



**Piano Sanitario Collettivo
per i Soci
Lavoratori e Dipendenti delle
COOPERATIVE SOCIALI
Copertura Solcoop Sand 2018**

PROSPETTO ANALITICO DEL PIANO SANITARIO

SOLCOOP SAND Per SOCI LAVORATORI E DIPENDENTI COOP SOCIALI

Le prestazioni del Piano Sanitario Solcoop Sand

AREA SPECIALISTICA

1. Prestazioni di Alta Specializzazione
2. Visite specialistiche
3. Ticket per accertamenti diagnostici e Pronto Soccorso
4. Maternità e Gravidanza

PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE

5. Assistenza infermieristica e sociosanitaria
6. Sussidio in caso di invalidità permanente o decesso

ASSISTENZA ODONTOIATRICA

7. Prevenzione e Cure Odontoiatriche
8. PRESTAZIONI DI ASSISTENZA MEDICA tramite rete Coop Sociali e Sanitarie

AREA SPECIALISTICA

1. Prestazioni di Alta Specializzazione diagnostica

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

Tali prestazioni possono essere effettuate nelle strutture convenzionate con CAMPA.

RADIOLOGIA CONVENZIONALE (SENZA CONTRASTO)

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

RADIOLOGIA CONVENZIONALE (CON CONTRASTO)

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

- Vesciculodeferentografia
- Wirsungrafia

ALTA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI (ECOGRAFIA)

- Ecografia

ECOCOLORDOPPLERGRAFIA

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

TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC)

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

RISONANZA MAGNETICA (RM)

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

TOMO-SCINTIGRAFIA

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

DIAGNOSTICA STRUMENTALE

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

ALTRE PRESTAZIONI SANITARIE DIAGNOSTICHE (BIOPSIE)

- Mapping vescicale

ENDOSCOPIE DIAGNOSTICHE

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

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

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

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

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

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del **70%** con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 60,00** per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia. Per ottenere il rimborso è

necessario che l'Isritto alleggi alla fattura la richiesta del medico curante (MMG) contenente la patologia presentata o accertata.

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

Sono rimborsati integralmente i ticket sanitari con applicazione di franchigia di € 15,00.

Per il rimborso, è necessario che l'Isritto alleggi alla copia del ticket, la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presentata o accertata.

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

Esempio:

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

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

– Per una TAC in SSN, il ticket viene rimborsato integralmente con applicazione di una franchigia di € 15,00 per ogni ticket.

2. Visite Mediche Specialistiche

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

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

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

Le spese per le prestazioni vengono liquidate direttamente alle strutture, lasciando una quota a carico dell'Isritto di € 40,00 per ogni visita specialistica, che dovrà essere versata dall'Isritto alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione.

Esempio:

– Per una visita specialistica presso le strutture convenzionate, l'Isritto paga sempre solo € 40,00 non rimborsabili.

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

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

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

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

Rimborso del ticket sanitario con applicazione di franchigia di € 15,00.

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

Esempio:

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

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

3. Ticket per Accertamenti Diagnostici e Pronto Soccorso

Rimborso dei ticket sanitari per accertamenti diagnostici, conseguenti a malattia o a infortunio effettuati nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale e dei ticket di Pronto Soccorso, con applicazione di franchigia di € 15,00 su ogni ticket.

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

4. Maternità/Gravidanza

È previsto il rimborso dei ticket sostenuti presso il SSN per le analisi clinico chimiche e gli accertamenti diagnostici effettuati durante la gravidanza.

Con applicazione di franchigia di **€ 15,00** su ogni ticket.

Le ecografie relative alla gravidanza e le visite specialistiche possono essere effettuate nelle strutture convenzionate con quota a carico di **€ 40,00** o rimborsate in forma indiretta nella misura del **70%** con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 60,00**.

La disponibilità annua per la presente garanzia rientra in quella generale dei ticket di € 500,00 per Iscritta.

PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE

5. Assistenza infermieristica e sociosanitaria

Assistenza infermieristica e/o sociosanitaria alla persona privata individuale nel limite di **€ 50,00** al giorno per un massimo di **10** giorni in caso di convalescenza post infortunio con prognosi di almeno 10 gg. o post ricovero > 5 gg per il recupero temporanea di inabilità certificata dal MMG in persone prive di assistenza familiare e parentale, attraverso la rete delle Coop Sociali Confcooperative.

6. SUSSIDIO IN CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE O DECESSO

6.1 Sostegno alla perdita dell'autosufficienza - invalidità permanente.

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

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

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

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

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

Al momento della richiesta di sussidio, lo stato di non autosufficienza, deve essersi verificato successivamente alla decorrenza della copertura (*l'evento invalidante non deve essere già preesistente*). Il sussidio è erogabile una tantum ed esclusivamente al suo primo insorgere nella misura di **2.000 euro**.

