

NORME DI ATTUAZIONE DEI PIANI SANITARI DI WELFARE AZIENDALE

SOMMARIO

1. PREMESSE	2
2. OGGETTO DELLE NORME DI ATTUAZIONE	2
3. MODALITÀ DI ISCRIZIONE AL FONDO SANITARIO INTEGRATIVO COOPERAZIONE SALUTE	2
4. CONTRIBUTI D'ISCRIZIONE. TEMPI E MODALITÀ DI VERSAMENTO.....	3
5. VARIAZIONI DI ORGANICO: NUOVE ASSUNZIONI E CESSAZIONI	4
6. DECORRENZA COPERTURA SANITARIA E DOCUMENTAZIONE IDENTIFICATIVA DELL'ISCRITTO.....	4
7. ESTENSIONE DELLA COPERTURA AL NUCLEO FAMILIARE	4
8. PRESTAZIONI DEI PIANI SANITARI PER IL WELFARE AZIENDALE.....	6
9. ESTENSIONE TERRITORIALE	6
10. FORME DI ASSISTENZA E MODALITA' DI FRUIZIONE DEI RIMBORSI	6
ASSISTENZA VIA AREA RISERVATA O E-MAIL.....	7
11. GESTIONE DEI RIMBORSI.....	8
12. EVASIONE PRATICHE E TEMPI DI LIQUIDAZIONE	9
13. ESCLUSIONI.....	10
14. SOSPENSIONE DELL'ASSISTENZA E CONTRIBUTI PER ASPETTATIVA NON RETRIBUITA DEL LAVORATORE	10
15. DECADENZA DEL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI	11
16. GESTIONE MUTUALISTICA	11
17. DURATA	11
18. REGIME FISCALE	11
19. DETRAIBILITÀ DELLE SPESE SANITARIE.....	12
20. TUTELA DATI PERSONALI.....	12
21. CONTROLLI.....	12
22. CHIARIMENTI E RECLAMI.....	12
23. RICHIAMO ALLO STATUTO SOCIALE ED AL REGOLAMENTO APPLICATIVO	12

1. PREMESSE

- a. **Cooperazione Salute** è una società che ha per scopo la solidarietà e il mutuo soccorso. Essa è operante ai sensi della Legge 3818/1886 e della Legge 833/1978 e delle successive modifiche e integrazioni.
- b. Cooperazione Salute è iscritta all'Anagrafe dei Fondi Sanitari presso il Ministero della Salute, consentendo di beneficiare delle agevolazioni fiscali previste dall'art. 51 comma 2, lettera a) del TUIR D.P.R. 917/86;
- c. L'Adesione a Cooperazione Salute, oltre a consentire alle aziende di assolvere agli obblighi contrattuali di sanità integrativa in favore dei propri dipendenti, è aperta a:
 - aziende interessate a sottoscrivere per i propri dipendenti una copertura sanitaria migliorativa rispetto a quella prevista dal contratto collettivo (CCNL) applicato;
 - aziende interessate ad attivare programmi di welfare Aziendale per i collaboratori nei confronti dei quali non sussiste un obbligo contrattuale di sanità integrativa (dipendenti e assimilati, liberi professionisti).
- d. Cooperazione Salute mette a disposizione la propria rete di strutture sanitarie convenzionate in forma diretta ed indiretta al fine di garantire la massima affidabilità ed efficacia nell'Assistenza;
- e. Cooperazione Salute si impegna a garantire tutte le prestazioni previste dai Piani, creando una apposita autonoma gestione separata nell'ambito del proprio bilancio, assumendo nella propria gestione mutualistica tutti gli eventuali avanzi o disavanzi gestionali delle medesime coperture per la durata di sottoscrizione dei Piani, e avvalendosi di tutti gli strumenti operativi valutati più opportuni per contenere i rischi;
- f. Queste Norme di attuazione contengono i parametri di applicazione dei Piani Sanitari di Welfare Aziendale, rimandando allo Statuto ed al Regolamento Applicativo del Fondo Sanitario Integrativo Cooperazione Salute per tutto quanto non espressamente previsto;
- g. Le premesse costituiscono parte integrante delle Norme di Attuazione.

2. OGGETTO DELLE NORME DI ATTUAZIONE

Le presenti Norme di Attuazione disciplinano il rapporto tra Cooperazione Salute, i datori di lavoro ed i beneficiari dei Piani Sanitari per il Welfare Aziendale:

- a. Piano Base 1
- b. Piano Base 2
- c. Piano Intermedio 1
- d. Piano Intermedio 2
- e. Piano Plus 1
- f. Piano Plus 2
- g. Piano TreOttoUno

I beneficiari delle coperture sanitarie sono i collaboratori (subordinati, parasubordinati, autonomi) delle aziende che hanno aderito a Cooperazione Salute e iscritto i lavoratori ad uno dei piani sanitari sopra elencati, versando i relativi contributi, nelle modalità di seguito indicate.

3. MODALITÀ DI ISCRIZIONE AL FONDO SANITARIO INTEGRATIVO COOPERAZIONE SALUTE

Per attivare la copertura sanitaria è necessario che le aziende aderiscano a cooperazione salute e iscrivano i propri collaboratori al piano sanitario prescelto.

