



REGOLAMENTO SPECIALE DELLE COPERTURE SANITARIE COLLETTIVE

1 ASSISTENZA

L'Assistenza può essere erogata:

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

2 ESCLUSIONI

Non sono rimborsate le spese sostenute per:

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

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

I Ricoveri per le malattie croniche sono riconosciuti solo per un max di 30 gg. per ogni evento patologico.

3 DECORRENZA

La decorrenza dell'assistenza delle coperture collettive aziendali, parte il primo giorno del mese successivo a quello di iscrizione dei Dipendenti al Fondo e al relativo versamento contributivo dell'Azienda per tutti i lavoratori dipendenti in attività. In caso di infortunio accertato dal Pronto Soccorso la decorrenza dell'assistenza sarà immediata.

Le spese per ricoveri e interventi chirurgici conseguenti a malattie manifestamente preesistenti al momento dell'iscrizione al Fondo Sanitario CAMPA sono escluse.

In caso di convenzioni collettive con aziende di almeno 100 dipendenti, provenienti senza soluzione di continuità da altro Fondo/Cassa, può essere garantita la copertura assistenziale senza l'applicazione della carenza temporale; eventuali patologie preesistenti che diano luogo a ricoveri ed interventi chirurgici potranno essere garantite (con specifica indicazione negli Atti di Convenzione) a condizione che non siano escluse dal Fondo/Cassa precedente (condizione che dovrà essere valutata dall'Organo sanitario CAMPA in base alla data di insorgenza della patologia dell'assistito).

Per i nuovi assunti l'assistenza decorre dal primo giorno del mese successivo a quello del versamento contributivo (in assenza di diversa indicazione sull'atto di convenzione).

L'attivazione e la fruizione delle garanzie previste dalla copertura sanitaria è subordinata al regolare e tempestivo versamento dei contributi da parte dell'Azienda. In caso di mancato, ritardato o inesatto pagamento dei contributi da parte dell'Azienda, la copertura si intende sospesa (per il dipendente e i relativi familiari iscritti) e viene ripristinata dopo l'avvenuta regolarizzazione contributiva.

4 ESTENSIONE DELLA COPERTURA ASSISTENZIALE AL NUCLEO FAMILIARE CONVIVENTE

La presente copertura è valida per il dipendente.

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

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

Se l'iscrizione dei familiari avviene entro il termine di 30 gg. dal momento in cui la copertura sanitaria integrativa è operante, o nel caso di matrimonio o di nascita di un figlio, entro 30 gg. dal matrimonio o dalla nascita, verrà applicata la stessa decorrenza dell'assistenza di 30 gg. prevista per il dipendente.

Qualora l'iscrizione dei familiari conviventi avvenga successivamente a questo termine, la decorrenza dell'assistenza inizierà in via generale dopo tre mesi il versamento dei contributi.

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

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

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

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

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

- disattivazione della copertura in capo all'Isritto collaboratore della Azienda;
- uscita dallo Stato di famiglia di uno o più componenti iscritti;
- superamento del limite dei 35 anni di età da parte dei figli inclusi;

- richiesta di esclusione dall'estensione per attivazione in capo al familiare di un'altra copertura collettiva contrattuale o di welfare sanitario aziendale da parte del proprio datore di lavoro, comprovata da adeguata documentazione;
- venir meno della Convenzione tra Azienda/Cooperativa e CAMPA.

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

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

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

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

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

5 ESTENSIONE TERRITORIALE

La copertura vale per il mondo intero.

6 PRESTAZIONI TRA DUE ANNUALITÀ

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

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

7 NUOVI ASSUNTI E CESSATI

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

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

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

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

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

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

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

8 DURATA

La copertura avrà la medesima durata della convenzione sottoscritta dall'azienda (biennale se la decorrenza coincide con il mese di gennaio o biennale oltre la frazione d'anno di iscrizione negli altri casi) e con possibilità di tacito rinnovo per analoghi periodi di due anni in due anni se non sarà disdettata da ciascuna delle parti almeno due mesi prima di ogni scadenza naturale.

9 REGOLAZIONE CONTRIBUTIVA

La CAMPA si impegna a garantire una gestione mutualistica della **Copertura** per i **Dipendenti** che, pur essendo separata e con un autonomo centro di costo, non subirà variazioni personalizzate dei costi contributivi, ma dovrà comunque essere improntata a criteri di autosufficienza, e beneficerà o parteciperà dei fondi di riserva mutualistici nell'ambito del bilancio consolidato della CAMPA.

