DI RICOVERO

In caso di Ricovero dell'Aderente, con o senza Intervento chirurgico, per l'accertamento o la cura di Sindromi Influenzali di natura pandemica presso una:

- struttura ospedaliera del S.S.N.
- struttura accreditata o convenzionata con il S.S.N.
- struttura appositamente autorizzata dalle ordinanze governative (ad. es. ospedali privati, militari e da campo)

53

il Piano sanitario garantisce un'Indennità di **€ 50** al giorno, fino ad un massimo di **15 giorni** (corrisposta ad avvenute dimissioni dalla struttura). Il primo e l'ultimo giorno sono considerati come un unico giorno. L'Indennità non è riconosciuta per la permanenza nel Pronto Soccorso/astanteria se non segue il Ricovero nella stessa struttura.

La Garanzia è fruibile in **forma indiretta**.

2. INDENNITÀ DA CONVALESCENZA POST TERAPIA INTENSIVA

In caso di Ricovero in terapia intensiva dell'Aderente per la cura di Sindromi Influenzali di natura pandemica presso una:

- struttura ospedaliera del S.S.N.
- struttura accreditata o convenzionata con il S.S.N.
- struttura appositamente autorizzata dalle ordinanze governative (ad. es. ospedali privati, militari e da campo)

il Piano sanitario garantisce un'Indennità da convalescenza (prescritta al momento delle dimissioni) una tantum di **€ 1.000** (corrisposta ad avvenute dimissioni dalla struttura).

La Garanzia è fruibile in **forma indiretta**.

ASSISTENZA H24

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

ASSISTENZA SANITARIA E SOCIO-SANITARIA

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

ASSISTENZA IN VIAGGIO

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

54

Il servizio di Assistenza H24 è messo a disposizione da Cooperazione Salute 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 raggiungibile dal sito web o dall'App di Cooperazione Salute.

NORME DI ATTUAZIONE

NORME PARTICOLARI

1. OGGETTO DELLE PRESTAZIONI RICONOSCIUTE DAL PIANO “ASSICARE”

Cooperazione Salute riconosce le spese sostenute dall'Aderente, riconducibili a Malattia o Infortunio, con riferimento alle prestazioni rientranti nel presente Piano sanitario.

I massimali e il numero di prestazioni previste variano a seconda dell'opzione del Piano sanitario prescelta tra *Silver*, *Gold* e *Platinum*.

Massimali, sotto-limiti, Franchigie, scoperti, esclusioni e condizioni specifiche sono dettagliati nel presente documento, nelle opzioni e nella spiegazione delle singole prestazioni differenziate per opzione.

2. MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

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

L'erogazione di alcune Garanzie previste dal Piano sanitario è garantita da Cooperazione Salute mediante convenzioni assicurative sottoscritte dalla Società di Mutuo Soccorso con primarie Compagnie assicurative, esplicitamente segnalate nel presente documento.

Con l'adesione al Piano sanitario, ciascun Aderente riceve le prestazioni riferite alla specifica convenzione direttamente dalla Compagnia Assicurativa, secondo quanto previsto dal presente documento e dalle relative condizioni di assicurazione.

55

3. DESTINATARI E MODALITÀ DI ADESIONE

L'iscrizione a Cooperazione Salute per l'adesione al Piano sanitario è volontaria e consentita ai soci e correntisti delle Banche, gli associati agli intermediari ed i dipendenti dei distributori, inclusi i loro familiari, che collaborano con Assicura Agenzia s.r.l. nonché i clienti di Assicura Agenzia s.r.l., che ne facciano richiesta mediante la compilazione e l'invio della “Domanda di Adesione”. L'adesione si perfeziona mediante il pagamento del contributo richiesto.

Il richiedente, confermata la domanda di adesione da parte di Cooperazione Salute, acquisisce la qualifica di Socio Ordinario della Società di Mutuo Soccorso e di Aderente del suddetto Piano sanitario.

Possono aderire a Cooperazione Salute in qualità di Soci o di Aventi Diritto esclusivamente i soggetti aventi residenza in Italia.

4. ADESIONE DEI FIGLI MINORENNI E REGOLAZIONE DEL CONTRIBUTO DI ADESIONE

Ai piani sanitari possono aderire anche i figli minorenni dell'Aderente: legittimi, naturali, riconosciuti, adottivi, affidati o affiliati, i quali assumono a loro volta singolarmente la qualifica di Avente diritto nei confronti di Cooperazione Salute.

Per l'adesione dei figli minorenni è richiesto all'Aderente il versamento del relativo Contributo unitamente alla compilazione di una domanda di adesione specifica per conto del proprio figlio/a minorenne. Cooperazione Salute si riserva la facoltà di effettuare in qualunque momento opportune verifiche al fine di accertare la veridicità del contenuto delle dichiarazioni rese dall'Aderente.

Le prestazioni garantite ad un Avente diritto sono tutte quelle ricomprese nel Piano sanitario indicato nella specifica domanda di adesione, compilata per suo conto dall'Aderente, per il quale è stato versato il relativo Contributo di adesione.

Qualora uno o più dei figli minorenni dell'Aderente perda nel corso dell'anno di copertura i requisiti di Avente diritto per il raggiungimento della maggiore età, la copertura rimarrà operante fino alla prima scadenza annuale e non potrà essere rinnovata dall'Aderente.

Al raggiungimento della maggiore età, al figlio Avente Diritto è garantita la possibilità di aderire al Piano sanitario Assicare in autonomia, assumendo la qualifica di Socio Ordinario di Cooperazione Salute e Aderente al Piano sanitario. Qualora detto passaggio avvenga senza soluzione di continuità (quindi senza un giorno di mancata copertura), il computo dei periodi di carenza e di reintroduzione delle patologie pregresse ha origine dal giorno in cui ha avuto effetto la posizione di Avente Diritto, per le prestazioni e i massimali previsti dal Piano sanitario nel quale il figlio minorenne era inserito.

Per quanto concerne: adesione, contributo, decorrenza, tacito rinnovo e disdetta, valgono le medesime prescrizioni riferite agli Aderenti, descritte nelle presenti Norme di attuazione.

5. LIMITI DI ETÀ

Possono aderire al Piano sanitario le persone maggiorenni che alla decorrenza dello stesso non abbiano già compiuto 75 anni.

Possono altresì aderire al Piano sanitario in qualità di Avente diritto i figli di un Aderente, come definiti al punto "Estensione del piano sanitario ai familiari minorenni e regolazione del contributo di adesione", dalla nascita al raggiungimento del 18° anno di età.

Per gli Aderenti già in copertura al raggiungimento del 75° anno di età la copertura potrà essere rinnovata fino al compimento dell'80° anno di età. È possibile estendere il Piano sanitario fino all'85° anno di età solo nel caso in cui l'Aderente sia in copertura da almeno 7 anni continuativi.

In caso di disdetta del Piano sanitario dopo il 75° anno di età non sarà più possibile aderire alla copertura.

