



**Piano sanitario collettivo
per i Soci e lavoratori,
dipendenti delle Cooperative
aderenti Confcooperative
Emilia-Romagna**

CCNL Esercenti autorimesse - noleggio autobus, noleggio
auto con autista - locazione

“SOLCOOP Blue Indaco”

**Prospetto informativo analitico del piano sanitario
garantito da CAMPA Mutua Sanitaria Integrativa**

Le prestazioni del Piano Sanitario

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 e terapia)
3. Visite Mediche Specialistiche
4. Ticket per accertamenti diagnostici e Pronto Soccorso
5. Maternità/gravidenza
6. Programmi di prevenzione diagnostica

PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE

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

ASSISTENZA ODONTOIATRICA

10. Prevenzione e Cure Odontoiatriche
11. Cure Odontoiatriche da infortunio

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

13. SERVIZI DI ASSISTENZA MEDICA TELEFONICA E TRASPORTO
in Italia e all'estero in forma diretta

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 intervento chirurgico di cui all'elenco al paragrafo 1.7, avrà diritto a un'indennità di € **80** per ogni giorno di ricovero per i primi 30 gg. e di € **100** dal 31° al 100° giorno.

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 cardiocirurgia 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 splanchnici
- 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
- Emipelvectomy
- 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
- Artroprotesi 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

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
- Vescicolodeferentografia
- 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

TOMOGRFIA 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'Isritto (€ 30 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 € 30 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 75% con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di € 50 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia. Per ottenere il rimborso è necessario che l'iscritto alleggi alla fattura la richiesta del medico curante (MMG) contenente la patologia presunta o accertata.

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

Sono rimborsati integralmente i ticket sanitari.

Per il rimborso, è necessario che l'iscritto alleggi 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 € 50. In questo caso rimangono a suo carico € 50 e saranno rimborsati € 50.
- Se per una TAC in una struttura non convenzionata, l'iscritto chiede il rimborso di una fattura di € 250: il 25% di € 250 è € 62,50. In questo caso rimangono a suo carico € 62,50 e saranno rimborsati € 187,50.
- Per una TAC in SSN, il ticket viene completamente rimborsato.

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 € 20 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 € 20 non rimborsabili.

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

In questo caso, le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del 75% con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di € 50 per ogni visita specialistica.

Per il rimborso, è necessario che l'iscritto alleggi 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.

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

Esempio:

- Se per una visita medica specialistica in una struttura non convenzionata, l'iscritto chiede il rimborso di una fattura di € 100, viene applicato il minimo non indennizzabile di € 50. In questo caso rimangono a suo carico € 50 e saranno rimborsati € 50.

4. 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.

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 ed integralmente dal Gestore alle strutture sanitarie.

- **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 € 1.000 per evento gravidanza.

6. PROGRAMMI DI PREVENZIONE DIAGNOSTICA

Il Piano sanitario prevede la possibilità di effettuare le prestazioni di prevenzione diagnostica sottoelencate presso le strutture sanitarie convenzionate con la CAMPA e da essa indicate previa prenotazione. Le prestazioni previste per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, possono essere particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Queste prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione. Nello stesso anno di copertura può essere selezionato alternativamente un solo programma di prevenzione.

Prestazioni previste per gli uomini una volta l'anno

(Prevenzione Cardiovascolare)

- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Glicemia
- Azotemia (Urea)
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alaninamino transferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoamino transferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine
- Omocisteina
- Elettrocardiogramma di base
- Trigliceridi

Prestazioni previste per le donne una volta l'anno

(Prevenzione Cardiovascolare)

- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Glicemia
- Azotemia (Urea)
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alaninamino transferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoamino transferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine
- Omocisteina
- Elettrocardiogramma di base
- Trigliceridi

**Prestazioni previste per gli uomini di età superiore ai 45 anni una volta ogni due anni
(Prevenzione Oncologica)**

- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Glicemia
- Azotemia (Urea)
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine
- Omocisteina
- PSA (Specifico antigene prostatico)
- Ecografia prostatica
- Trigliceridi

**Prestazioni previste per le donne di età superiore ai 35 anni una volta ogni due anni
(Prevenzione Oncologica)**

- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Glicemia
- Azotemia (Urea)
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine
- Omocisteina
- Visita ginecologica e PAP-Test
- Trigliceridi

Prestazioni previste per uomini e donne possono essere effettuate a cadenza semestrale
(Sindrome Metabolica)

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi

PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE

7. Assistenza Infermieristica e Sociosanitaria

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.

