

NORME DI ATTUAZIONE DEI PIANI SANITARI PER IL WELFARE AZIENDALE

In vigore dal marzo 2018

INDICE

1. Premesse;
2. Oggetto delle Norme di Attuazione;
3. Modalità di Iscrizione al Fondo Sanitario Integrativo Cooperazione Salute;
4. Contributi d'iscrizione. Tempi e modalità di versamento;
5. Variazioni di organico: Nuove Assunzioni e Cessazioni;
6. Decorrenza copertura sanitaria e documentazione identificativa dell'iscritto;
7. Estensione della copertura al Nucleo Familiare;
8. Prestazioni di Piani sanitari per il welfare aziendale;
9. Estensione territoriale;
10. Forme di Assistenza e modalità di fruizione dei rimborsi;
11. Esclusioni;
12. Evasione pratiche e tempi di liquidazione;
13. Sospensione dell'Assistenza e contribuzioni per aspettativa non retribuita del lavoratore;
14. Decadenza del diritto alle prestazioni;
15. Gestione mutualistica;
16. Durata;
17. Regime fiscale;
18. Detraibilità delle spese sanitarie;
19. Tutela dati personali;
20. Controlli;
21. Chiarimenti e reclami;
22. Richiamo allo Statuto Sociale ed al Regolamento Applicativo.

1. Premessa

- a. Confcooperative ha promosso la costruzione di un Sistema mutualistico nazionale per dare vita ad un nuovo pilastro di welfare cooperativo, individuando nel Fondo Sanitario Cooperazione Salute (*da qui in avanti* Cooperazione Salute) il soggetto mutualistico su cui incardinare lo sviluppo del progetto;
- b. Cooperazione Salute è in grado di garantire ai collaboratori (subordinati, parasubordinati, autonomi) delle cooperative una copertura sanitaria integrativa, così come previsto e normato dallo Statuto, dal Regolamento e dalle Norme di Attuazione del Piano Sanitario prescelto.
- c. L'Adesione al Fondo Sanitario Cooperazione Salute, oltre a consentire alle cooperative di assolvere agli obblighi contrattuali di sanità integrativa in favore dei propri dipendenti, è aperta a:
 - Cooperative interessate a sottoscrivere per i propri dipendenti una copertura sanitaria migliorativa rispetto a quella prevista dal contratto collettivo applicato in azienda;
 - Cooperative 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 si impegna a garantire tutte le prestazioni previste dal Piano Sanitario prescelto dall'azienda per il collaboratore, 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 del Piano, e avvalendosi di tutti gli strumenti operativi valutati più opportuni per contenere i rischi;
- e. 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 (L. 22 dicembre 1986, n. 917 s.m.i.);
- f. Le premesse sono 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

I beneficiari delle coperture sanitarie sono i collaboratori (subordinati, parasubordinati, autonomi) delle cooperative 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 cooperative aderiscano a Cooperazione Salute e iscrivano i propri collaboratori al Piano Sanitario prescelto.

L'adesione a Cooperazione Salute impegna la cooperativa al regolare e tempestivo versamento dei contributi dovuti per le coperture sanitarie, **per almeno 2 (due) anni solari, oltre all'eventuale frazione d'anno dovuta in fase di prima iscrizione.**

Per aderire a Cooperazione Salute è necessario inviare **esclusivamente** all'indirizzo PEC cooperazionealute@pec.it la "Domanda di adesione" accompagnata dall'Allegato 4 "Dati Azienda e Dati Beneficiari", 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 cooperativa.

Nel file "Dati Azienda e Dati Beneficiari" devono essere riportati i dati della totalità dei collaboratori (subordinati, parasubordinati, autonomi) della cooperativa, 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, il Consiglio d'Amministrazione della cooperativa può individuare la categoria di collaboratori cui riservare una copertura sanitaria integrativa, ma nessun collaboratore appartenente a 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 Dati Beneficiari" verrà utilizzato per tutte le comunicazioni rivolte direttamente all'iscritto (gestione pratiche, newsletter informative, ecc.). I raccomanda quindi la massima attenzione nel compilare correttamente il file excel.