L'adesione a Cooperazione Salute impegna la Azienda al regolare e tempestivo versamento dei contributi dovuti per le coperture sanitarie, per almeno 1 (uno) anno solare, oltre all'eventuale frazione d'anno dovuta in fase di prima iscrizione.

Per aderire a Cooperazione Salute è necessario inviare esclusivamente all'indirizzo PEC cooperazionesalute@pec.it la "Domanda di adesione" accompagnata dall'Allegato 4 "Dati Azienda e Beneficiari Prima Iscrizione", che ne costituisce parte integrante.

La "Domanda di adesione" deve essere predisposta su carta intestata, compilata in tutte le sue parti e firmata dal Legale Rappresentante della Azienda.

*Nel file "Dati Azienda e Beneficiari Prima Iscrizione" devono essere riportati i dati della **totalità dei collaboratori** (subordinati, parasubordinati, autonomi) della Azienda, **oppure la totalità dei collaboratori appartenenti alla categoria/alle categorie individuata/e come destinataria/e della copertura sanitaria, secondo la classificazione proposta alla lett. c del Punto 1**, senza nessuna discriminazione o*

esclusione. Altrimenti detto, nessun collaboratore appartenente alla categoria tale categoria può essere escluso dalla copertura.

I dati dei collaboratori che subentreranno nel diritto alla copertura successivamente alla data di prima iscrizione, dovranno essere comunicati nelle modalità previste dal Punto 5 “Variazioni di organico: nuove Assunzioni e Cessazioni”.

L’indirizzo e-mail del collaboratore che verrà segnalato nel file excel “Dati Azienda e Beneficiari Prima Iscrizione” verrà utilizzato per tutte le comunicazioni rivolte direttamente all’iscritto (gestione pratiche, newsletter informative, ecc.). Si raccomanda quindi la massima attenzione nel compilare correttamente il file excel.

Per facilitare il rapporto tra la Azienda e Cooperazione Salute, nonché la gestione del Piano in favore degli Iscritti, la Azienda si impegna a individuare un referente per Cooperazione Salute all’interno della propria organizzazione.

Il nominativo del referente, con i relativi contatti, dovrà essere indicato nella “Domanda di adesione” e nel file excel “Dati Azienda e Beneficiari Prima Iscrizione”.

Alla “Domanda di adesione” sono collegati i seguenti documenti che restano agli atti per la Azienda aderente:

- A1 – Piani Sanitari (Base 1, Base 2; Intermedio 1, Intermedio 2; Intermedio 3, Plus 1, Plus 2, Piano TreOttoUno);
- A2 - Norme di Attuazione dei Piani per il welfare Aziendale;
- A3 - Informativa Privacy Cooperazione Salute;
- A5 - Variazioni Beneficiari e Dati Nucleo Familiare;
- A6 - Richiesta Iscrizione Nucleo Familiare;

4. CONTRIBUTI D’ISCRIZIONE. TEMPI E MODALITÀ DI VERSAMENTO

a. Adesione e versamento dei contributi in fase di prima iscrizione

Una volta inviata la “Domanda di adesione” correttamente compilata, firmata e accompagnata dal file excel “Dati Azienda e Beneficiari Prima Iscrizione”, la Azienda si impegna a versare, **per ciascun collaboratore iscritto, il contributo di iscrizione al piano sanitario prescelto.**

3

Piano Sanitario	Contribuzione annua per persona	Tranche semestrali per persona	Rateo mensile per persona
Piano Base 1	€ 60,00	€ 30,00	€ 5,00
Piano Base 2	€ 84,00	€ 42,00	€ 7,00
Piano Intermedio 1	€ 108,00	€ 56,00	€ 9,00
Piano Intermedio 2	€ 132,00	€ 68,00	€ 11,00
Piano Plus 1	€ 156,00	€ 80,00	€ 13,00
Piano Plus 2	€ 180,00	€ 90,00	€ 15,00
Piano TreOttoUno	€ 120,00	€ 60,00	€ 10,00

L’attivazione della copertura sanitaria e quindi il versamento del relativo contributo, in fase di prima iscrizione, possono avvenire secondo due modalità:

- i. Attivazione della copertura sanitaria per tutto l’anno in corso, con validità retroattiva dal 1° gennaio al 31 dicembre. Il versamento avverrà in due tranche semestrali (se l’iscrizione avviene entro il 30 giugno) o in unica soluzione (se l’iscrizione avviene dopo il 1° luglio)
- ii. Attivazione della copertura sanitaria a partire dal mese di iscrizione. Non essendo retroattiva, la copertura non consente il recupero delle spese mediche sostenute nei mesi precedenti a quello di iscrizione. Le quote dovute sono calcolate sommando i ratei dei mesi di copertura effettiva.

La modalità prescelta va comunicata espressamente in fase di invio della “Domanda di adesione”.