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

Per gli Aderenti e gli Aventi diritto, la copertura sanitaria ha una durata minima di un anno ed ha effetto, al netto delle Carenze contrattuali previste dal Piano sanitario, dalle ore 00.00 del 1 gennaio, con scadenza alle ore 24.00 del 31 dicembre dello stesso anno, salvo buon fine dell'incasso del contributo di adesione anticipato, dovuto al momento della sottoscrizione.

Nel caso di adesione in corso d'anno, la copertura ha effetto, al netto delle Carenze contrattuali previste dal Piano sanitario, dalle ore 00.00 del primo giorno del mese successivo alla sottoscrizione, con scadenza:

- alle ore 24.00 del 31 dicembre dell'anno in corso, nel caso di adesione entro il 31 maggio;
- alle ore 24.00 del 31 dicembre dell'anno successivo, nel caso di adesione successiva all'1 giugno, salvo buon fine dell'incasso del contributo di adesione anticipato, dovuto al momento della sottoscrizione.

Al termine di tale periodo, in mancanza di disdetta da parte dell'Aderente mediante lettera raccomandata o PEC inviata a Cooperazione Salute o al Promotore mutualistico con un preavviso di almeno 60 giorni, la copertura si intende tacitamente rinnovata per un ulteriore anno e così di seguito. Nel caso di disdetta, l'Aderente potrà richiedere una nuova adesione ad un Piano sanitario di Cooperazione Salute trascorsi almeno 2 anni.

7. CONTRIBUTO

Il contributo è calcolato su base annuale, a copertura dell'anno solare intero, con versamento anticipato da effettuarsi contestualmente all'adesione al piano, entro e non oltre il 31 dicembre dell'anno antecedente la decorrenza della copertura.

Diversamente, in caso di adesione e decorrenza in corso d'anno, l'importo del contributo da versare corrisponde:

- a) alla frazione d'anno in mesi interi che intercorre tra il momento dell'iscrizione e il 31 dicembre dello stesso anno (anche "rateo di contributo");
- b) all'intero contributo per l'anno solare successivo.

Per le adesioni tra l'1 giugno e il 30 settembre deve essere versato:

- contestualmente all'adesione ad Assicare, il rateo di contributo di cui alla lettera a), calcolato in base all'età anagrafica dell'Aderente al momento della sottoscrizione;
- entro il 31 dicembre del primo anno di copertura in corso, il contributo intero di cui alla lettera b), calcolato in base all'età anagrafica dell'Aderente al 1 gennaio dell'anno di copertura entrante.

Per le adesioni tra l'1 ottobre e il 30 novembre deve essere versata contestualmente all'adesione ad Assicare la somma dei contributi di cui alla lettera a) e alla lettera b), calcolati in base all'età anagrafica dell'Aderente al momento della sottoscrizione.

Il contributo di adesione può essere corrisposto in un'unica soluzione o mediante frazionamento mensile. In quest'ultimo caso il pagamento deve avvenire obbligatoriamente mediante addebito diretto SEPA.

8. EVASIONE PRATICHE E TEMPI DI LIQUIDAZIONE

Cooperazione Salute garantisce che tutte le pratiche relative alle richieste di Rimborso e Indennizzo previste dal Piano sanitario sono liquidate nell'Assistenza in forma indiretta (attraverso accredito sul c/c dell'Aderente) entro un massimo di 60 giorni dal momento dell'acquisizione della richiesta di Rimborso o Indennizzo, fatto salvo il periodo di 30 giorni garantito all'Aderente per le integrazioni documentali, a seguito di richiesta da parte della Società, e il successivo periodo di 10 giorni per l'elaborazione della documentazione integrativa ricevuta dalla Società.

L'acquisizione da parte di Cooperazione Salute della documentazione sanitaria inviata dall'Aderente avviene esclusivamente tramite Area Riservata o per mezzo del Promotore mutualistico.

Qualora allo scadere dei 30 giorni previsti a seguito di richiesta di integrazione documentale da parte di Cooperazione Salute, la documentazione ricevuta dalla Società risulti ancora incompleta, la richiesta di Rimborso o Indennizzo è respinta.

L'Aderente ha la possibilità di presentare una nuova richiesta di Rimborso o Indennizzo per la stessa spesa sanitaria secondo i tempi e i modi previsti nella sezione "Forme di assistenza", paragrafo "Assistenza in forma indiretta" del presente Piano sanitario.

Nel caso in cui la prestazione venga effettuata da un Avente diritto minorenne:

- la richiesta deve essere presentata dall'Aderente attraverso la propria Area Riservata selezionando il nominativo dell'Avente diritto che ha fruito della prestazione.

L'Aderente potrà produrre in qualsiasi momento nella propria Area Riservata un riepilogo dei contributi versati e dei Rimborsi e Indennizzi percepiti in forma indiretta con indicazione degli estremi delle fatture e/o notule di spesa, utilizzabile ai fini delle detrazioni fiscali sulla parte di spesa non rimborsata e rimasta effettivamente a suo carico.

LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI

9. CARENZE CONTRATTUALI

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

- dal momento di effetto della copertura per gli infortuni, la copertura pandemica e i programmi di prevenzione;
- dal 30° giorno successivo alla decorrenza della copertura per le prestazioni ospedaliere conseguenti a malattia;
- dal 90° giorno successivo alla decorrenza per le prestazioni extraospedaliere conseguenti a malattia, per le cure dentarie;
- dal 120° giorno successivo alla decorrenza per le protesi anatomiche, acustiche e i presidi sanitari non riconducibili ad Intervento chirurgico;
- dal 271° giorno successivo alla decorrenza per il parto e per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio;
- per l'aborto terapeutico o spontaneo post-traumatico, la Garanzia è operante dal momento in cui ha effetto il Piano sanitario soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a tale effetto;

Qualora l'Aderente nelle annualità successive alla decorrenza della copertura sottoscriva massimali più elevati e/o prestazioni aggiuntive, senza soluzione di continuità, i termini di aspettativa di cui sopra decorrono:

- dal giorno di prima iscrizione al Piano sanitario, per le prestazioni e i massimali da quest'ultimo previste;
- dal giorno in cui ha effetto la nuova configurazione del Piano sanitario, limitatamente alle maggiori somme e/o alle diverse prestazioni da esso previste.

58

Le norme di cui al presente articolo valgono anche nel caso di variazioni intervenute nel corso del presente Piano sanitario alle diverse prestazioni e ai nuovi Aderenti.

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

A parziale deroga di quanto previsto dal presente articolo, qualora il Piano sanitario sia stato sottoscritto nel corso del 2023, 2024, 2025 o 2026 in sostituzione, senza soluzione di continuità (e quindi senza un giorno di mancata copertura), di un altro Piano sanitario, sottoscritto con altra Società di Mutuo Soccorso, attraverso il medesimo Promotore mutualistico di Cooperazione Salute, per la stessa tipologia di prestazioni e riguardante lo stesso Aderente, i termini di carenza di cui al presente articolo operano dal giorno in cui ha avuto effetto il Piano sanitario sostituito, per le prestazioni e i massimali da quest'ultimo previsti.