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

6.2 Decesso

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

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

7. ASSISTENZA ODONTOIATRICA

7.1 Prevenzione e Cure Odontoiatriche

- Visita specialistica odontoiatrica
- Igiene orale professionale
- Avulsioni (Estrazioni dentarie)
- Impianti Osteointegrati

In forma diretta

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

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

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

In forma indiretta

- Nel caso di utilizzo di strutture non convenzionate

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

- Avulsioni (Estrazioni dentarie)

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

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

In forma indiretta

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

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

Impianti Osteointegrati

Viene garantito il rimborso di impianti osteointegrati nella misura di € 300,00 cadauno, con piena libertà di scelta della struttura a cui rivolgersi.

Avvalendosi di strutture convenzionate l'assistito ha la possibilità di avvalersi di tariffe preferenziali.

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

Saranno prese in considerazione solo fatture regolari di medici Odontoiatri regolarmente iscritti negli Albi dei Medici Chirurghi e Odontoiatri. Per ottenere il rimborso è necessario produrre la fattura in originale o in copia conforme del dentista, il diario clinico o altro documento equivalente da cui si rilevi il dettaglio analitico delle prestazioni eseguite e dei denti su cui è intervenuto, e le ortopantomografie. Per gli impianti è necessario produrre la certificazione della fornitura - passaporto implantare.

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

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

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

8. PRESTAZIONI DI ASSISTENZA MEDICA

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

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

CONTRIBUTI 2018

60,00 € per ciascun dipendente

60,00 € per il coniuge o convivente more uxorio o figlio convivente > di 26 anni

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

COPERTURA Solcoop **SAND** per i Dipendenti Cooperative Sociali Anno 2018

VADEMECUM PER USUFRUIRE DELL'ASSISTENZA

PRESTAZIONI IN FORMA INDIRECTA (A RIMBORSO)

presso il Servizio Sanitario Nazionale

PER TICKET per PRESTAZIONI SPECIALISTICHE DIAGNOSTICHE E VISITE SPECIALISTICHE SSN

Inviare i ticket alla CAMPA entro 30 giorni utilizzando l'apposito modulo per la richiesta dei rimborsi. La CAMPA provvederà a riconoscere il rimborso previsto dalla copertura SAND: fino a concorrenza del massimale annuo di **500,00 €**.

Il rimborso viene riconosciuto con applicazione di franchigia di **€ 15,00** su ogni ticket.

PRESTAZIONI IN FORMA INDIRECTA (A RIMBORSO)

presso strutture private non convenzionate con la CAMPA

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

La CAMPA provvederà a riconoscere il rimborso previsto dalla copertura Sand:

70% con minimo non indennizzabile di **€ 60,00** per ogni accertamento o visita specialistica e **fino a concorrenza del massimale rispettivamente di € 5.000,00 (Alta Specializzazione) e € 500,00 (Visite Specialistiche)**.

PER PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

Inviare alla CAMPA la fattura del dentista entro 30 gg. dalla data di fine lavori.

La CAMPA rimborsa in base alle condizioni della copertura:

- Ablazione del tartaro, Avulsioni dentarie, Impianto Osteointegrati

Per ottenere il sussidio è necessario produrre la fattura in originale o in copia conforme del dentista, con la cartella clinica o altro documento equivalente, da cui si rilevi il dettaglio analitico delle prestazioni eseguite e dei denti su cui è intervenuto con i relativi tempi di esecuzione, e le ortopantomografie o rx endorali, nonché la documentazione tecnica relativa alla fornitura dell'impianto odontoiatrico - passaporto implantare. La sopracitata documentazione dovrà essere prodotta entro 30 gg. dalla data della fattura. Le richieste di rimborso inoltrate oltre tale termine o incomplete non verranno ammesse a rimborso.

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

RIMBORSI

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

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

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

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

PRESTAZIONI IN FORMA DIRETTA

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

PER ESAMI DIAGNOSTICI di Alta Specializzazione e VISITE SPECIALISTICHE

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

PER PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

Non è necessaria la preventiva prescrizione di un medico.

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

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

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

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

DOCUMENTAZIONE

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

Legenda

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

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

Per info

Via Luigi Calori 2/g - 40122 Bologna

Numero dedicato Coperture Solcoop Tel. 051.19936151

Tel. 051.269967 fax 051.6494190

e-mail solcoop@campa.it

www.campa.it (Sezione Aziende e Coperture collettive/Solcoop)