Cooperazione Salute calcolerà e comunicherà il totale delle quote che la Azienda dovrà versare per la copertura sanitaria dei propri collaboratori. I contributi dovranno essere versati sul conto corrente dedicato **IT61P0359901800000000136039**, indicando la causale specifica riportata nella comunicazione di richiesta quote.

b. Versamento dei contributi per le annualità successive a quella di prima iscrizione

A dicembre di ciascun anno, Cooperazione Salute invierà alla Azienda lo stato dell'arte degli iscritti aggiornato al 30 di novembre. La Azienda si impegna a controllare i dati e comunicare eventuali Variazioni avvenute nel corso dell'anno e non ancora comunicate secondo le modalità descritte al Punto 5 "Variazioni di organico: Nuove Assunzioni e Cessazioni" di seguito riportato. Con tali dati Cooperazione Salute aggiornerà dunque l'anagrafica beneficiari, così da disporre, una volta definite eventuali integrazioni e/o variazioni, del dato certo degli iscritti al 31 dicembre di ciascun anno. In base a tale anagrafica beneficiari effettiva, Cooperazione Salute invierà nei primi giorni di gennaio di ciascun anno la richiesta di versamento della prima tranche relativa al nuovo anno di copertura. A giugno di ciascun anno, poi, Cooperazione Salute invierà alle aziende iscritte la richiesta di versamento della seconda tranche.

Per i collaboratori che su richiesta siano collocati in aspettativa non retribuita si rimanda al Punto 14. Per l'eventuale versamento dei contributi relativi al Nucleo familiare del collaboratore, si rimanda al Punto 7.

5. VARIAZIONI DI ORGANICO: NUOVE ASSUNZIONI E CESSAZIONI

In caso di variazioni dell'organico in corso d'anno (nuovi assunti, cessati, aspettative non retribuite), la Azienda si impegna a comunicare tramite Area Riservata Aziende tutte le variazioni avvenute nel corso del mese **entro il 10 del mese successivo alla variazione (termine massimo)**.

In riferimento alle variazioni si riportano le seguenti indicazioni:

- **Nuovi beneficiari della copertura:** la copertura avrà validità dal primo giorno del mese se l'assunzione è avvenuta entro il 15 del mese. In caso di assunzione dopo il 15 del mese, la copertura avrà inizio il primo giorno del mese successivo. I nuovi assunti potranno usufruire della copertura, per il periodo previsto, alle medesime condizioni degli altri dipendenti.

Cooperazione Salute provvederà a richiedere i ratei mensili dovuti per le nuove coperture **contestualmente al calcolo contributi** per la semestralità immediatamente successiva.

- **Collaboratori cessati:** fatte salve le eccezioni previste all'art. 15, la copertura rimarrà valida sino all'ultimo giorno del mese dell'avvenuta comunicazione da parte della Azienda della cessazione del rapporto di lavoro.

A seguito della comunicazione di cessazione, Cooperazione Salute provvederà a calcolare i ratei mensili da restituire **a conguaglio**, nel momento del calcolo contributi per la semestralità immediatamente successiva.

4

*In sintesi, la Azienda si impegna a comunicare a Cooperazione Salute le variazioni **in Area Riservata Aziende entro il 10 del mese successivo alla variazione**.*

6. DECORRENZA COPERTURA SANITARIA E DOCUMENTAZIONE IDENTIFICATIVA DELL'ISCRITTO

Nel momento in cui la Azienda avrà versato i contributi, Cooperazione Salute comunicherà l'avvenuta iscrizione al Fondo e la copertura sanitaria sarà effettivamente attiva. Questa sarà retroattiva al 1° gennaio nell'ipotesi i. del Punto 4, lett. a.

Cooperazione Salute invierà alla Azienda la documentazione identificativa degli iscritti che consentirà di usufruire delle forme di assistenza previste dal piano sanitario prescelto. Le aziende si impegnano a informare e consegnare agli iscritti tale documentazione.

7. ESTENSIONE DELLA COPERTURA AL NUCLEO FAMILIARE

La presente copertura è valida per il collaboratore della Azienda regolarmente iscritto. Quest'ultimo può estendere la copertura ai componenti del proprio nucleo familiare intendendosi per questi il coniuge/partner unito civilmente o in alternativa convivente more-uxorio (indipendentemente dal genere) e figli anche adottati risultanti dal certificato di stato di famiglia (sono comunque compresi i figli non conviventi purché studenti fino a 26 anni di età), sostenendo personalmente i costi di iscrizione. Il lavoratore è tenuto ad iscrivere tutti i famigliari conviventi nessuno escluso, salvo la compresenza di copertura di origine contrattuale in qualità di iscritto/beneficiario di Cooperazione Salute. I contributi dovuti per l'estensione della copertura sono diversi per coniuge e figli di età uguale o superiore a 26 anni, e per figli di età inferiore a 26 anni:

PIANO SANITARIO	CONTRIBUTO DI ISCRIZIONE PER CONIUGE E FIGLI DI ETÀ SUPERIORE O UGUALE A 26 ANNI		
	Contribuzione annua per persona	Tranche semestrali per persona	Rateo mensile per persona
Piano Base 1	€ 60,00	€ 30,00	€ 5,00
Piano Base 2	€ 84,00	€ 42,00	€ 7,00
Piano Intermedio 1	€ 108,00	€ 54,00	€ 9,00
Piano Intermedio 2	€ 132,00	€ 68,00	€ 11,00
Piano Plus 1	€ 156,00	€ 80,00	€ 13,00
Piano Plus 2	€ 180,00	€ 90,00	€ 15,00
Piano TreOttoUno	€ 120,00	€ 60,00	€ 10,00