Nel caso di variazioni intervenute nel corso di una stessa adesione con Cooperazione Salute senza soluzione di continuità, i termini di carenza di cui al presente articolo decorrono dalla data di prima iscrizione al Piano sanitario Assicare per le prestazioni già precedentemente previste.

10. PATOLOGIE PREGRESSE

Sono escluse dalla copertura le malattie, anche croniche e recidivanti, le malformazioni e gli stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi anteriormente alla data di decorrenza del Piano sanitario. Tuttavia, nel caso di rinnovo continuativo del Piano sanitario, a partire dal 6° anno, sarà prevista la copertura delle patologie preesistenti al momento dell'adesione. La copertura per dette malattie, anche croniche e recidivanti, malformazioni e stati patologici sarà prestata alle seguenti condizioni:

- a) per i primi 2 anni successivi al primo quinquennio (sesto e settimo anno di copertura), corresponsione del 35% dell'importo rimborsabile/liquidabile;
- b) per ulteriori 2 anni (ottavo e nono anno di copertura), corresponsione del 50% dell'importo rimborsabile/liquidabile;
- c) per gli anni successivi (dal decimo anno di copertura in poi), corresponsione del 75% dell'importo rimborsabile/liquidabile.

A parziale deroga di quanto previsto dal presente articolo, qualora il Piano sanitario sia stato sottoscritto nel corso del 2023, 2024, 2025 o 2026 in sostituzione, senza soluzione di continuità (e quindi senza un giorno di mancata copertura), di un altro Piano sanitario, sottoscritto con altra Società di Mutuo Soccorso, attraverso il medesimo Promotore mutualistico di Cooperazione Salute, per la stessa tipologia di prestazioni e riguardante lo stesso Aderente, i termini di cui ai punti a), b), c) del presente articolo decorrono dalla data di sottoscrizione del predetto Piano Sanitario sostituito.

Nel caso di variazioni intervenute nel corso di una stessa adesione con Cooperazione Salute senza soluzione di continuità, i termini di cui ai punti a), b), c) del presente articolo decorrono dalla data di prima iscrizione al Piano sanitario Assicare.

11. ESCLUSIONI

59

Sono escluse dalla copertura sanitaria le spese per:

- prestazioni erogate da soggetti diversi da quelli previsti dalle singole coperture del Piano sanitario;
- conseguenze dirette di infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici anteriori alla decorrenza del piano, ad eccezione degli interventi per i bambini che non abbiano superato il primo anno di età;
- prestazioni e cure non rientranti nei protocolli riconosciuti dal Ministero della Salute;
- cure e interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla sottoscrizione del piano;
- cure delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici, ad esclusione di specifiche deroghe, ove previste nei singoli piani sanitari;
- cure e interventi odontoiatrici diversi da quanto previsto dal Piano sanitario;
- Visite specialistiche odontoiatriche, ortodontiche, pediatriche, psichiatriche, psicoterapeutiche;
- test genetici prenatali su DNA fetale;
- prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi e le prestazioni non effettuate da medico o Centro medico, ad eccezione di quelle infermieristiche e i Trattamenti fisioterapici riabilitativi;
- interventi di chirurgia bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità, ad eccezione dei casi di obesità di III grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40). Sono altresì escluse le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica;
- malattie professionali di cui al DPR n° 336/94 e successive modificazioni;
- Ricoveri impropri;

- le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo, i vaccini;
- infortuni e intossicazioni conseguenti ad ubriachezza, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni, nonché le malattie correlate al consumo di stupefacenti e all'uso di alcool e sostanze psicotrope;
- infortuni derivanti dalla pratica di Sport estremi, sport aerei in genere, corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche e motonautiche o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
- gli infortuni derivanti e/o correlati, direttamente o indirettamente, da contaminazione biologica e/o chimica a seguito di atti terroristici di qualsiasi genere;
- gli stati patologici correlati all'infezione da HIV;
- cure e interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale;
- interventi di chirurgia plastica a scopo estetico salvo quelli a scopo ricostruttivo da infortunio o conseguente ad Intervento chirurgico oncologico (limitatamente alla sede anatomica di lesione);
- degenze in case di riposo, in strutture di lungodegenza o residenze sanitarie assistenziali, di convalescenza, di soggiorno, in stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, dietologici o del benessere ovvero degenze che diano luogo alla permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- infertilità, sterilità maschile e femminile, impotenza;
- le conseguenze di atti dolosi compiuti o tentati dall'Aderente;
- conseguenze derivanti da guerra, insurrezione, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;
- conseguenze dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche salvo che siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche;
- le conseguenze di movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
- le conseguenze di partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (spedizioni esplorative o artiche, himalayane o andine, regate oceaniche, sci estremo e simili);
- le conseguenze di atti di temerarietà compiuti non per solidarietà umana o per legittima difesa;
- le conseguenze dirette o indirette di infortuni e malattie riconducibili a soggetti affetti da alcolismo, tossicodipendenza, sindromi organiche cerebrali, forme maniaco depressive, stati paranoici o sindromi da immunodeficienza acquisita (AIDS).

12. LINGUA DELLA DOCUMENTAZIONE

La documentazione in lingua diversa dall'italiano, inglese, francese, tedesco deve essere accompagnata da traduzione in lingua italiana. In caso di assenza della traduzione sul documento di spesa stesso, eventuali spese per richiederne una traduzione ufficiale sono a carico dell'Aderente.

13. PRESTAZIONI TRA DUE ANNUALITÀ

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

Non sono ammesse fatture in acconto, relative a prestazioni non ancora eseguite.

14. IMPOSTE E ONERI AMMINISTRATIVI

Sono a carico dell'Aderente:

- imposte e bolli
- oneri amministrativi di qualsiasi natura (per esempio spese per il rilascio di copia della cartella clinica)

- qualsiasi spesa aggiuntiva non relativa alla pura prestazione sanitaria.

15. RESTITUZIONE DELLE SOMME INDEBITAMENTE PAGATE

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

NORME GENERALI

16. PRESTAZIONI DEI PIANI SANITARI

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

17. DETRAIBILITÀ DELLE SPESE SANITARIE

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

18. SOSPENSIONE DELLA COPERTURA PER MANCATO VERSAMENTO DEL CONTRIBUTO

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

In caso di mancata regolarizzazione dei versamenti entro i 30 giorni stabiliti, la copertura rimane sospesa dalle ore 24.00 del quindicesimo giorno del mese successivo al mese di pagamento del contributo o della rata di contributo.