La CAMPA si riserva la possibilità, solo in caso di andamento non equilibrato della gestione della copertura, documentabile dal rapporto contributi/erogazioni, o di aumento delle compartecipazioni alla spesa sanitaria (es. ticket) stabilite da provvedimenti normativi dello Stato o delle Regioni di prevedere di comune accordo con le contraenti, degli incrementi contributivi, impegnandosi a contenerli nella misura massima del 10% e/o di modificare le prestazioni della copertura (riducendo alcune prestazioni o aumentando le franchigie a carico degli assistiti). Per i successivi rinnovi potranno nuovamente essere concordate le eventuali nuove condizioni della copertura.

10 REGIME FISCALE

Fondi Sanitari Aziendali: facilitazione fiscale per le coperture aziendali.

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

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

A partire dall'anno 2010, gli enti, casse e società di mutuo soccorso di cui all'art. 51 comma 2 lett. a) del TUIR dovranno attestare al fine della deducibilità fiscale che almeno il 20% delle prestazioni erogate sia riferito a prestazioni socio assistenziali per le persone non autosufficienti e/o assistenza odontoiatrica. Per il monitoraggio e il controllo dell'attività dei Fondi e dagli altri enti preposti, il decreto ha istituito **l'Anagrafe dei Fondi Sanitari** presso il Ministero della Salute.

Contributi versati in favore dei familiari conviventi del dipendente

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

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

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

11 DETRAIBILITÀ SPESE SANITARIE

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

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

12 MODALITÀ PER LA FRUIZIONE DELL'ASSISTENZA

Per effettuare le prestazioni **in FORMA DIRETTA** presso le strutture sanitarie convenzionate contattare la CAMPA per individuare la struttura sanitaria dove eseguire la prestazione e richiedere la relativa autorizzazione (tramite APP/Area Riservata o via e-mail compilando l'apposito modulo), inviando la prescrizione del Medico di Medicina Generale con la diagnosi o il sospetto diagnostico che rendono necessaria la prestazione. La CAMPA assume direttamente il costo delle prestazioni e l'assistito paga solo la franchigia (o quota a suo carico) prevista dalla copertura.

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

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

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

13 TERMINE PERENTORIO PER L'INVIO DELLA DOCUMENTAZIONE DI SPESA E SANITARIA

Le note di spese e le relative documentazioni sanitarie dovranno essere inviate entro 30 gg. dalla data della fattura. La mancata apertura della malattia (in caso di ricovero) e il mancato invio della documentazione prescritta entro tale termine di 30 gg. costituisce causa di decadenza dal diritto del conseguimento dei rimborsi e delle prestazioni.

In ogni caso (anche in caso di ritardi dovuti ad impossibilità sopraggiunte dimostrate) le documentazioni di spesa e sanitarie dell'anno in corso devono essere inviate entro il 31 gennaio dell'anno successivo per consentire di effettuare le comunicazioni all'Anagrafe Tributaria necessarie alla redazione dei modelli 730 precompilati. Le richieste di rimborso inoltrate oltre tale termine o incomplete non verranno ammesse a rimborso.

14 EVASIONE PRATICHE E TEMPI DI LIQUIDAZIONE

La CAMPA gestisce direttamente tutte le pratiche relative alle richieste di rimborso e garantisce che i tempi di liquidazione nell'assistenza in forma indiretta (attraverso accredito diretto sui c/c dei dipendenti) sono di ca. 45/60 giorni dal momento dell'acquisizione delle note di spesa completa di tutta documentazione sanitaria occorrente. La CAMPA si riserva di verificare attraverso i propri Uffici e consulenti sanitari la corrispondenza delle note di spesa prodotte alle prestazioni effettivamente eseguite consultando le strutture sanitarie e i professionisti e richiedendo eventuale documentazione supplementare.

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

15 SERVIZIO ASSISTITI

Tramite APP e Area Riservata sul sito CAMPA (<https://areariservata.campa.it/login>) è possibile consultare le informazioni sulla propria posizione (Piano Sanitario, stato dei rimborsi, certificazione...) e gestire operazioni (richiesta rimborsi, autorizzazioni).

Approfondimenti e/o aggiornamenti sempre presenti sul sito <https://www.campa.it/aziende-e-coperture> (regole generali, modulistica, ...)

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

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