8. 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 **80%** con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 100** per ogni fattura. Per ottenere il rimborso è necessario che l'iscritto alleggi 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 alleggi 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 € 600 per Iscritto.

Esempio:

– Per un ciclo di trattamenti fisioterapici presso le strutture convenzionate, le spese sono interamente coperte.

– Se per un ciclo di trattamenti fisioterapici in una struttura non convenzionata, l'iscritto chiede il rimborso di una fattura di € 150, viene applicato il minimo non indennizzabile di € 100. In questo caso rimangono a suo carico € 100 e saranno rimborsati € 50.

– Per un ciclo di trattamenti fisioterapici in una struttura non convenzionata, l'iscritto chiede il rimborso di una fattura di € 550: il 20% di € 550 è € 110.

In questo caso rimangono a suo carico € 110 e saranno rimborsati € 440.

– Per un ciclo di trattamenti fisioterapici in SSN, il ticket viene completamente rimborsato.

9. SUSSIDIO IN CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE O DECESSO

9.1 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.

9.2 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.

ASSISTENZA ODONTOIATRICA

10. Prevenzione e Cure Odontoiatriche

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.

(*) Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'iscritto, il medico della struttura convenzionata riscontri, in accordo con la CAMPA, la necessità di effettuare una seconda seduta di igiene orale nell'arco dello stesso anno associativo (a distanza di almeno sei mesi dalla prima), la CAMPA provvederà ad autorizzare e liquidare la stessa nei limiti sopra indicati.

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

In forma indiretta sono garantiti i seguenti rimborsi in forma indiretta con piena libertà di scelta del dentista da parte dell'assistito per le seguenti prestazioni, nella misura sottoindicate

○ Pulizia o detartrasi (una volta l'anno)	€ 30
○ Estrazione di dente o radice semplice fino a € 36; complessa fino a	€ 50 € ad elemento
○ Estrazione di dente o radice in inclusione ossea ad elemento fino a	€ 120 € ad elemento
○ Terapia canalare comprese rx endorali	
1 canale	€ 80
2 canali	€ 100
3 canali	€ 125
○ Intarsio ceramica	€ 200
○ Corona a giacca in oro/lega/resina	€ 150
○ Corona a giacca oro/porcellana/ceramica	€ 300
○ Rialzo del seno mascellare in caso di impianto	€ 300
○ Impianto osteo integrato per ogni elemento	€ 500
○ Protesi parziale	€ 300
○ Scheletrato comprensivo di elementi	€ 450
○ Protesi totale per arcata (al massimo ogni cinque anni)	€ 700
○ Ribasatura di protesi mobile totale	€ 80
○ Trattamenti ortognatodontici fino al compimento del 30°	
○ anno di età: sussidio annuo per max tre anni	€ 300
○ Radiologia odontoiatrica	in base al tariffario

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 le terapie canalari è necessario inviare le rx endorali pre e post trattamento. 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 (salvo*). 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 € 2.500 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 espote 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.

11. Cure Odontoiatriche in caso di 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.

12. 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).

13. SERVIZI DI ASSISTENZA MEDICA TELEFONICA E TRASPORTO in Italia e all'estero in forma diretta

In collaborazione con



Numero Verde 800 540858
Numero urbano 06 42115964

Servizi garantiti in caso di urgenza conseguente a infortunio o malattie improvvise

ASSISTENZA IN ITALIA

CONSULTO MEDICO TELEFONICO

- consigli medici** di carattere generale;
- informazioni** riguardanti:
 - reperimento dei mezzi di soccorso;
 - reperimento di medici generici e specialisti;
 - localizzazione di centri di cura generica e specialistica sia pubblici che privati;
 - modalità di accesso a strutture sanitarie pubbliche e private;
 - esistenza e reperibilità di farmaci.