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

Trascorso il 6° mese di sospensione non sarà più possibile per l'Aderente regolarizzare la propria posizione e la copertura si intenderà automaticamente cessata con l'esclusione dell'Aderente dalla qualifica di Socio di Cooperazione Salute, come previsto dal Regolamento Attuativo Dello Statuto. Nel caso di esclusione dalla qualifica di Socio di Cooperazione Salute, il soggetto escluso potrà richiedere una nuova adesione ad un piano di Cooperazione Salute trascorsi almeno 2 anni solari.

19. ESTENSIONE TERRITORIALE

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

20. VISITE DI MEDICI INCARICATI DALLA SOCIETÀ

L'Aderente o i suoi Aveni diritto devono consentire la visita dei medici incaricati da Cooperazione Salute, o dalla Compagnia assicurativa che garantisce la specifica Garanzia a seguito di convenzione assicurativa

con la Società, e qualsiasi indagine o accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Aderente stesso.

L'accertamento può essere disposto:

- non prima di 48 ore dalla denuncia del Sinistro;
- entro massimo 6 mesi dall'acquisizione della documentazione completa relativa al Sinistro.

Inoltre, la Società, la Compagnia assicurativa e l'Aderente potranno contattarsi direttamente per richieste di chiarimento o ulteriore documentazione necessaria per una corretta valutazione e gestione del Sinistro.

21. RICHIESTA DI INTEGRARE DELLA DOCUMENTAZIONE RELATIVA AL SINISTRO

La Società, o la Compagnia assicurativa che garantisce la specifica Garanzia a seguito di convenzione assicurativa con la Società, può richiedere ulteriori documenti se vi sono situazioni particolari che rendono necessari approfondimenti e valutazioni prima di procedere alla liquidazione del Sinistro, per particolari esigenze istruttorie oppure al fine di adempiere a precise disposizioni di legge.

Sarà cura della Società, o, nel caso di convenzione assicurativa, della Compagnia, inviare all'Aderente una comunicazione di avviso liquidazione per comunicare la chiusura della pratica.

22. DECADENZA DAL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI

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

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

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

Se in corso di validità del Piano sanitario l'Aderente decede, i suoi eredi legittimi devono avvisare tempestivamente Cooperazione Salute fornendo i propri estremi e il certificato di morte dell'Aderente. La Società procederà, in caso di versamento annuale anticipato, alla restituzione agli eredi del Contributo di adesione pagato e non goduto dall'Aderente deceduto.

Qualora gli eredi intendano chiedere l'Indennizzo dei sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura è necessario sottoporre a Cooperazione Salute i seguenti documenti aggiuntivi:

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

Se non è presente un testamento:

- dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (in originale o in copia autenticata) resa dal soggetto interessato o pubblico ufficiale dalla quale risulti che:
 - l'Aderente è deceduto senza lasciare testamento;
 - le generalità, l'età e la capacità di agire degli eredi legittimi;
 - non ci sono altri soggetti cui la legge attribuisce diritto o quote di eredità.
- eventuale copia autentica di Decreto del Giudice Tutelare con il quale si autorizza Cooperazione Salute a liquidare l'Indennizzo e ai beneficiari di riscuotere quote loro destinate, nel caso di beneficiari minorenni o incapaci di agire;
- fotocopia di un documento di identità valido e di tessera sanitaria/Codice fiscale di ciascun erede;

- dichiarazione sottoscritta da tutti gli eredi, con il codice IBAN di un unico conto corrente su cui effettuare i bonifici per indennizzare i sinistri presentati o ancora da presentare sino alla scadenza della copertura del Piano sanitario.

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

24. LIMITI DI SPESA PRE E POST RICOVERO

I limiti di spesa (per esempio Franchigia/scoperto/minimo non indennizzabile) applicati alle spese effettuate prima e dopo un Ricovero e ad esso collegate, sono quelli previsti dalle Garanzie "Periodo Pre Ricovero" e "Periodo Post Ricovero", diversi a seconda del regime di accesso alla singola prestazione prescelta (Assistenza in forma diretta o Assistenza in forma indiretta).

Nel caso in cui il ricovero non abbia luogo, le prestazioni autorizzate nella Garanzia "Periodo Pre Ricovero" vengono considerate come prestazioni extraospedaliere, se previste dalla copertura. L'Aderente è tenuto a restituire alla Società entro e non oltre 30 giorni, a fronte di relativa richiesta scritta, gli importi a suo carico derivanti dall'applicazione della diversa Garanzia (per esempio per una Franchigia o uno scoperto di maggiore importo o, nel caso di prestazione non prevista, per l'intero costo della stessa). Nel caso in cui la prestazione non potesse rientrare nelle prestazioni extraospedaliere, l'Aderente è tenuto, su richiesta della Società a restituire entro e non oltre 30 giorni l'intera somma pagata da Cooperazione Salute alla Struttura convenzionata o a pagare direttamente il dovuto alla Struttura convenzionata se non ancora saldato il pagamento.

25. GESTIONE MUTUALISTICA

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

63

26. TUTELA DEI DATI PERSONALI

I dati personali dell'Aderente e dell'Avente diritto, forniti a Cooperazione Salute per l'adesione al Piano sanitario e per la fruizione dello stesso, sono tutelati ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), come descritto nell'informativa privacy allegata al presente Piano sanitario e nelle informative particolari, rilasciate da Cooperazione Salute al momento dell'attivazione della propria Area Riservata e degli eventuali altri strumenti messi a disposizione dalla Società.

27. CONTROLLI

Cooperazione Salute al fine di accertare il diritto dell'Aderente alle prestazioni si riserva la facoltà di esercitare ogni controllo ed ogni accertamento tramite medici di propria fiducia o istituzioni pubbliche o private. Il rifiuto di presentare la documentazione richiesta o l'opposizione agli eventuali accertamenti decisi da Cooperazione Salute comportano la decadenza del diritto alle prestazioni.

28. CHIARIMENTI E RECLAMI

In caso di richieste di chiarimenti o reclami sulla ammissibilità delle prestazioni, o relativi alla misura dei rimborsi, da parte degli Aderenti della copertura sanitaria, sarà Cooperazione Salute attraverso i suoi organi a provvedere a fornire le risposte all'Aderente.

Nel caso la richiesta di chiarimento o il reclamo riguardi una Garanzia prestata da Cooperazione Salute mediante una convenzione assicurativa, sarà la Compagnia assicurativa interessata a dare riscontro all'Aderente.

Qualora la richiesta di chiarimento o il reclamo desse vita ad un contenzioso, prima dell'eventuale ricorso all'autorità giudiziaria, Cooperazione Salute e l'Aderente si impegnano ad esperire un tentativo di conciliazione sottoponendo il caso ad una Commissione di Conciliazione appositamente costituita e formata da due medici, uno nominato da Cooperazione Salute e l'altro dall'Aderente. La Commissione esamina i casi ad essa sottoposti ed esprime il proprio parere che verrà comunicato all'Aderente. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il proprio medico designato.