PIANO SANITARIO	CONTRIBUTO DI ISCRIZIONE PER CONIUGE E FIGLI DI ETÀ INFERIORE A 26 ANNI		
	Contribuzione annua per persona	Tranche semestrali per persona	Rateo mensile per persona
Piano Base 1	€ 48,00	€ 24,00	€ 4,00
Piano Base 2	€ 50,00	€ 25,00	€ 4,16
Piano Intermedio 1	€ 60,00	€ 30,00	€ 5,00
Piano Intermedio 3	€ 70,00	€ 35,00	€ 5,83
Piano Plus 1	€ 80,00	€ 40,00	€ 6,66
Piano Plus 2	€ 90	€ 45,00	€ 7,5
Piano TreOttoUno	€ 96,00	€ 48,00	€ 8,00

Il lavoratore che intende estendere la copertura al nucleo familiare dovrà comunicare alla Azienda i dati dei propri familiari, compilando il modulo di "Richiesta Adesione nucleo familiare" (Allegato 6). La Azienda si impegna a comunicare, contestualmente ad eventuali variazioni in organico, le adesioni dei familiari raccolte, **con un unico invio** all'indirizzo: cooperazionesalute@pec.it **entro il 10 del mese successivo alla adesione del nucleo familiare** utilizzando **tassativamente** il file "Variazione Dati Azienda Beneficiari e nucleo familiare" e **allegando anche il modulo di adesione compilato dal dipendente**.

Cooperazione Salute provvederà a calcolare e comunicare alla Azienda le quote dovute per attivare le coperture per il nucleo familiare. La Azienda si impegna ad anticipare il contributo per ciascun nucleo familiare operando la relativa trattenuta dal compenso del collaboratore. In riferimento alla deducibilità della contribuzione e alla detraibilità delle spese sanitarie si rimanda ai Punti 18 e 19.

- Se l'iscrizione dei familiari avviene entro il termine di 30 giorni dalla data in cui la copertura sanitaria integrativa è operante per l'iscritto, verrà applicata la stessa **decorrenza** immediata dell'assistenza prevista per l'iscritto. Qualora l'iscrizione del nucleo familiare convivente avvenga successivamente al termine di 30 giorni, la decorrenza dell'assistenza inizierà dopo tre mesi dal versamento dei contributi di iscrizione a Cooperazione Salute. Restano escluse dalla copertura le spese relative a ricoveri conseguenti a patologie preesistenti o per la correzione di difetti congeniti e costituzionali. Per

prestazioni di Alta specializzazione diagnostica, visite specialistiche e Impianti odontoiatrici sarà applicata una carenza di 12 mesi per le patologie preesistenti al momento della estensione della copertura.

- Nel caso di matrimonio o inizio convivenza o di nascita di un figlio, se l'Isritto iscrive i familiari entro 30 giorni dal matrimonio, dall' inizio convivenza o dalla nascita o dall'adozione, il familiare potrà godere immediatamente della copertura come l'Isritto. Se il nucleo familiare viene iscritto successivamente, si applicheranno le carenze sopra riportate.
- Se l'isritto decide di estendere la copertura sanitaria al proprio nucleo familiare convivente, si impegna a versare i relativi contributi attraverso la Azienda per il periodo decorrente dall'accettazione della domanda (dal 1 del mese di attivazione della copertura al 31 dicembre) e i successivi 3 anni di attività mutualistica (dal 1 gennaio al 31 dicembre di ciascun anno per un totale di 36 mesi). Durante il suddetto periodo, i familiari conviventi non potranno recedere dalla copertura salvo il realizzarsi di una o più tra le seguenti condizioni: disattivazione copertura in capo all'isritto collaboratore della Azienda; uscita dallo stato di famiglia di uno o più componenti iscritti a Cooperazione Salute; venir meno del rapporto associativo tra Azienda e Cooperazione salute. In tal caso, la copertura del nucleo familiare durerà sino alla conclusione del periodo per cui è stato versato il contributo. L'estensione per il nucleo familiare si intenderà tacitamente rinnovata per ulteriori 3 anni di attività mutualistica (dal 1 gennaio al 31 dicembre di ciascun anno per un totale di 36 mesi) al termine delle successive scadenze, salvo non sia comunicata disdetta da una delle parti mediante invio di lettera raccomandata a/r 60 (sessanta) giorni prima della scadenza dei 3 anni di attività mutualistica".

8. PRESTAZIONI DEI PIANI SANITARI PER IL WELFARE AZIENDALE

Gli Isritti hanno diritto di ricevere le prestazioni previste dal piano sanitario di riferimento, consultabile al sito internet www.cooperazionesalute.it, accendendo alla propria Area Riservata o attraverso l'applicazione AppCard.

9. ESTENSIONE TERRITORIALE

La copertura vale in tutto il mondo.

6

10. FORME DI ASSISTENZA E MODALITA' DI FRUIZIONE DEI RIMBORSI

Definizioni

Assistenza in Forma Diretta. Permette di ottenere le prestazioni che sono state prescritte dal Medico di Medicina Generale o da un medico specialista, presso una struttura convenzionata con il Network di Cooperazione Salute, senza anticipare l'intera spesa ma versando solamente eventuali franchigie che il piano sanitario lascia a carico dell'Isritto e degli aventi diritto. L'Isritto e gli aventi diritto possono consultare gli elenchi delle strutture convenzionate con Cooperazione Salute nella sezione Consultazione della propria Area Riservata fruibile nel sito www.cooperazionesalute.it - Area Riservata Isritti - Adesioni Collettive o nell'App di Confcooperative.

