SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO
CAMPA
Mutua Sanitaria Integrativa

Iscritta all'Anagrafe dei Fondi Sanitari
Aderente fimiv
CONSORZIO MU.SA. CONFCOOPERATIVE SANITÀ
Iscr. REA CCIIA BO n. 134065 C.F. 80049250378
Via Luigi Calori 2/g 40122 Bologna
Tel 051.19936151 Fax 051.6494190
www.campa.it solcoop@campa.it

Cooperazione Salute
Società di mutuo soccorso

Piano Sanitario Collettivo per i Soci Lavoratori e Dipendenti delle COOPERATIVE aderenti a CONFCOOPERATIVE EMILIA ROMAGNA "Copertura Solcoop Orange"

PROSPETTO ANALITICO DEL PIANO SANITARIO **"Solcoop Orange"**
SOCI LAVORATORI E DIPENDENTI COOP CONFCOOPERATIVE EMILIA ROMAGNA

Le prestazioni del Piano Sanitario

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

AREA RICOVERO

1. Ricovero in Istituto di cura per grande intervento chirurgico a seguito di malattia e infortunio, elencati al successivo paragrafo 1.7

AREA SPECIALISTICA

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

PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE

6. Assistenza infermieristica e sociosanitaria
7. Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio
8. Sussidio in caso di invalidità permanente o decesso

ASSISTENZA ODONTOIATRICA

9. Prevenzione e Cure Odontoiatriche

10. PRESTAZIONI DI ASSISTENZA MEDICA tramite rete Coop Sociali e Sanitarie

AREA RICOVERO

1. Ricovero in Istituto di cura per intervento chirurgico a seguito di malattia e infortunio

(vedi elenco a paragrafo 1.7)

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

Qualora l'Iscritto venga ricoverato per intervento chirurgico, può godere delle seguenti prestazioni:

Pre-ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei **120** giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero stesso.

Intervento chirurgico

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

Assistenza medica, medicinali, cure

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

Retta di degenza

Nel caso di ricovero in istituto di cura non convenzionato con CAMPA, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di **€ 200** al giorno.

Accompagnatore

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore in Istituto di cura o in struttura alberghiera.

Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con CAMPA, la garanzia è prestata nel limite di **€ 50** al giorno per un massimo di **30** giorni per ricovero.

Assistenza infermieristica privata individuale

Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di **€ 50** al giorno per un massimo di **30** giorni per ricovero.

Post Ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei **120** giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente ed integralmente alle strutture stesse, fermo restando le limitazioni previste alle singole garanzie.

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

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente ed integralmente alle strutture stesse, fermo restando le limitazioni previste alle singole garanzie.

- Nel caso di utilizzo di strutture non convenzionate

Le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate nella misura dell'**80%** con l'applicazione di un minimo non indennizzabile pari a **€ 2.000** (per l'intervento), fermo restando le limitazioni previste alle singole garanzie.

Il rimborso avverrà nel limite di **€ 10.000** per intervento.

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

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

• Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale

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

1.1 Trasporto sanitario a seguito di intervento chirurgico

Sono rimborsate le spese di trasporto dell'Iscritto in ambulanza, con unità coronaria mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di **€ 1.500** per ricovero.

1.2 Protesi ortopediche

Sono rimborsate le spese sostenute per l'acquisto e/o l'applicazione di protesi ortopediche nel limite annuo di **€ 1.000** per Iscritto.

1.3 Trapianti a seguito di malattia e infortunio

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, sono rimborsate le spese previste ai punti "Ricovero in Istituto di cura per intervento chirurgico a seguito di malattia e infortunio" e "Trasporto sanitario a seguito di intervento chirurgico" con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo. Nel caso di donazione da vivente, la prestazione prevede le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, rette di degenza.

1.4 Neonati - figli di Iscritti

È garantito il pagamento delle spese per interventi chirurgici effettuati nel primo anno di vita del neonato per la correzione di malformazioni congenite, comprese le visite e gli accertamenti diagnostici pre e post-intervento, nonché la retta di vitto e di pernottamento dell'accompagnatore nell'istituto di cura o in struttura alberghiera per il periodo del ricovero.
La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 10.000 per neonato.

1.5 Indennità sostitutiva per intervento chirurgico in caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

L'Iscritto, qualora non richieda alcun rimborso, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, relativa ad un grande intervento chirurgico, avrà diritto a un'indennità di **€ 50** per ogni giorno di ricovero per i primi 30 gg.

