



## 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 INDIRETTA**, 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;
- 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 del versamento contributivo per tutti i lavoratori dipendenti in attività. In caso di infortunio accertato dal Pronto Soccorso la decorrenza dell'assistenza sarà immediata.

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

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).

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

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 more uxorio 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). In caso di **assistenza alla gravidanza e al parto** è necessaria sempre l'iscrizione di entrambi i genitori naturali del bambino anche se non conviventi.

Se l'iscrizione dei familiari avviene entro il termine di 30 gg. dal momento in cui la copertura sanitaria integrativa è operante, verrà applicata la stessa decorrenza immediata dell'assistenza 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 Impianti Odontoiatrici sarà applicata una carenza di 12 mesi.

Nel caso di matrimonio o di nascita di un figlio, se il dipendente iscrive i familiari entro 30 gg. dal matrimonio o dalla nascita, il familiare potrà godere immediatamente della copertura come il dipendente. Se li iscrive successivamente, si applicano le carenze assistenziali sopra esposte.

Se il dipendente estende la copertura ai propri familiari conviventi (coniuge/convivente more uxorio e figli) s'impegna a versare i relativi contributi per tutta la durata della convenzione e dei successivi rinnovi fin tanto che fanno parte del suo nucleo familiare convivente. I familiari conviventi iscritti non potranno cioè recedere fin tanto che vige la Convenzione. Solo nel caso il familiare dimostri di avvalersi di altra copertura sanitaria di origine contrattuale è ammesso il recesso. 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 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.**

La copertura sanitaria collettiva può essere garantita fino all'età massima di 67 anni.

Al momento della cessazione della copertura sanitaria collettiva, i lavoratori potranno decidere di continuare ad avvalersi di una copertura sanitaria concordando con la CAMPA la nuova formula di assistenza da scegliere tra quelle previste dal Piano di Assistenza CAMPA (ad adesione volontaria), 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.

## 7 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.

## 8 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.

## 9 REGIME FISCALE

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

La CAMPA in qualità di Società di Mutuo Soccorso, rientra tra i soggetti previsti dall'art. 51 comma 2 lett. a del DPR 917/ 86 T.U.I.R. pertanto consente la deducibilità dal reddito dei contributi versati *Contributi che non concorrono al reddito di 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.

È quindi sufficiente che l'Azienda emani un regolamento aziendale con efficacia *erga omnes* con il quale si preveda il versamento di contributi a titolo di assistenza sanitaria (mediante l'adesione ad una Cassa Mutua) per poter usufruire di questo trattamento.

**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.

## **10 DETRAIBILITÀ SPESE SANITARIE**

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

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

## **11 MODALITÀ PER LA FRUIZIONE DELL'ASSISTENZA**

Per effettuare le prestazioni **in FORMA DIRETTA** presso le strutture sanitarie convenzionate contattare la CAMPA per individuare la struttura sanitaria dove eseguire la prestazione e richiedere la relativa autorizzazione (tramite APP/Area Riservata o via e-mail 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 INDIRECTA** l'assistito anticipa la spesa e poi chiede il rimborso (tramite APP/Area Riservata o via e-mail compilando l'apposito modulo) alla CAMPA che lo effettuerà secondo le modalità della copertura selezionata. È necessario inviare la prescrizione del Medico di Medicina Generale con la diagnosi o il sospetto diagnostico che rendono necessaria la prestazione.

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

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

## **12 EVASIONE PRATICHE E TEMPI DI LIQUIDAZIONE**

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

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

## **13 SERVIZIO ASSISTITI**

I nostri Uffici sono sempre a disposizione per fornire ogni informazione circa le modalità di fruizione dell'assistenza o circa le possibilità di accesso alle convenzioni in forma diretta ed indiretta.

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

Tel. 051.19936151 / 051.269967 interno 2

Approfondimenti e/o aggiornamenti sempre presenti sul sito <https://www.campa.it/aziende-coperture-collettive/Solcoop.html> (regole generali, modulistica, ...) e nell'Area Riservata (Piano Sanitario, stato dei rimborsi, certificazione...).

*Aggiornato Dicembre 2023*