Assistenza in Forma Indiretta. Permette di ottenere il rimborso di spese sanitarie già sostenute, delle quali si è conservata la fattura/notula di spesa e una prescrizione medica del Medico di Medicina Generale o di un medico specialista, nei limiti e nelle modalità previste dal piano sanitario per l'Isritto e gli aventi diritto.

Accesso ai tariffari agevolati del Network convenzionato. Permette di ottenere le prestazioni sanitarie, di cui l'Isritto e gli aventi diritto necessitano, a tariffe agevolate rispetto ai prezzi di mercato, indipendentemente dal fatto che le prestazioni individuate siano o meno rimborsabili dal piano sanitario.

ASSISTENZA VIA AREA RISERVATA O E-MAIL

ASSISTENZA IN FORMA DIRETTA

Per usufruire dell'Assistenza in Forma Diretta, l'Iscritto dovrà seguire l'iter seguente:



- **Individuare** una struttura fra quelle convenzionate: le strutture convenzionate sono disponibili alla sezione Consultazione - Ricerca struttura in Area Riservata.

- **Contattare** la struttura scelta per richiedere una prestazione in forma diretta da parte di un medico/professionista convenzionato con Cooperazione Salute e prenotare. Nel caso di visita specialistica, oltre alla struttura dovrà essere convenzionato anche il medico prescelto.



- Inviare a Cooperazione Salute la **Richiesta di Prestazione in Forma Diretta** tramite Area Riservata compilando il form online e allegando la copia della prescrizione, laddove richiesta dal piano, del Medico di Medicina Generale/del medico specialista; per le prestazioni odontoiatriche è necessario allegare un piano di cure o autocertificazione su carta bianca contenente le prestazioni desiderate, almeno 5 giorni lavorativi prima della prestazione.

- Cooperazione Salute fornirà all'Iscritto e alla struttura sanitaria l'autorizzazione a beneficiare del servizio.



- L'Iscritto dovrà presentarsi presso la struttura convenzionata con un documento di identità in corso di validità e avere con sé il documento di Presa In Carico in formato digitale o cartaceo (ovvero l'autorizzazione che Cooperazione Salute allegnerà alla richiesta nella sezione Pratiche in Area Riservata, l'unico documento utile per fruire della prestazione in forma diretta).

- Al termine della prestazione sanitaria **l'Iscritto** dovrà **saldare**, direttamente alla struttura, la quota di sua competenza indicata sul modulo di autorizzazione di Cooperazione Salute.

L'assistenza in forma diretta è possibile unicamente quando si presentino tutte e tre le seguenti condizioni: ove prevista dal piano sanitario dell'Iscritto, se autorizzata da Cooperazione Salute e presso strutture convenzionate con medici convenzionati con il Network Sanitario e/o Odontoiatrico di Cooperazione Salute.

ASSISTENZA IN FORMA INDIRECTA



- L'Assistenza in Forma Indiretta prevede il rimborso delle spese sanitarie sostenute in base a quanto previsto dal piano sanitario. Per richiedere un rimborso l'Iscritto dovrà far pervenire a Cooperazione Salute, entro **60 giorni** dall'evento sanitario (fa fede la data della fattura/notula oppure la data di dimissioni in caso di ricovero per richieste di indennizzo) e, per le spese sostenute nel mese di dicembre, non oltre il **31 gennaio** dell'anno successivo, la seguente documentazione:

- Copia della documentazione medica che giustifica la fattura/notula di spesa (prescrizione del medico di base o del medico specialista, per tutte le prestazioni, eccetto quelle odontoiatriche);
- Copia della fattura/della notula di spesa/lettera di dimissioni.

La richiesta di rimborso potrà essere presentata a Cooperazione Salute nei seguenti modi:

- Tramite AREA RISERVATA (modalità consigliata): compilando il form nella sezione Pratiche -

Nuova richiesta di rimborso e allegando copia della prescrizione medica e fattura/notula/lettera di dimissioni;

Via **e-mail**: invio della documentazione, completa del modulo di richiesta rimborso forma indiretta compilato e firmato, scaricabile dal sito di Cooperazione Salute, in un UNICO file PDF all'indirizzo **liquidazioni@cooperazionesalute.it**.

ACCESSO AI TARIFFARI AGEVOLATI DEL NETWORK CONVENZIONATO



Per richiedere l'applicazione delle tariffe agevolate è necessario farsi riconoscere dalla struttura sanitaria convenzionata come iscritti a Cooperazione Salute tramite il **voucher di riconoscimento**, il documento attestante la propria adesione alla Mutua, avente validità mensile ed elaborabile autonomamente tramite la schermata Home della propria Area Riservata.

11. GESTIONE DEI RIMBORSI

Nel caso in cui l'iscritto disponga di altre forme di copertura sanitaria, oltre a quella del SSN, si impegnerà a comunicare a Cooperazione Salute l'importo degli eventuali rimborsi percepiti da altri Enti, Fondi o Compagnie Assicuratrici per lo stesso evento/documento di spesa/per la stessa prestazione per cui presenta richiesta a Cooperazione Salute. Tale comunicazione dovrà pervenire, in fase di inserimento della richiesta di rimborso in Area Riservata, tramite la compilazione dell'apposito campo, oppure, indicando l'importo percepito sul modulo di richiesta di rimborso in forma indiretta per richieste inviate tramite e-mail.