29. CONTROVERSIE

Ai sensi del D.lgs. n. 28/2010 e successive disposizioni modificative ed integrative, qualsiasi controversia relativa al presente contratto o comunque ad esso connessa - comprese le controversie relative alla sua interpretazione, validità, esecuzione e risoluzione - deve essere preliminarmente sottoposta a procedimento di mediazione obbligatoria innanzi ad un Organismo di Mediazione iscritto nell'apposito Registro istituito presso il Ministero della Giustizia e che abbia sede nel luogo dell'Autorità Giudiziaria territorialmente competente per la controversia.

L'esperimento del tentativo di mediazione costituisce condizione di procedibilità della domanda giudiziale. Qualora la lite non venga conciliata nell'ambito della mediazione, si conviene che l'Autorità Giudiziaria è quella del luogo di residenza o domicilio dell'Aderente/Assicurato o dell'Avente diritto.

30. RICHIAMO ALLO STATUTO SOCIALE

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

ALLEGATO 1 – ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

CARDIOCHIRURGIA

- Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione.
- Sostituzione valvolare singola o multipla.
- Interventi per malformazioni del cuore o dei grossi vasi
- Resezione cardiaca (per aneurisma, infarto, tumore).
- Bypass aorto-coronarico singolo o multiplo con prelievo di vasi.
- Asportazione corpi estranei o tumori del cuore.
- Reinterventi in CEC per protesi valvolari o settali, bypass Ao-Co.

CHIRURGIA VASCOLARE

- Interventi sull'aorta toracica e addominale compreso bypass aorto-bisiliaco o bifemorale.
- Interventi per stenosi o aneurismi sui seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrali, succlavie, renali, iliache.
- Tromboendoarteriectomia aorto-iliaca.

NEUROCHIRURGIA

- Anastomosi dei vasi intra-extra cranici.
- Asportazione di tumori o aneurismi endocranici.
- Asportazione di tumori orbitali per via endocranica.
- Interventi endorachidei per asportazione di tumori, cordotomie, rizotomie e affezioni meningomidollari.
- Interventi per tumori della base cranica per via transorale.
- Interventi sulla cerniera atlo-occipitale.
- Interventi sull'ipofisi per via transfenoidale.
- Neurotomia retrogasseriana o sezione intracranica di altri nervi.
- Rizotomia chirurgica intracranica.
- Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi simili.
- Interventi per ernia discale e/o mielopatie di altra natura a livello cervicale.

65

CHIRURGIA TORACICA

- Pneumonectomia, pleuropneumonectomia.
- Lobectomia polmonare o resezione segmentaria.
- Resezione bronchiale con reimpianto.
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi lobare o polmonare.
- Interventi sul mediastino per tumori.
- Asportazione totale del timo.
- Interventi per echinococchi polmonare

CHIRURGIA GENERALE

- Tiroidectomia per tumori maligni con svuotamento funzionale del collo.
- Esofagectomia totale.
- Gastrectomia totale con linfadenectomia.
- Esofago-gastrectomia per via toraco-laparotomica.
- Anastomosi porta-cava o spleno-renale o mesenterica-cava.
- Pancreaticoduodenectomia radicale.

- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari.
- Colectomia totale con linfadenectomia.
- Amputazione del retto per via addomino-perineale o addomino-sacrale.
- Mastectomia per tumore maligno ed applicazione di protesi.
- Interventi per fistola gastro-digiuno-colica.
- Drenaggio di ascesso epatico.
- Interventi per echinococcosi epatica.
- Resezioni epatiche.
- Interventi chirurgici per ipertensione portale.
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica.
- Interventi per neoplasie pancreatiche.
- Interventi chirurgici sull'ano e sul retto per tumori maligni per via endoscopica.

CHIRURGIA PEDIATRICA

- Asportazione tumore di Wilms.
- Atresia dell'esofago.
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino-perineale.
- Atresia dell'ano con fistola retto-ureterale, retto-vulvare: abbassamento addomino-perineale.
- Fistola congenita dell'esofago.
- Interventi per fistole e cisti del canale onfalomesenterico con resezione intestinale.
- Megacolon: resezione anteriore; operazione addomino-perineale secondo Duhamel o Swenson.
- Interventi per megauretere.
- Polmone cistico o policistico (lobectomia o pneumonectomia).
- Spina bifida: mielomeningocele.

CHIRURGIA GINECOLOGICA

- Eviscerazione pelvica.
- Vulvectomy allargata con linfadenectomia.
- Isterectomia totale con annessiectomia e linfadenectomia per tumori maligni.

66

CHIRURGIA ORTOPEDICA

- Artroprotesi totale di anca.
- Artroprotesi totale di ginocchio.
- Artrodesi vertebrali per via anteriore.
- Interventi per rimozione e reimpianto di protesi d'anca o di ginocchio.
- Interventi per costola cervicale.
- Interventi di stabilizzazione vertebrale.
- Interventi di resezione di corpi vertebrali.
- Interventi mirati al trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni.
- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei.

CHIRURGIA OTORINOLARINGOIATRICA E MAXILLO-FACCIALE

- Interventi demolitivi del massiccio facciale per tumori maligni.
- Interventi demolitivi del cavo oro-faringeo per tumori maligni.
- Laringectomia totale, laringofaringectomia.
- Intervento per neurinoma dell'ottavo paio.

CHIRURGIA UROLOGICA

- Nefrectomia allargata per tumore.
- Nefro-ureterectomia totale.
- Cistectomia radicale con ureterosigmoidostomia.
- Uretero-ileo anastomosi mono o bilaterale.
- Surrenalectomia.

TRAPIANTI D'ORGANO

- Tutti.

ALLEGATO 2 – ELENCO GRAVI PATOLOGIE

- INFARTO MIOCARDICO ACUTO
- INSUFFICIENZA CARDIORESPIRATORIA SCOMPENSATA CHE PRESENTI CONTEMPORANEAMENTE ALMENO TRE DELLE SEGUENTI MANIFESTAZIONI:
 - Dispnea;
 - Edemi declivi;
 - Aritmia;
 - Angina instabile;
 - Edema o stasi polmonare;
 - Ipossiemia.
- NEOPLASIA MALIGNA
- DIABETE COMPLICATO CARATTERIZZATO DA ALMENO DUE TRA LE SEGUENTI MANIFESTAZIONI:
 - Ulcere torbide;
 - Decubiti;
 - Neuropatie;
 - Vasculopatie periferiche;
 - Infezioni urogenitali o sovrinfezioni
- VASCULOPATIA ACUTA A CARATTERE ISCHEMICO O EMORRAGICO CEREBRALE
- USTIONI DI TERZO GRADO CON ESTENSIONE PARI ALMENO AL 20% DEL CORPO
- TETRAPLEGIA
- SCLEROSI MULTIPLA
- SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA
- ENCEFALITE
- MORBO DI CHRON
- SINDROME DI GUILLAIN BARRÈ
- STATO DI COMA
- TUTTI I RICOVERI IN TERAPIA INTENSIVA CON L'ESCLUSIONE DI QUELLI CONSEGUENTI A PANDEMIA