1.6 Il limite di spesa annuo dell'area ricovero

Il Piano sanitario prevede **un limite di spesa annuo che ammonta a € 100.000 per anno associativo e per Iscritto**. Questo significa che se durante l'anno questa cifra viene raggiunta, non vi è più la possibilità di avere ulteriori prestazioni. La copertura riprenderà l'anno successivo per gli eventi che accadessero nel nuovo periodo.
Non potranno quindi essere più rimborsati gli eventi accaduti nell'anno precedente.

1.7 Elenco interventi chirurgici

CARDIOCHIRURGIA

- Interventi di cardiochirurgia a cuore aperto
- Interventi di by-pass aortocoronarico

COLLO

- Gozzo retrosternale con mediastinotomia
- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne
- Tiroidectomia allargata per neoplasie maligne
- Timectomia per via cervicale
- Resezione dell'esofago cervicale

ESOFAGO
- Operazioni sull'esofago per stenosi benigne o megaesofago
- Operazioni sull'esofago per neoplasie maligne: resezioni parziali, basse, alte, totali
- Esofago-plastica
- Resezione di diverticoli dell'esofago toracico con o senza miotomia
- Interventi per lesioni traumatiche o spontanee dell'esofago

PANCREAS
- Interventi di necrosi acuta del pancreas
- Interventi per cisti e pseudo cisti:

a) enucleazioni delle cisti
b) marsupializzazione
- Interventi per fistole pancreatiche
- Interventi demolitivi sul pancreas:

a) totale o della testa
b) della coda
- Interventi per tumori endocrini funzionali del pancreas

STOMACO - DUODENO
- Resezione gastrica da neoplasie maligne e benigne
- Gastrectomia totale da neoplasie maligne
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-anastomotica
- Intervento per fistola gastro-digiuno-colica
- Gastrectomia allargata da neoplasie maligne

FEGATO E VIE BILIARI
- Resezione epatica
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari
- Derivazioni bilio digestive
- Interventi sulla papilla di Water
- Interventi di anastomosi veno-venose per il trattamento della ipertensione portale

COLON-RETTO
- Interventi per neoplasie maligne effettuati per via addominoperineale
- Proctocolectomia totale
- Ricostruzione sfinterale con gracile plastica

INTESTINO
- Colectomia totale
- Colectomia parziale da neoplasie maligne e benigne e diverticolosi

PERITONEO
- Exeresi di neoplasie maligne dello spazio retroperitoneale

TORACE
- Resezioni segmentarie e lobectomia
- Pneumonectomia
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi
- Interventi per fistole bronchiali-cutanee
- Pleuropneumonectomia
- Toracectomia ampia
- Resezione bronchiale con reimpianto
- Timectomia per via toracica
- Toracoplastica totale
- Interventi per neoplasie maligne del mediastino
- Interventi per neoplasie maligne della trachea
- Pleurectomie
- Exeresi per tumori primitivi delle coste e dello sterno

CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE
- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario
- Interventi demolitivi per neoplasie maligne della lingua e del pavimento orale con svuotamento della loggia sottomascellare
- Condilectomia monolaterale e bilaterale con condilo plastica per anchilosi dell'articolazione temporo-mandibolare

CHIRURGIA DEL SISTEMA NERVOSO
- Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali
- Interventi per deviazioni liquorale diretta e indiretta
- Operazioni endocraniche per ascesso ed ematoma intracranici
- Rizotomia chirurgica e microdecompressione endocranica dei nervi cranici
- Anastomosi endocranica dei nervi cranici
- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
- Asportazione di neoplasie endocraniche e trattamenti chirurgici degli aneurismi intracranici

- Interventi per epilessia focale
- Emisferectomia
- Neurotomia retrogasseriana - sezione intracranica di altri nervi
- Talamotomia - pallidotomia ed altri interventi similari
- Asportazione di neoplasie del rachide intra ed extra midollari
- Interventi per patologie intramidollari e per traumi vertebro-midollari con stabilizzazione chirurgica
- Interventi di stabilizzazione vertebrale con viti e barre con innesto osseo autologo o artrodesi vertebrale
- Ernia del disco cervicale dorsale e lombare con qualsiasi tecnica
- Interventi sul plesso brachiale
- Asportazione di tumori dell'orbita