ASSISTENZA MEDICA A DOMICILIO IN CASO DI EMERGENZA O DI GRAVI IMPEDIMENTI

- Invio di un medico o di un'ambulanza in caso di urgenza**
- Reperimento e consegna farmaci**
- Assistenza infermieristica** (reperimento e l'invio di personale convenzionato)
- Invio spesa a casa**
- Trasferimento medico programmato**
- Invio babysitter** (figli minori di anni 12)

ASSISTENZA SANITARIA ALL'ESTERO

RIENTRO SANITARIO E ASSISTENZA IN VIAGGIO

- Collegamento telefonico con la struttura sanitaria**
- Rientro sanitario (*)**
- Rientro dell'Assicurato convalescente al proprio domicilio**
- Viaggio di un familiare in caso di ricovero**
- Rientro/Assistenza dei figli minori privi di tutela**
- Rientro anticipato**

(*) Qualora il servizio medico della Centrale Operativa consigli, a seguito di infortunio o malattia improvvisa dell'assistito assicurato, il trasporto sanitario dello stesso, previa analisi del quadro clinico e d'intesa con il medico curante sul posto, la Centrale Operativa organizzerà:

- il trasferimento sanitario presso una struttura sanitaria adeguata più vicina;
- il rimpatrio sanitario nel paese di origine se le sue condizioni lo permettono e lo richiedono;
- la necessaria assistenza durante il trasporto con personale medico o paramedico.

Il trasporto sanitario sarà effettuato con i mezzi ritenuti più idonei ad insindacabile giudizio della Centrale Operativa:

- aereo sanitario (entro il limite di euro 30.000,00 per sinistro);
- aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;
- treno prima classe e, ove necessario, vagone letto;
- autoambulanza, senza limiti di chilometraggio;
- altro mezzo di trasporto.

Sono escluse dalla prestazione:

- le infermità o lesioni che, a giudizio del servizio medico della Centrale Operativa, possono essere curate sul posto;
- le infermità o lesioni che non precludano all'Assicurato la continuazione del viaggio o del soggiorno;
- le malattie infettive, nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali;
- tutti i casi in cui l'Assicurato o i familiari dello stesso sottoscrivessero volontariamente le dimissioni contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale fosse ricoverato;
- tutte le spese diverse da quelle indicate;
- tutte le spese sostenute per malattie croniche.

TELECONSULTAZIONE • MY DOCTOR

- Teleconsultazione**
- Prescrizione medica**
- Consegna farmaco**

I servizi di assistenza medica sono resi dalla Centrale Operativa di AXA Partners Italia** accessibile 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, tramite chiamata telefonica o video chiamata attraverso una linea dedicata.

GLI ASSISTITI CAMPA DOVRANNO CONTATTARE IL NUMERO VERDE APPOSITAMENTE DEDICATO 800 540858
o il Numero urbano 06 42115964

** La polizza è stipulata con Inter Partner Assistance S.A. Compagnia di Assicurazioni e Riassicurazioni Rappresentanza Generale per l'Italia - Gruppo AXA Partners. Il set informativo completo è consultabile sul sito www.campana.it

CONTRIBUTI

€ 280 per ciascun dipendente (a carico Azienda)

€ 280 per il coniuge o convivente more uxorio o figlio convivente > di 26 anni (a carico lavoratore dipendente)

€ 140 per ciascun figlio convivente fino a 26 anni (a carico lavoratore dipendente)

COPERTURA SOLCOOP Blue Indaco 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 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 CAMPA e la prescrizione del medico.
- CAMPA assumerà direttamente il costo dell'esame e il dipendente paga solo la franchigia:
€ 30 per Esami di Alta Specializzazione; € 20 per Visite mediche specialistiche.

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

PRESTAZIONI IN FORMA INDIRECTA (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 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 evince la tipologia di prestazioni effettuate) entro 30 gg. dalla data della fattura.

La CAMPA provvederà a riconoscere il rimborso previsto dalla copertura SOLCOOP Blue Indaco: **75% con minimo non indennizzabile di € 50** per ogni accertamento o 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 **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 Blue Indaco: nella misura dell'**80% con minimo non indennizzabile di € 100** per ogni fattura e fino a concorrenza del massimale annuo di **€ 600**.

PER PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

Inviare alla CAMPA la fattura del dentista entro 30 gg. dalla data del documento di spesa.

La CAMPA rimborsa in base alle condizioni della copertura.

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 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 Blue Indaco: **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.

Inviare la documentazione

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

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.

SERVIZI DI ASSISTENZA MEDICA TELEFONICA E TRASPORTO

Contattare Centrale Operativa accessibile 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, tramite chiamata telefonica o video chiamata attraverso una linea dedicata: **800 540858** o il numero urbano **06 42115964**.

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

e-mail solcoop@campa.it www.campa.it (sezione Solcoop).