ALLEGATO 3 – QUADRO SINOTTICO DELLE COPERTURE

RICOVERO E INTERVENTO			
 	Massimale: € 100.000 Sub-Massimale forma Mista e Indiretta: € 50.000	Massimale: € 200.000 Sub-Massimale forma Mista e Indiretta: € 75.000	Massimale: € 400.000 Sub-Massimale forma Mista e Indiretta: € 100.000
	AREA GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI		
PRESTAZIONI	SILVER	GOLD	PLATINUM
SPESE DI INTERVENTO (Inclusi Trapianti)	- SSN: rimborso totale - DIRETTA: € 500/intervento a carico dell'iscritto - INDIRETTA: scoperto 35%, min. € 2.500 - Materiali medicali e protesici: scoperto 30% Sottolimit utilizzo robot: € 3000	- SSN: rimborso totale - DIRETTA: € 500/intervento a carico dell'iscritto - INDIRETTA: scoperto 35%, min. € 2.500 - Materiali medicali e protesici: scoperto 30% Sottolimit utilizzo robot: € 3000	- SSN: rimborso totale - DIRETTA: € 500/intervento a carico dell'iscritto - INDIRETTA: scoperto 35%, min. € 2.500 - Materiali medicali e protesici: scoperto 30% Sottolimit utilizzo robot: € 3000
SPESE PRE RICOVERO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO	- SSN: Rimborso totale - DIRETTA: rimborso totale - INDIRETTA: scoperto 30% - Copertura: 90 giorni pre intervento	- SSN: Rimborso totale - DIRETTA: rimborso totale - INDIRETTA: scoperto 30% - Copertura: 90 giorni pre intervento	- SSN: Rimborso totale - DIRETTA: rimborso totale - INDIRETTA: scoperto 30% - Copertura: 90 giorni pre intervento
SPESE POST RICOVERO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO	- SSN: Rimborso Totale - DIRETTA: rimborso totale - INDIRETTA: scoperto 30% - Copertura: 120 giorni post intervento. Esteso a 180 gg in caso di malattie oncologiche	- SSN: Rimborso Totale - DIRETTA: rimborso totale - INDIRETTA: scoperto 30% - Copertura: 120 giorni post intervento. Esteso a 180 gg in caso di malattie oncologiche	- SSN: Rimborso Totale - DIRETTA: rimborso totale - INDIRETTA: scoperto 30% - Copertura: 120 giorni post intervento. Esteso a 180 gg in caso di malattie oncologiche
OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE POST RICOVERO	- SSN: rimborso totale ticket - DIRETTA: € 250/intervento a carico dell'iscritto - INDIRETTA: scoperto 20%, min. € 500 - Copertura: 120 giorni post ricovero e 180 gg in caso di non autosufficienza Sottolimit: € 7.500 per intervento	- SSN: rimborso totale ticket - DIRETTA: € 250/intervento a carico dell'iscritto - INDIRETTA: scoperto 20%, min. € 500 - Copertura: 120 giorni post ricovero e 180 gg in caso di non autosufficienza Sottolimit: € 7.500 per intervento	- SSN: rimborso totale ticket - DIRETTA: € 250/intervento a carico dell'iscritto - INDIRETTA: scoperto 20%, min. € 500 - Copertura: 120 giorni post ricovero e 180 gg in caso di non autosufficienza Sottolimit: € 7.500 per intervento
ASSISTENZA INFERMIERISTICA PRIVATA INDIVIDUALE	Copertura: 30 giorni/anno Sottolimit : massimo € 60/giorno. In caso di non autosufficienza copertura 180 gg/ annui massimo € 60/giorno	Copertura: 30 giorni/anno Sottolimit : massimo € 60/giorno. In caso di non autosufficienza copertura 180 gg/ annui massimo € 60/giorno	Copertura: 30 giorni/anno Sottolimit : massimo € 60/giorno. In caso di non autosufficienza copertura 180 gg/ annui massimo € 60/giorno
TRASPORTO SANITARIO	Sottolimit : € 500, elevato a € 1.500 per trasporto estero ed eventuale accompagnatore, elevato a € 2.500 per Trasporto con eliambulanza o trasporto con aereo sanitario.	Sottolimit : € 500, elevato a € 1.500 per trasporto estero ed eventuale accompagnatore, elevato a € 2.500 per Trasporto con eliambulanza o trasporto con aereo sanitario.	Sottolimit : € 500, elevato a € 1.500 per trasporto estero ed eventuale accompagnatore, elevato a € 2.500 per Trasporto con eliambulanza o trasporto con aereo sanitario.
ACCOMPAGNATORE	Copertura: 30 giorni/anno Sottolimit : massimo € 60/giorno	Copertura: 30 giorni/anno Sottolimit : massimo € 60/giorno	Copertura: 30 giorni/anno Sottolimit : massimo € 60/giorno
TUTELA SPECIALE NEONATI	- SSN: rimborso totale ticket - DIRETTA: € 500/intervento a carico dell'iscritto in caso di GIC, € 1.500 negli altri casi - INDIRETTA: scoperto 35%, min. € 2.500 - Sub-Massimale: € 30.000	- SSN: rimborso totale ticket - DIRETTA: € 500/intervento a carico dell'iscritto in caso di GIC, € 1.500 negli altri casi - INDIRETTA: scoperto 35%, min. € 2.500 - Sub-Massimale: € 30.000	- SSN: rimborso totale ticket - DIRETTA: € 500/intervento a carico dell'iscritto in caso di GIC, € 1.500 negli altri casi - INDIRETTA: scoperto 35%, min. € 2.500 - Sub-Massimale: € 30.000
INDENNITÀ SOSTITUTIVA PER RICOVERI PER GRANDI INTERVENTI A CARICO SSN	Copertura: 50 giorni/anno INDENNITÀ : € 100/giorno	Copertura: 75 giorni/anno INDENNITÀ : € 100/giorno	Copertura: 100 giorni/anno INDENNITÀ : € 100/giorno
RICOVERO DOMICILIARE PER MALATTIA TERMINALE	Indennità 110 €/gg per 60gg anno	Indennità 110 €/gg per 60gg anno	Indennità 110 €/gg per 60gg anno
RIMPATRIO SALMA	2.100 €	2.100 €	2.100 €
AREA RICOVERO PER GRAVI PATOLOGIE, RICOVERO CON INTERVENTO CHIRURGICO			
		Sottolimit per evento: € 25.000	Sottolimit per evento: € 50.000
PRESTAZIONI	SILVER	GOLD	PLATINUM
SPESE DI INTERVENTO		- SSN: rimborso totale - DIRETTA: € 1.500/intervento a carico dell'iscritto - INDIRETTA: scoperto 35%, min. € 2.500 - Materiali medicali e protesici: scoperto 30% Sottolimit utilizzo robot: € 3000	- SSN: rimborso totale - DIRETTA: € 1.500/intervento a carico dell'iscritto - INDIRETTA: scoperto 35%, min. € 2.500 - Materiali medicali e protesici: scoperto 30% Sottolimit utilizzo robot: € 3000