Per facilitare il rapporto tra la Cooperativa e Cooperazione Salute, nonché la gestione del Piano in favore degli Iscritti, la Cooperativa 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 Dati Beneficiari".

Alla "Domanda di adesione" sono collegati i seguenti documenti che restano agli atti per la Cooperativa aderente:

- A1 – Piani Sanitari (Base 1, Base 2; Intermedio 1, Intermedio 2; Intermedio 3, Plus 1, Plus 2);
- 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 Dati Beneficiari", la Cooperativa si impegna a versare, **per ciascun collaboratore iscritto, il contributo di iscrizione al Piano Sanitario prescelto.**

| 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 |

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 tranches 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 Cooperativa 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 Cooperativa lo stato dell'arte degli iscritti aggiornato al 30 di novembre. La cooperativa si impegna a controllare i dati e comunicare eventuali Variazioni avvenute nel corso dell'anno e non ancora comunicate secondo le modalità descritte all'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 Cooperative 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 8.

5. Variazioni di organico: Nuove Assunzioni e Cessazioni

In caso di variazioni dell'organico in corso d'anno (nuovi aventi diritto alla copertura, cessati, aspettative non retribuite, ..), la Cooperativa si impegna a comunicare **con un unico invio** all'indirizzo: amministrazione@cooperazionesalute.it tutte le variazioni avvenute nel corso del mese **entro il 10 del mese successivo alla variazione** utilizzando **tassativamente** il file "Variazioni Beneficiari e Dati Nucleo Familiare". 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 Cooperativa 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.

*In sintesi, la Cooperativa si impegna a comunicare a Cooperazione Salute le variazioni **in una unica soluzione entro il 10 del mese successivo alla variazione**, utilizzando tassativamente il file "Variazioni Dipendenti e Dati Nucleo familiare" ed in ogni caso, entro la fine dell'anno, si impegna a confermare gli aventi diritto alla copertura.*

6. Decorrenza Copertura sanitaria e documentazione identificativa dell'iscritto

Nel momento in cui la Cooperativa 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 Cooperativa la documentazione identificativa degli iscritti che consentirà di usufruire delle forme di assistenza previste dal Piano Sanitario prescelto. Le Cooperative 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 cooperativa regolarmente iscritto. Quest'ultimo può estendere la copertura ai componenti del proprio Nucleo Familiare, intendendosi per questi il **coniuge o convivente more uxorio e i figli conviventi**, sostenendo personalmente i costi di iscrizione. Il lavoratore è tenuto ad iscrivere tutti i familiari conviventi (coniuge o convivente more uxorio e figli conviventi) nessuno escluso, salvo la compresenza di analoga 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 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 |

Il lavoratore che intende estendere la copertura al nucleo familiare dovrà comunicare alla Cooperativa i dati dei propri familiari, compilando il modulo di “Richiesta Adesione Nucleo Familiare” (Allegato 6).

La Cooperativa si impegna a comunicare, contestualmente ad eventuali variazioni in organico, le adesioni dei familiari raccolte, con un unico invio all'indirizzo: amministrazione@cooperazionesalute.it entro il 10 del mese successivo alla adesione del nucleo familiare utilizzando tassativamente il file “Variazioni Dipendenti e Dati Nucleo Familiare”.

Cooperazione Salute provvederà a calcolare e comunicare alla Cooperativa le quote dovute per attivare le copertura per il nucleo familiare. La cooperativa 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 famigliari 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'Iscritto 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'Iscritto. Se il nucleo familiare viene iscritto successivamente, si applicheranno le carenze sopra riportate.
- Se l'iscritto decide di estendere la copertura sanitaria al proprio nucleo familiare convivente, si impegna a versare i relativi contributi attraverso la cooperativa 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'iscritto collaboratore della cooperativa; uscita dallo stato di famiglia di uno o più componenti iscritti a Cooperazione Salute; venir meno del rapporto associativo tra cooperativa 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 Iscritti hanno diritto di ricevere le prestazioni previste dal Piano sanitario prescelto dalla cooperativa, riportato nell'area *Piani Sanitari per il Welfare Aziendale* del sito internet www.cooperazionesalute.it.