Nel caso di invio della documentazione tramite Area Riservata

8

1. L'iscritto dovrà verificare che la pratica sia stata acquisita da Cooperazione Salute e che abbia assunto lo stato "Protocollata".



2. Successivamente, l'iscritto dovrà monitorarne lo stato e le eventuali relative comunicazioni tramite la sezione Pratiche - Le mie richieste. In tale sezione compariranno esclusivamente le pratiche inviate tramite Area Riservata e non quelle inviate tramite e-mail.

3. Se, in fase di gestione della richiesta, si dovesse rilevare incompletezza nella documentazione presentata, Cooperazione Salute provvederà ad inviare una richiesta di integrazione tramite Area Riservata, visibile sempre nella sezione Comunicazioni della Pratica. A notifica della stessa Cooperazione Salute invierà un'e-mail, all'indirizzo utilizzato in fase di registrazione all'Area Riservata, con l'invito ad accedere al portale dedicato per visualizzare i messaggi. A seguito della ricezione di tale comunicazione l'iscritto avrà a disposizione 10 giorni effettivi per integrare la documentazione incompleta e/o non esaustiva, pena la non rimborsabilità della pratica. La documentazione integrativa dovrà essere inviata tassativamente rispondendo alla comunicazione ricevuta in Area Riservata e non inserendo una nuova richiesta di rimborso.

4. A conclusione della gestione della pratica, nella sezione dedicata dell'Area Riservata Pratiche - Le mie richieste, sarà possibile visionare lo stato assegnato.

a. Nel caso di respingimento verrà comunicata la ragione del diniego del rimborso (prestazione non prevista dal piano, richiesta rimborso tardiva o incompleta, sfioramento massimali, irregolarità, abusi, controversie, ecc.).

b. Nel caso di riconoscimento del rimborso la pratica assumerà lo stato "Liquidato" e verrà inviata all'iscritto, tramite e-mail, comunicazione attestante la liquidazione, verificabile sul proprio conto corrente in funzione delle tempistiche di accredito del proprio istituto di credito.

Nel caso di invio della documentazione tramite e-mail:

5. Al momento della creazione del protocollo della pratica, utilizzando il contatto e-mail dell'iscritto (riportato dallo stesso sul "modulo di richiesta di rimborso indiretto"), Cooperazione Salute invierà una

comunicazione riportante la data di ricezione della documentazione ed il numero di protocollo assegnato.

6. Se, in fase di gestione della richiesta, si dovesse rilevare incompletezza nella documentazione presentata, Cooperazione Salute provvederà ad inviare una richiesta di integrazione allo stesso indirizzo e-mail dell'iscritto. A seguito della ricezione di tale comunicazione l'iscritto avrà a disposizione 10 giorni effettivi per integrare la documentazione incompleta e/o non esaustiva, pena la non rimborsabilità della pratica. La documentazione integrativa dovrà essere inviata tassativamente rispondendo all'e-mail di richiesta mantenendone inalterato l'oggetto.
7. A conclusione della gestione della pratica, sempre via e-mail, verrà comunicato all'iscritto l'esito della richiesta.
 - a. Nel caso di respingimento verrà comunicata la ragione del diniego del rimborso (prestazione non prevista dal piano, richiesta rimborso tardiva o incompleta, sfioramento massimali, irregolarità, abusi, controversie, ecc.).
 - b. Nel caso di riconoscimento del rimborso verrà inviata all'iscritto, tramite e-mail, comunicazione attestante la liquidazione, verificabile sul proprio conto corrente in funzione delle tempistiche di accredito del proprio istituto di credito.

12. EVASIONE PRATICHE E TEMPI DI LIQUIDAZIONE

Cooperazione Salute 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 sul c/c dell'iscritto), nel caso di prestazioni previste dal piano sanitario di riferimento, sono di 60 giorni dal momento dell'acquisizione delle note di spesa complete di tutta la documentazione sanitaria occorrente. L'acquisizione da parte di Cooperazione Salute della documentazione sanitaria inviata dall'iscritto avviene esclusivamente tramite Area Riservata o via e-mail.



In Area Riservata l'iscritto potrà produrre, in qualsiasi momento, un **riepilogo dei rimborsi** percepiti in forma indiretta con indicazione degli estremi delle fatture e/o notule di spesa. Questi dati saranno utili all'iscritto per poter usufruire delle detrazioni fiscali su quella parte di spesa non rimborsata e rimasta effettivamente a suo carico.

9

Nel caso in cui la prestazione venga effettuata da un **avente**

diritto:

- per presentare correttamente la richiesta tramite Area Riservata, nel caso di familiare iscritto minorenni, la richiesta andrà presentata dall'Area Riservata del capofamiglia selezionando il nominativo del beneficiario della prestazione sanitaria, mentre, nel caso di familiare iscritto maggiorenne, lo stesso dovrà registrarsi autonomamente in Area Riservata con proprie credenziali di accesso (dal sito www.cooperazionealute.it – Area Riservata Iscritti – Adesioni Collettive) per presentare dalla sezione dedicata le sue richieste;
- per presentare correttamente la richiesta tramite e-mail i dati del beneficiario della prestazione sanitaria dovranno essere indicati sul modulo di richiesta indiretta.