 			
SPESA PRE RICOVERO		- SSN: Rimborso totale - DIRETTA: rimborso totale - INDIRETTA: scoperto 30% - Copertura: 90 giorni pre intervento	- SSN: Rimborso totale - DIRETTA: rimborso totale - INDIRETTA: scoperto 30% - Copertura: 90 giorni pre intervento
SPESA POST RICOVERO		- SSN: Rimborso Totale - DIRETTA: rimborso totale - INDIRETTA: scoperto 30% - Copertura: 120 giorni post intervento. Esteso a 180 gg in caso di malattie oncologiche	- SSN: Rimborso Totale - DIRETTA: rimborso totale - INDIRETTA: scoperto 30% - Copertura: 120 giorni post intervento. Esteso a 180 gg in caso di malattie oncologiche
ASSISTENZA INFERMIERISTICA PRIVATA INDIVIDUALE <i>In comune con Area GIC</i>		- Copertura: 30 giorni/anno - Sottolimito: massimo € 60/giorno. In caso di non autosufficienza copertura 180 gg/ annui massimo € 60/giorno	- Copertura: 30 giorni/anno - Sottolimito: massimo € 60/giorno. In caso di non autosufficienza copertura 180 gg/ annui massimo € 60/giorno
TRASPORTO SANITARIO		Sottolimito: € 500, elevato a € 1.500 per trasporto estero ed eventuale accompagnatore, elevato a € 2.500 per Trasporto con eliambulanza o trasporto con aereo sanitario.	Sottolimito: € 500, elevato a € 1.500 per trasporto estero ed eventuale accompagnatore, elevato a € 2.500 per Trasporto con eliambulanza o trasporto con aereo sanitario.
ACCOMPAGNATORE <i>In comune con Area GIC</i>		- Copertura: 30 giorni/anno - Sottolimito: massimo € 60/giorno	- Copertura: 30 giorni/anno - Sottolimito: massimo € 60/giorno
INDENNITÀ SOSTITUTIVA PER RICOVERI A CARICO SSN <i>In comune con Area GIC</i>		- Copertura: 75 giorni/anno - INDENNITÀ: € 100/giorno	- Copertura: 100 giorni/anno - INDENNITÀ: € 100/giorno
ABORTO TERAPEUTICO O SPONTANEO O POST-TRAUMATICO <i>Spese di intervento</i>		- SSN: rimborso totale ticket - DIRETTA: rimborso totale - INDIRETTA: scoperto 30%, min. € 600 - Sottolimito: € 2.500 per intervento	- SSN: rimborso totale ticket - DIRETTA: rimborso totale - INDIRETTA: scoperto 30%, min. € 600 - Sottolimito: € 2.500 per intervento
RIMPATRIO SALMA <i>In comune con Area GIC</i>		2.100 €	2.100 €
AREA RICOVERO SENZA INTERVENTO, INTERVENTI CHIRURGICI AMBULATORIALI, DAY SURGERY/DAY HOSPITAL			
			Sottolimito per evento: € 15.000
PRESTAZIONI	SILVER	GOLD	PLATINUM
SPESA DI INTERVENTO			- SSN: rimborso totale - DIRETTA: € 1.500/intervento a carico dell'iscritto - INDIRETTA: scoperto 35%, min. € 2.500 - Materiali medicali e protesici: scoperto 30% - utilizzo robot: € 3000
SPESA PRE RICOVERO			- SSN: Rimborso totale - DIRETTA: rimborso totale - INDIRETTA: scoperto 30% - Copertura: 90 giorni pre intervento
SPESA POST RICOVERO			- SSN: Rimborso Totale - DIRETTA: rimborso totale - INDIRETTA: scoperto 30% - Copertura: 120 giorni post intervento. Esteso a 180 gg in caso di malattie oncologiche
ASSISTENZA INFERMIERISTICA PRIVATA INDIVIDUALE <i>In comune con Area GIC</i>			- Copertura: 30 giorni/anno - Sottolimito: massimo € 60/giorno. In caso di non autosufficienza copertura 180 gg/ annui massimo € 60/giorno
TRASPORTO SANITARIO			Sottolimito: € 500, elevato a € 1.500 per trasporto estero ed eventuale accompagnatore, elevato a € 2.500 per Trasporto con eliambulanza o trasporto con aereo sanitario.
ACCOMPAGNATORE <i>In comune con Area GIC</i>			- Copertura: 30 giorni/anno - Sottolimito: massimo € 60/giorno
INDENNITÀ SOSTITUTIVA PER RICOVERI A CARICO SSN <i>In comune con Area GIC</i>			- Copertura: 100 giorni/anno - INDENNITÀ: € 100/giorno
RIMPATRIO SALMA <i>In comune con Area GIC</i>			2.100 €