CHIRURGIA VASCOLARE

- Interventi sull'aorta e sui grossi vasi arteriosi splancnici
- Interventi per aneurismi, by-pass e stenting dei seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrale, succlavia, troncobranchiocefalico, iliache, femorale e poplitea, polmonare
- Endoartectomia della arteria carotide, della arteria vertebrale e decompressione della vertebrale nel forame trasversario
- Trattamento delle lesioni traumatiche delle arterie degli arti e del collo eseguito d'urgenza
- Trombectomia venosa iliaco-femorale (monolaterale)

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Disarticolazione interscapolo toracica
- Emipelvectomia
- Resezione di corpi vertebrali (somatectomia) e sostituzione con cemento o trapianti
- Resezioni del sacro
- Osteosintesi rachidee con placche e viti transpeduncolari
- Interventi sulle grandi articolazioni e sulle ossa lunghe per neoplasie maligne
- Artoprotesi di anca, spalla, gomito, ginocchio per patologia acquisita

OTORINO

- Laringectomia totale
- Faringolaringectomia
- Interventi per neurinoma dell'VIII paio

UROLOGIA

- Nefrectomia sia totale sia parziale per neoplasia
- Nefro-ureterectomia totale
- Surrenelectomia
- Riparazione di fistola vescico intestinale con asportazione di segmento di intestino

*TUTTI I TRAPIANTI D'ORGANO (ANCHE di MIDOLLO OSSEO) * Escluse le preesistenze*

AREA SPECIALISTICA

2. 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 (previsto per patologie non dentarie)
- Rx di organo apparato
- Rx esofago
- Rx esofago esame diretto
- Rx tenue seriato
- Rx tubo digerente
- Rx tubo digerente prime vie/seconde vie
- Stratigrafia (di organi e apparati)

RADIOLOGIA CONVENZIONALE (CON CONTRASTO)

- Angiografia (compresi gli esami radiologici apparato circolatorio)
- Artrografia

- Broncografia
- Cisternografia
- Cavernosografia
- Cistografia/doppio contrasto
- Cisturetrografia menzionale
- Clisma opaco e/a doppio contrasto
- Colangiografia percutanea
- Colangiopancreatografia retrograda
- Colecistografia
- Colonscopia
- Colpografia
- Coronarografia
- Dacriocistografia
- Defeco grafia
- Discografia
- Esami radiologici apparato circolatorio
- Esame urodinamico
- Fistolografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Gastroscopia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mielografia
- Pneumoencefalografia
- Retinografia
- Rx esofogo 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
- Ecocolordoppler aorta addominale
- Ecocolordoppler arti inferiore e superiori
- Ecocolordoppler 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

PET
- 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'Iscritto (€ 40 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'Iscritto di **€ 40** per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia, che dovrà essere versata dall'Iscritto alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione. L'Iscritto dovrà inoltre presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante (MMG) contenente la patologia presunta o accertata.

• 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** per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia. Per ottenere il rimborso è necessario che l'Iscritto alleghi alla fattura la richiesta del medico curante (MMG) contenente la patologia presunta o accertata.

• Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale

Rimborso integrale dei ticket sanitari.
Per il rimborso, è necessario che l'Iscritto alleghi alla copia del ticket, la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 6.000 per Iscritto.

Esempio:
– Se per una TAC in una struttura non convenzionata, l'Iscritto chiede il rimborso di una fattura di € 100, viene applicato il minimo non indennizzabile di € 60. In questo caso rimangono a suo carico € 60 e saranno rimborsati € 40.

– Se per una TAC in una struttura non convenzionata, l'Iscritto chiede il rimborso di una fattura di € 250: il 30% di € 250 è € 75. In questo caso rimangono a suo carico € 75 e saranno rimborsati € 175.
– Per una TAC in SSN, il ticket viene rimborsato integralmente

3. 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'Iscritto di **€ 30** per ogni visita specialistica, che dovrà essere versata dall'Iscritto alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione.

Esempio:
– Per una visita medica specialistica presso le strutture convenzionate, l'Iscritto paga sempre solo € 30 non rimborsabili.

• Nel caso di utilizzo di strutture non convenzionate
In questo caso, le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del **70%** con un rimborso massimo di **€ 70** per ogni visita specialistica.
Per il rimborso, è necessario che l'Iscritto alleghi alla fattura la richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

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

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

Esempio:
– Se per una visita specialistica in una struttura non convenzionata, l'Iscritto chiede il rimborso di una fattura di € 130, viene applicato il massimale di rimborso di € 70. In questo caso rimangono a suo carico € 60 e saranno rimborsati € 70.