9. Estensione territoriale

La copertura vale in tutto il mondo.

10. Forme di Assistenza e modalità di fruizione dei rimborsi

a. Definizioni

Assistenza in Forma Diretta. Ti permette di ottenere le prestazioni che ti sono state prescritte dal Medico di Medicina Generale o da altro medico specialista presso una struttura convenzionata al Network di Cooperazione Salute, senza anticipare l'intera spesa ma versando solamente eventuali franchigie che il Piano sanitario lascia a tuo carico.

Gli elenchi delle strutture convenzionate con Cooperazione Salute sono consultabili sul sito www.cooperazionesalute.it.

Assistenza in Forma Indiretta. Ti permette di ottenere il rimborso di spese sanitarie già sostenute, delle quali si è conservata la fattura/notula di spesa e una prescrizione medica, nei limiti e nelle modalità previste dal Piano Sanitario.

Accesso ai tariffari agevolati del Network convenzionato. Ti permette di ottenere le prestazioni di cui necessiti a tariffe agevolate rispetto ai prezzi di mercato, indipendentemente dal fatto che quelle prestazioni siano o meno rimborsabili dal Piano sanitario.

b. Assistenza in Forma Diretta e Indiretta

Assistenza in Forma Diretta

Per usufruire dell'Assistenza in Forma Diretta, è necessario seguire un preciso **iter**:

- Individuare** una struttura fra quelle convenzionate: le strutture convenzionate sono disponibili alla consultazione sul sito di Cooperazione salute www.cooperazionesalute.it;
- Contattare** la struttura scelta per richiedere una prestazione in forma diretta, da parte di un medico/professionista convenzionato con Blue Assistance, e prenotare.
- Successivamente alla prenotazione, inviare a Cooperazione Salute la **“Richiesta di Prestazioni in Forma Diretta”** unitamente alla copia della prescrizione del Medico di Medicina Generale / del medico specialista, almeno **5 giorni** lavorativi prima della prestazione:
 - tramite Area riservata (*modalità consigliata*) dal sito www.cooperazionesalute.it, compilando il form online e allegando copia della prescrizione medica

- tramite la App di Confcooperative (*modalità consigliata*)
 - via email all'indirizzo dirette@cooperazionesalute.it inviando l'apposito modulo e la prescrizione medica
- d. Cooperazione Salute, fornirà a te (su Area Riservata o Appcard o all'indirizzo email indicato) e alla Struttura l'**autorizzazione** a beneficiare del servizio.
- e. Dovrai sempre presentarsi presso la struttura convenzionata con un documento di identità in corso di validità. Al termine della prestazione sanitaria dovrai **saldare** presso la 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 del beneficiario, se autorizzata da Cooperazione Salute e presso strutture convenzionate con medici convenzionati al Network Sanitario e/o Odontoiatrico di Cooperazione Salute.

Assistenza in Forma Indiretta

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

- Il modulo di **“Richiesta rimborso in Forma Indiretta”** correttamente compilato; Per le richieste di rimborso inviate da Area riservata o App i dati si compilano direttamente nel form online;
- La copia della documentazione medica che giustifica la fattura/notula di spesa: prescrizione del medico di base, certificazione del medico specialista (sia per le prestazioni eseguite privatamente che in regime Ssn);
- La copia della fattura/ della notula di spesa.

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

- a. Tramite Area riservata (*modalità consigliata*) dal sito www.cooperazionesalute.it compilando il form online e allegando copia della prescrizione medica e fattura/notula
- b. Tramite la App di Confcooperative (*modalità consigliata*)
- c. Via E-mail: invio della documentazione in un UNICO file PDF al seguente indirizzo: liquidazioni@cooperazionesalute.it;
- d. Per posta ordinaria (*modalità sconsigliata*): seguendo questa modalità il rimborso verrà realizzato soltanto a fine gestione dell'annualità. Inviare a: Cooperazione Salute, Via Segantini 23, 38122, Trento.