13. ESCLUSIONI

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 / del medico specialista, pena il diniego del rimborso o dell'attivazione della forma diretta.

Sono esclusi dalla copertura sanitaria – salvo deroghe specifiche indicate per ciascuna tipologia di garanzia prevista dal piano sanitario - le prestazioni relative a:

- Gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
- Gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche e motonautiche, ed alle relative prove ed allenamenti;
- Gli infortuni determinati da ubriachezza o sofferti sotto influenza di allucinogeni, di stupefacenti e di psicofarmaci, nonché in conseguenza di proprie azioni dolose delittuose;
- Gli infortuni sofferti e le malattie verificatesi durante lo svolgimento del servizio di leva od il servizio sostitutivo di questo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
- Le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione del Contratto;
- Le cure e gli interventi di chirurgia per l'eliminazione o correzione di difetti della vista dovuti a vizi di rifrazione (ad esempio: correzione di miopia ed astigmatismo);
- Le cure delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere compresi i comportamenti nevrotici;
- Le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici e ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
- Le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale;
- Gli interventi di chirurgia plastica a scopo estetico salvo quelli a scopo ricostruttivo da infortunio o conseguente ad intervento chirurgico oncologico (limitatamente alla sede anatomica di lesione);
- Le protesi dentarie ed ortodontiche, le cure dentarie e del paradonzo, gli interventi preprotetici e di implantologia;
- Le conseguenze dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche salvo che siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche;
- Le conseguenze derivanti da guerra, insurrezione, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;
- Degenze in case di riposo, in strutture di lungodegenza o residenze sanitarie assistenziali, di convalescenza, di soggiorno, stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, dietologici o del benessere;
- Ricoveri per stati vegetativi, ricoveri per lunga degenza ovvero quelli determinati da condizioni fisiche dell'assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che diano luogo alla permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- Cure non rientranti nei protocolli riconosciuti dall'OMS;
- I ricoveri e i day hospital durante i quali vengono effettuati solo accertamenti diagnostici o terapie fisiche che, per la loro natura, possono essere effettuati anche in ambulatorio.

10

14. SOSPENSIONE DELL'ASSISTENZA E CONTRIBUTI PER ASPETTATIVA NON RETRIBUITA DEL LAVORATORE

In ogni caso, il mancato versamento dei contributi determina la sospensione delle prestazioni:

- Per tutti gli iscritti nel caso in cui il mancato versamento riguardi la generalità dei collaboratori;
- Per il singolo collaboratore nel caso in cui il versamento riguardi il singolo;

Il provvedimento di sospensione assunto da Cooperazione Salute sarà comunicato alla Azienda, sia per la totalità degli iscritti, sia per la quota singola.

Le prestazioni possono essere riattivate solo a seguito dell'effettivo pagamento mediante bonifico bancario e la relativa ricevuta andrà inviata all'indirizzo amministrazione@cooperazionesalute.it. L'erogazione delle prestazioni sarà riattivata da Cooperazione Salute per gli eventi successivi alla sanatoria, previa conferma alla Azienda. Nel caso in cui la sospensione delle prestazioni si protragga per un periodo di oltre 180 giorni, senza che sia avvenuta alcuna segnalazione da parte della Azienda (cessazione, modifica rapporto di lavoro, ravedimento, ecc), verrà meno l'iscrizione del collaboratore e si intenderà cessata l'Assistenza Sanitaria Integrativa del medesimo.

*Per i lavoratori che su richiesta siano collocati in **aspettativa non retribuita** che comporta la sospensione dell'attività lavorativa superiore ad 1 mese, il contributo ordinario non dovrà essere versato dal primo giorno successivo all'attivazione della sospensione stessa. La comunicazione della avvenuta collocazione in aspettativa non retribuita e, successivamente, la comunicazione del ritorno in servizio del lavoratore dovranno essere fatte secondo quanto previsto dall'Punto 5, prefigurandosi l'inizio dell'aspettativa come una cessazione ed il ritorno in servizio come una nuova iscrizione. In nessun caso è da considerarsi aspettativa non retribuita il periodo di astensione, sia obbligatoria che facoltativa, per **maternità**.*

15. DECADENZA DEL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI

Il diritto all'erogazione delle prestazioni previste dal Piano da parte di Cooperazione Salute si estingue per:

- Decesso del beneficiario;
- Per cessazione del rapporto di lavoro intercorrente tra Azienda e lavoratore: i lavoratori conservano il diritto alle prestazioni sino al primo giorno del mese successivo al momento dell'avvenuta cessazione;
- Per esclusione disposta in presenza di omissioni contributive, irregolarità o abusi;

I lavoratori che cessano il rapporto di lavoro per il raggiungimento dei requisiti necessari per il conseguimento del diritto alla pensione conservano le prestazioni sino alla fine dell'anno in corso;

16. GESTIONE MUTUALISTICA

Cooperazione Salute si impegna a garantire tutte le prestazioni previste dal piano sanitario, creando un'apposita autonoma gestione separata nell'ambito del proprio bilancio, assumendo nella propria gestione mutualistica tutti gli eventuali avanzi o disavanzi gestionali delle medesime coperture per la durata di sottoscrizione del Piano, e avvalendosi di tutti gli strumenti operativi valutati più opportuni per contenere i rischi. Le prestazioni previste nelle coperture potranno subire annualmente delle variazioni a seconda dell'andamento tecnico della gestione della copertura, documentabile dal rapporto contributo/erogazioni, in particolare in caso di andamento negativo della gestione della copertura. Le condizioni potranno inoltre essere riviste in qualsiasi momento nel caso in cui, per effetto di nuove condizioni contrattuali per i dipendenti, o a causa di nuove disposizioni di legge, si riterrà opportuna e necessaria una revisione.