4. Ticket per Accertamenti Diagnostici e Pronto Soccorso

Rimborso integrale dei ticket sanitari per accertamenti diagnostici, conseguenti a malattia o a infortunio effettuati nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale e dei ticket di Pronto Soccorso.
La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 1.000 per Iscritto.

5. Maternità/Gravidanza

CAMPA provvede al pagamento delle spese per le visite mediche specialistiche, le ecografie e le analisi clinico chimiche effettuate in gravidanza. Sono altresì ricomprese l'amnioscopia, l'amniocentesi, la villocentesi, la translucenza nucale ed ogni altro tipo di accertamento diagnostico finalizzato al monitoraggio della gravidanza e dello sviluppo del feto. Queste vengono previste solamente se l'Iscritta ha un'età superiore ai 35 anni oppure se esiste già una malformazione familiare, per famiglia si intendono parenti di 1°grado.

• Nel caso di utilizzo di strutture convenzionate con CAMPA ed effettuate da medici convenzionati le spese per le prestazioni vengono liquidate direttamente dalla CAMPA.

• Nel caso di utilizzo di strutture non convenzionate le spese sostenute vengono rimborsate integralmente.

• Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale rimborso integrale dei ticket sanitari.
In occasione del parto, e previa presentazione della relativa cartella clinica, sarà corrisposta un'indennità di **€ 80** per ogni giorno di ricovero, per un massimo di **7** giorni per ogni ricovero. Tale indennità verrà corrisposta anche in caso di aborto terapeutico.

La disponibilità per la presente garanzia è di € 700 per evento gravidanza.

PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE

6. Assistenza Infermieristica

Assistenza infermieristica e/o sociosanitaria alla persona privata individuale nel limite di **€ 50** al giorno per un massimo di **30** giorni in caso di convalescenza post infortunio o post ricovero per il recupero temporanea di inabilità certificata dal MMG in persone prive di assistenza familiare e parentale.

7. Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio

Trattamenti fisioterapici, esclusivamente a fini riabilitativi, a seguito di infortunio accertato entro le 48 ore dall'evento traumatico dal Pronto Soccorso o istituzione sanitaria organizzata che abbia effettuato il primo soccorso (in alternativa con certificazione del MMG a INPS/INAIL). L'infortunio deve aver determinato un'inabilità assoluta al lavoro superiore a 10 gg.

I trattamenti fisioterapici riabilitativi devono essere effettuati da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione, il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

Le prestazioni fisioterapiche e riabilitative a seguito di infortunio possono essere riconosciute entro un massimo di 12 mesi dal verificarsi dell'infortunio accertato dal Pronto Soccorso. Non possono essere riconosciute per patologie croniche o cronicizzate.

• Nel caso di utilizzo di strutture convenzionate con CAMPA ed effettuate da medici convenzionati
Le spese per le prestazioni vengono liquidate direttamente ed integralmente alle strutture.
L'Iscritto dovrà presentare alla struttura copia del verbale del Pronto Soccorso.

• 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 **€ 100** per ogni fattura. Per ottenere il rimborso è necessario che l'Iscritto alleghi alla fattura copia del verbale di Pronto Soccorso.

• Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale
Rimborso integrale dei ticket sanitari.
Per il rimborso è necessario che l'Iscritto alleghi alla copia del ticket, anche copia del verbale di Pronto Soccorso che attesta la temporanea inabilità.

Non rientrano in garanzia: noleggio apparecchiature, prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 500 per Iscritto.

8. SUSSIDIO IN CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE O DECESSO

8.1 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 **€ 3.000**.

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 per ogni punto di invalidità partendo dalla percentuale già preesistente fino a un massimo assoluto di € 2.000.

8.2 Decesso

È previsto un sussidio in caso di decesso del dipendente iscritto, erogabile una tantum ai familiari conviventi nella misura di **€ 3.000** una tantum. Il decesso può essere stato causato sia da malattia sia da infortunio. Il sussidio non può essere riconosciuto qualora il decesso sia stata 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.

9. ASSISTENZA ODONTOIATRICA

9.1 Prevenzione e Cure Odontoiatriche

- Visita specialistica odontoiatrica
- Igiene orale professionale
- Avulsioni (Estrazioni dentarie)
- Corone protesiche fisse
- 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 sottoindicate devono essere effettuate in un'unica soluzione:

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

• **Visita specialistica odontoiatrica.**

Possono altresì essere effettuate in **forma diretta** fino ad un massimo di **4 avulsioni l'anno.**
Per ottenere l'autorizzazione è necessario allegare alla richiesta la prescrizione del dentista convenzionato, con l'indicazione del numero del dente da estrarre.