Nel caso in cui si disponesse di **altre forme di copertura sanitaria** oltre a quella del SSN, l'Assistito si impegnerà a comunicare a Cooperazione Salute l'importo degli eventuali rimborsi percepiti da altri Enti per lo stesso evento per cui presenta richiesta alla mutua.

Al momento dell'apertura della pratica, utilizzando il tuo contatto e-mail, Cooperazione Salute invierà una comunicazione riportante la data di ricezione della documentazione ed il numero di protocollo assegnato. In caso di documentazione incompleta, verrai contattato direttamente e avrà a disposizione **10 giorni** per **integrare la documentazione** incompleta e/o non esaustiva. A conclusione della pratica, sempre via E-mail, ti verrà comunicato l'esito della richiesta. In caso di esito negativo, verrà comunicata la ragione del diniego del rimborso (prestazione non prevista dal

piano, richiesta rimborso tardiva o incompleta, sfioramento massimali, irregolarità, abusi, controversie, ecc.).

In tempo utile per la dichiarazione dei redditi, Cooperazione Salute metterà a disposizione **nell'Area riservata** degli Iscritti una comunicazione riepilogativa, con gli estremi delle fatture e/o notule di spesa. Questi dati serviranno all'assistito per poter usufruire delle detrazioni fiscali su quella parte di spesa non rimborsata e rimasta effettivamente a suo carico

11. 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 (MMG), pena il diniego di rimborso o dell'attivazione della forma diretta. Nell'ambito delle visite specialistiche, sono escluse: visite odontoiatriche ed ortodontiche (salvo specifiche previsioni del Piano Sanitario prescelto), visite omeopatiche, visite psichiatriche e psicologiche, visite dietologiche, visite chiropratiche nonché tutte quelle non previste dalla medicina ufficiale. Sono inoltre esclusi dalla copertura sanitaria i rimborsi delle spese:

- Per la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- Per la cura di intossicazioni conseguenti all'abuso di alcolici od uso di allucinogeni nonché all'uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- Per malattie infettive, quando assumano carattere epidemico o pandemico;
- Derivanti da sport pericolosi;
- Sofferti in conseguenza di azioni delittuose compiute dolosamente dall'iscritto, intendendosi invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche grave dell'iscritto stesso.

Sono inoltre esclusi dalla copertura sanitaria:

- Le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla iscrizione alla copertura;
- Le applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio);
- Le malattie professionali così definite dal D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 e successive modifiche;
- Le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- Le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed altre calamità naturali devastanti.

12. Evasione pratiche e tempi di liquidazioni

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 sui c/c dei dipendenti) sono di ca. 60 giorni dal momento dell'acquisizione delle note di spesa complete di tutta la documentazione sanitaria occorrente. Nel caso in cui le richieste rimborso siano inviate per posta (si consiglia invio per posta ordinaria – non raccomandate – e si richiede di inviare solo copie degli originali) la liquidazione verrà fatta a fine gestione dell'annualità (indicativamente entro febbraio/marzo dell'anno successivo all'anno di validità della copertura).

13. Sospensione dell'Assistenza e contribuzioni 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 Cooperativa, 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 Cooperativa. 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 Cooperativa (cessazione, modifica rapporto di lavoro, ravvedimento, 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**.*

14. 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 cooperativa 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;

15. Gestione mutualistica

Cooperazione Salute si impegna a garantire tutte le prestazioni previste dal Piano, 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 disposizione di legge, si riterrà opportuna e necessaria una revisione.

16. 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 Cooperativa 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.

17. 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 Società cooperativa l'importo del contributo di iscrizione. Tale contributo sarà quindi versato dalla Società 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 famigliari 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'art. 7bis del D.P.R. 29/9/73 n. 600 (modello CUD), dovrà indicare in apposita casella l'ammontare dei contributi sanitari versati alla Cassa di Assistenza che non hanno concorso a formare il reddito di lavoro dipendente.

18. 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.

19. 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 cooperative ed ai lavoratori sulla base del seguente Regolamento, sono tutelati ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. N. 196 del 30/06/2003.

20. 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

21. 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.

22. 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.