17. DURATA

La durata della copertura coincide con l'iscrizione a Cooperazione Salute dei collaboratori ed il regolare versamento dei contributi di iscrizione. L'iscrizione si intende rinnovata automaticamente di anno in anno. Sia la Azienda che Cooperazione Salute potranno scindere il rapporto con comunicazione inviata a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento da inviare alla controparte almeno 90 giorni prima della scadenza dell'annualità di iscrizione. Il recesso avrà effetto con il 1 gennaio dell'anno successivo all'invio della comunicazione.

18. REGIME FISCALE

Cooperazione Salute è iscritta all'Anagrafe dei Fondi Sanitari presso il Ministero della Salute, pertanto i contributi di assistenza sanitaria versati dal datore di lavoro o dal lavoratore a Cooperazione Salute godono del regime previsto dall'art. 51 comma 2, lettera a) del TUIR D.P.R. 917/86 (**non concorrenza alla determinazione del reddito da lavoro dipendente**).

Qualora beneficiario della copertura sanitaria fosse un libero professionista, questo provvederà a fatturare l'importo totale dei compensi da ricevere e, dopo aver incassato, provvederà a versare alla Azienda l'importo del contributo di iscrizione. Tale contributo sarà quindi versato dalla Azienda a Cooperazione Salute. I **contribuenti diversi dai lavoratori dipendenti e assimilati**, che versano contributi agli enti e casse di assistenza sanitaria non potranno mai dedurre tali contributi dal reddito complessivo. In questo caso le spese mediche saranno detraibili anche per la parte a carico del fondo sanitario (in questo senso la Risoluzione n. 107/E del 3.12.2014 dell'Agenzia delle Entrate).

In riferimento ai **contributi versati in favore del nucleo familiare convivente del lavoratore**, in base alla Circolare 50/E del 12 giugno 2012 dell'Agenzia delle Entrate si può affermare che non concorrono a formare reddito del lavoratore dipendente i contributi versati ad enti o casse aventi esclusivamente fine assistenziale in conformità a disposizioni di contratto o di accordo collettivo o di regolamento aziendale, in favore dei familiari del lavoratore, ancorché non siano fiscalmente a carico dello stesso. 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 lavoratori in qualità di sostituto di imposta a norma dell'Punto 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.

19. DETRAIBILITÀ DELLE SPESE SANITARIE

La normativa prevede che quando si usufruisce della deduzione dal reddito dei contributi di Assistenza Sanitaria, per gli iscritti la spesa sanitaria detraibile è solo quella residua non rimborsata. Pertanto, non è possibile portare in detrazione spese sanitarie che sono state rimborsate da Cooperazione salute. Gli iscritti potranno dunque portare in detrazione **unicamente** le spese sanitarie rimaste effettivamente a loro carico perché non rimborsate/rimborsate parzialmente.

20. TUTELA DATI PERSONALI

A seguito dell'informativa scritta rilasciata da Cooperazione Salute al momento dell'iscrizione al Fondo e al momento della richiesta degli iscritti di attivazione della forma diretta e/o della richiesta di rimborso, tutte le informazioni e i documenti richiesti alle aziende ed ai lavoratori sulla base del seguente Regolamento, sono tutelati ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE 2016/679.

21. CONTROLLI

Cooperazione Salute al fine di accertare il diritto dell'iscritto alle prestazioni si riserva la facoltà di esercitare ogni controllo ed ogni accertamento tramite medici di propria fiducia o istituzioni pubbliche o private. Il rifiuto di presentare la documentazione richiesta o l'opposizione agli eventuali accertamenti decisi da Cooperazione Salute comportano la decadenza del diritto alle prestazioni.

22. CHIARIMENTI E RECLAMI

In caso di richieste di chiarimenti o reclami sulla ammissibilità delle prestazioni, o relativi alla misura dei rimborsi, da parte dei beneficiari della copertura sanitaria, sarà Cooperazione Salute attraverso i suoi organi a provvedere a fornire le risposte all'iscritto. In caso di ulteriore contenzioso, prima dell'eventuale ricorso all'autorità giudiziaria, Cooperazione Salute e l'iscritto si impegnano ad esperire un tentativo di conciliazione sottoponendo il caso ad una Commissione di Conciliazione appositamente costituita e formata da due medici, uno nominato da Cooperazione Salute e l'altro dall'iscritto. La Commissione esamina i casi ad essa sottoposti ed esprime il proprio parere che verrà comunicato all'iscritto. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il proprio medico designato.

23. RICHIAMO ALLO STATUTO SOCIALE ED AL REGOLAMENTO APPLICATIVO

Per tutto quanto non previsto dalle Norme di Attuazione, si fa riferimento allo Statuto e Regolamento Applicativo di Cooperazione Salute.