In forma indiretta
Nel caso di utilizzo di strutture non convenzionate:

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

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

• **Corone e intarsi fissi**
Viene garantito il rimborso in forma indiretta nella seguente misura:

- Intarsio o Corona in composito € 150
- Intarsio ceramica € 200
- Corona in composito/lega metallica definitiva € 200
- Corona in porcellana/ceramica/Ip/Inp/zirconio definitiva € 300

• **Impianti Osteointegrati**
Viene garantito il rimborso nella misura di **€ 500** cadauno, con piena libertà di scelta della struttura a cui rivolgersi.

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

Per ottenere il rimborso è necessario produrre la fattura in originale o in copia conforme del dentista, il diario clinico o altro documento equivalente da cui si rilevi il dettaglio analitico delle prestazioni eseguite e dei denti su cui è intervenuto, e le ortopantomografie. Per gli impianti e le corone è necessario produrre la certificazione della fornitura - passaporto implantare e certificazione di conformità.

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

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 1.500 per Iscritto.

Saranno prese in considerazione solo fatture regolari di medici Odontoiatri regolarmente iscritti negli Albi dei Medici Chirurghi e Odontoiatri.
La sopracitata documentazione dovrà essere prodotta entro 30 gg. dalla data della fattura. Le richieste di rimborso inoltrate oltre tale termine o incomplete non verranno ammesse a rimborso.
Il rimborso non può essere riconosciuto per lo stesso dente per non più di una volta ogni 5 anni. Nell'ipotesi di rigetto non è ammesso nuovamente il rimborso per un nuovo impianto sullo stesso dente.
In caso di ricorso a studi dentistici non convenzionati la CAMPA si riserva di chiedere ai propri assistiti di farsi visitare dai propri medici di fiducia per verificare la corretta ed effettiva esecuzione delle prestazioni eseguite ed esposte nelle fatture, presentate per richiedere il sussidio. Non potranno essere prese in esame fatture per prestazioni odontoiatriche iniziate ed eseguite prima della decorrenza della copertura.

9.2 Cure Odontoiatriche da infortunio

In caso di infortunio o evento traumatico accertato dal Pronto Soccorso, viene riconosciuto un rimborso fino a **€ 1.500** all'anno a persona, fino al 50% della fattura del dentista, fatta salva la rivalsa per responsabilità di terzi.

10. Prestazioni di Assistenza Medica

Possibilità di usufruire di prestazioni sanitarie tramite Convenzione con rete delle Cooperative di Medici e Cooperative a specializzazioni sanitarie o farmaceutiche di Federazione Sanità che garantiscono tariffe preferenziali e servizi di urgenza (es: Guardia medica notturna e festivi, Codici Bianchi, Cure Primarie).

CONTRIBUTI ANNUALI
€ 84 per ciascun dipendente
€ 84 per il coniuge o convivente more uxorio o figlio convivente > di 26 anni
€ 60 per ciascun figlio convivente fino a 26 anni

COPERTURA SOLCOOP **ORANGE** per i Dipendenti Cooperative ConfCooperative

VADEMECUM PER USUFRUIRE DELL'ASSISTENZA

PRESTAZIONI IN FORMA DIRETTA nelle strutture sanitarie convenzionate CAMPA

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 MEDICHE SPECIALISTICHE

- Inviare alla CAMPA, con un **preavviso di almeno 5 gg. lavorativi**, la prescrizione del medico di base (Medico di Medicina Generale) completa di diagnosi o sospetto diagnostico.
- 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 per Esami di Alta Specializzazione; € 30 per Visite mediche specialistiche**.

PER PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

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

- Visita specialistica odontoiatrica e Ablazione del tartaro *(una volta l'anno)*
- Avulsioni dentarie. È necessaria la prescrizione del dentista convenzionato, con l'indicazione del numero del dente da estrarre.

PER TRATTAMENTI FISIOTERAPICI E RIABILITATIVI a seguito di infortunio

- Occorre inviare alla CAMPA il referto del Pronto Soccorso o certificazione MMG a INPS/INAIL, completo di diagnosi attestante l'infortunio, che determini un'inabilità assoluta al lavoro superiore a 10 gg.
- La CAMPA rilascia il foglio di autorizzazione, con l'indicazione della struttura medica scelta.