 PRESTAZIONI EXTRA OSPEDALIERE			
 AREA SPECIALISTICA			
	Massimale € 2.550	Massimale € 4.300	Massimale € 6.100
PRESTAZIONI	SILVER	GOLD	PLATINUM
ALTA SPECIALIZZAZIONE DIAGNOSTICA E STRUMENTALE	- SSN: rimborso totale ticket - DIRETTA: € 30/prestazione a carico dell'iscritto - INDIRETTA: scoperto 20%, min. € 100/prestazione - Sub-Massimale: € 1.000	- SSN: rimborso totale ticket - DIRETTA: € 30/prestazione a carico dell'iscritto - INDIRETTA: scoperto 20%, min. € 100/prestazione - Sub-Massimale: € 2.000	- SSN: rimborso totale ticket - DIRETTA: € 30/prestazione a carico dell'iscritto - INDIRETTA: scoperto 20%, min. € 100/prestazione - Sub-Massimale: € 3.000
VISITE SPECIALISTICHE	- SSN: rimborso totale ticket - DIRETTA: € 30/prestazione a carico dell'iscritto - INDIRETTA: scoperto 20%, min. € 50/prestazione - Sub-Massimale: € 500	- SSN: rimborso totale ticket - DIRETTA: € 30/prestazione a carico dell'iscritto - INDIRETTA: scoperto 20%, min. € 50/prestazione - Sub-Massimale: € 750	- SSN: rimborso totale ticket - DIRETTA: € 30/prestazione a carico dell'iscritto - INDIRETTA: scoperto 20%, min. € 50/prestazione - Sub-Massimale: € 1.000
ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	- SSN: rimborso totale ticket - DIRETTA: € 30/prestazione a carico dell'iscritto - INDIRETTA: scoperto 20%, min. € 50/prestazione - Sub-Massimale: € 500	- SSN: rimborso totale ticket - DIRETTA: € 30/prestazione a carico dell'iscritto - INDIRETTA: scoperto 20%, min. € 50/prestazione - Sub-Massimale: € 750	- SSN: rimborso totale ticket - DIRETTA: € 30/prestazione a carico dell'iscritto - INDIRETTA: scoperto 20%, min. € 50/prestazione - Sub-Massimale: € 1.000
PROTESI ANATOMICHE ED APPARECCHI ACUSTICI	- SSN: rimborso totale ticket - INDIRETTA: rimborso totale - Massimale: € 500	- SSN: rimborso totale ticket - INDIRETTA: rimborso totale - Massimale: € 750	- SSN: rimborso totale ticket - INDIRETTA: rimborso totale - Massimale: € 1.000
LENTI/OCCHIALI	- SSN: rimborso totale ticket - DIRETTA: rimborso totale - INDIRETTA: rimborso totale - Massimale: € 50	- SSN: rimborso totale ticket - DIRETTA: rimborso totale - INDIRETTA: rimborso totale - Massimale: € 75	- SSN: rimborso totale ticket - DIRETTA: rimborso totale - INDIRETTA: rimborso totale - Massimale: € 100
PACCHETTO MATERNITÀ			
	Massimale € 1.050	Massimale € 1.500	Massimale € 2.200
PRESTAZIONI	SILVER	GOLD	PLATINUM
ESAMI DI LABORATORIO, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E VISITE SPECIALISTICHE	- SSN: rimborso totale ticket - DIRETTA: € 30/prestazione a carico dell'iscritto - INDIRETTA: rimborso 70%, con il massimo di € 80/prestazione - Sub-Massimale: € 750	- SSN: rimborso totale ticket - DIRETTA: € 30/prestazione a carico dell'iscritto - INDIRETTA: rimborso 70%, con il massimo di € 80/prestazione - Sub-Massimale: € 1.000	- SSN: rimborso totale ticket - DIRETTA: € 30/prestazione a carico dell'iscritto - INDIRETTA: rimborso 70%, con il massimo di € 80/prestazione - Sub-Massimale: € 1.500
INDENNITÀ PARTO	- Parto in struttura: € 100/giorno per 3 giorni - Parto domiciliare: sussidio forfettario di € 150 - Sub-Massimale: € 300	- Parto in struttura: € 100/giorno per 5 giorni - Parto domiciliare: sussidio forfettario di € 150 - Sub-Massimale: € 500	- Parto in struttura: € 100/giorno per 7 giorni - Parto domiciliare: sussidio forfettario di € 150 - Sub-Massimale: € 700
AREA ODONTOIATRICA			
		Massimale € 2.500	Massimale € 4.000
PRESTAZIONI	SILVER	GOLD	PLATINUM
PREVENZIONE ODONTOIATRICA		- Copertura: una volta l'anno - DIRETTA: rimborso totale	- Copertura: una volta l'anno - DIRETTA: rimborso totale
CURE ODONTOIATRICHE DA INFORTUNIO		- SSN: rimborso totale ticket - DIRETTA: rimborso totale secondo tariffario - INDIRETTA: rimborso 50% - Massimale: € 2.000	- SSN: rimborso totale ticket - DIRETTA: rimborso totale secondo tariffario - INDIRETTA: rimborso 50% - Massimale: € 2.500
CURE CONSERVATIVE E IMPLANTOLOGIA		- SSN: rimborso totale ticket - DIRETTA: rimborso totale secondo tariffario - Massimale: € 500	- SSN: rimborso totale ticket - DIRETTA: rimborso totale secondo tariffario - Massimale: € 1.500

AREA SOCIO-SANITARIA			
	Massimale € 1.000	Massimale € 2.000	Massimale € 3.000
PRESTAZIONI	SILVER	GOLD	PLATINUM
ASSISTENZA INFERMIERISTICA E SOCIO SANITARIA A SEGUITO DI INFORTUNIO	- SSN: rimborso totale ticket - DIRETTA: rimborso totale secondo tariffario - INDIRETTA: rimborso 80% - Massimale: € 500	- SSN: rimborso totale ticket - DIRETTA: rimborso totale secondo tariffario - INDIRETTA: rimborso 80% - Massimale: € 1.000	- SSN: rimborso totale ticket - DIRETTA: rimborso totale secondo tariffario - INDIRETTA: rimborso 80% - Massimale: € 1.500
TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO D'INFORTUNIO	- SSN: rimborso totale ticket - DIRETTA: rimborso totale secondo tariffario - INDIRETTA: rimborso 80% - Massimale: € 500	- SSN: rimborso totale ticket - DIRETTA: rimborso totale secondo tariffario - INDIRETTA: rimborso 80% - Massimale: € 1.000	- SSN: rimborso totale ticket - DIRETTA: rimborso totale secondo tariffario - INDIRETTA: rimborso 80% - Massimale: € 1.500
PROGRAMMI DI PREVENZIONE			
PRESTAZIONI	SILVER	GOLD	PLATINUM
PROGRAMMI DI PREVENZIONE (descrizione in foglio Programmi Prevenzione)	- DIRETTA: rimborso totale - CHECK UP: Prevenzione Cardiovascolare, Prevenzione Oncologica, Prevenzione Dermatologica, Prevenzione Ginecologica, Prevenzione delle vie respiratorie, Prevenzione Otorinolaringoiatrica, Prevenzione Oculistica. - Limitazioni: un check up a scelta, una volta l'anno	- DIRETTA: rimborso totale - CHECK UP: Prevenzione Cardiovascolare, Prevenzione Oncologica, Prevenzione Dermatologica, Prevenzione Ginecologica, Prevenzione delle vie respiratorie, Prevenzione Otorinolaringoiatrica, Prevenzione Oculistica. - Limitazioni: un check up a scelta, una volta l'anno	- DIRETTA: rimborso totale - CHECK UP: Prevenzione Cardiovascolare, Prevenzione Oncologica, Prevenzione Dermatologica, Prevenzione Ginecologica, Prevenzione delle vie respiratorie, Prevenzione Otorinolaringoiatrica, Prevenzione Oculistica. - Limitazioni: un check up a scelta, una volta l'anno
AREA PANDEMICA			
	Massimale € 1.750	Massimale € 2.650	Massimale € 3.875
PRESTAZIONI	SILVER	GOLD	PLATINUM
INDENNITÀ DI RICOVERO	- Copertura: massimo 15 giorni - Indennità: € 50/giorno	- Copertura: massimo 30 giorni - Indennità: € 50 per i primi 15 giorni, € 25 per i successivi	- Copertura: 40 giorni/anno - Indennità: € 50 per i primi 15 giorni, € 25 per i successivi
INDENNITÀ CONVALESCENZA POST TERAPIA INTENSIVA	Indennità una tantum: € 1.000	Indennità una tantum: € 1.500	Indennità una tantum: € 2.500