PER RICOVERI per GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO

- Dare comunicazione a CAMPA inviando certificato medico con l'indicazione del ricovero per grande intervento chirurgico per ricevere il foglio di autorizzazione.
- Presentarsi alla Struttura Medica Convenzionata in forma diretta con l'autorizzazione CAMPA.
- Alla chiusura del ricovero pagherete solo eventuali spese extra NON COPERTE.
- Nell'eventualità che il ricovero si protragga oltre i 20 giorni contattare CAMPA per la prosecuzione.

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

1. APP CAMPA
2. Area Riservata
3. E-mail all'indirizzo: solcoop@campa.it

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

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

PRESTAZIONI IN FORMA INDIRETTA (A RIMBORSO)

Presso strutture private non convenzionate con la CAMPA.
Per le prestazioni diagnostiche di alta specializzazione e le visite specialistiche effettuate 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 30 gg. dalla data della fattura.
La CAMPA provvederà a riconoscere il rimborso previsto dalla copertura SOLCOOP Orange: **70% con minimo non indennizzabile di € 60** per ogni accertamento ed un **rimborso del 70% fino ad un massimo di € 70** per ogni visita specialistica e fino a concorrenza del massimale rispettivamente di **€ 6.000** (Alta Specializzazione) e **€ 1.000** (Visite Specialistiche).

In caso di fatture che riportino più prestazioni, ma con un unico importo totale, nella liquidazione si cercherà di interpretare nella modalità più verosimile l'importo delle singole prestazioni. Ad es.: Visita+paptest € 130: si intenderà 100 € per la visita e 30 € per il paptest.
Per favorire la precisione assoluta dei rimborsi è necessario che l'assistito produca una specifica delle singole voci fatturate con un unico importo totale: in assenza di tale dettaglio, gli Uffici preposti alla liquidazione procederanno secondi criteri di equità e plausibilità.

PER PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

Inviare alla CAMPA la fattura del dentista entro 30 gg. dalla data della fattura. La CAMPA rimborsa in base alle condizioni della copertura:
Ablazione del tartaro, Avulsioni dentarie, Corone fisse definitive, Impianti Osteointegrati.
Per ottenere il sussidio è necessario produrre la fattura in originale o in copia conforme del dentista, con la cartella clinica o altro documento equivalente, da cui si rilevi il dettaglio analitico delle prestazioni eseguite e dei denti su cui è intervenuto, e le ortopantomografie. Per gli impianti e le corone è necessario produrre la certificazione della fornitura - passaporto implantare e certificazione di conformità.
La sopracitata documentazione dovrà essere prodotta entro 30 gg. dalla data della fattura.
Le richieste di rimborso inoltrate oltre tale termine o incomplete non verranno ammesse a rimborso.

Per trattamenti fisioterapici e rieducativi post infortunio occorre inviare il verbale del pronto soccorso attestante l'infortunio (o in alternativa certificazione MMG a INPS/INAIL) che, determinino un'inabilità anche solo temporanea. La CAMPA provvederà a riconoscere il rimborso previsto dalla copertura SOLCOOP Orange: rimborso nella misura del **70% con minimo non indennizzabile di € 100** per ogni fattura e fino a concorrenza del massimale annuo di € 500.

PER RICOVERI per GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO

- Comunicare a CAMPA l'apertura del ricovero entro otto giorni inviando il certificato di ricovero.
- Inviare entro tre mesi dalla fine del ricovero eventuali fatture e cartella clinica.
- Per ricoveri presso il Servizio Sanitario inviare certificato di ricovero e scheda di dimissione ospedaliera.
- La CAMPA provvederà a riconoscere il rimborso previsto dalla copertura SOLCOOP Orange: **80% con minimo non indennizzabile di € 2.000 e fino a concorrenza del massimale annuo di € 10.000**.

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 precompilati.

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

1. APP CAMPA
2. Area Riservata
3. E-mail all'indirizzo: solcoop@campa.it

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 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.

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

Per info

Via Luigi Calori 2/g - 40122 Bologna
Numero dedicato Coperture Solcoop 051.19936151
Tel. 051.230967 051.269967 fax 051.6494190
e-mail solcoop@campa.it www.campa.it (sezione Solcoop)

SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO CAMPA Mutua Sanitaria Integrativa

Aggiornato dicembre 2023