

NORME DI ATTUAZIONE DEL PIANO SANITARIO CCNL COOPERAZIONE SOCIALE CONFCOOPERATIVE

1. Premessa

- Confcooperative ha invitato le Cooperative Sociali facenti parte il sistema confederale di aderire al Fondo Sanitario Cooperazione Salute Società di Mutuo Soccorso per assolvere all'obbligo contrattuale previsto dal CCNL della Cooperazione Sociale che prevede a carico dell'impresa cooperativa il versamento di 60 € annui a dipendente a tempo indeterminato;
- Cooperazione Salute è una società di mutuo soccorso operante ai sensi della Legge 3818/1886 e della Legge 833/1978 e delle successive modifiche e integrazioni, con fini esclusivamente assistenziali in favore dei propri associati ed essendo iscritta come Fondo sanitario all'Anagrafe dei Fondi, consente di beneficiare delle agevolazioni fiscali previste dall'art. 51 comma 2, lettera a) del TUIR D.P.R. 917/86,
- Cooperazione Salute è in grado di garantire ai dipendenti a tempo indeterminato delle cooperative del settore della cooperazione sociale di Confcooperative la copertura sanitaria integrativa prevista dal CCNL nel momento in cui le cooperative sociali interessate aderiscono al Fondo Sanitario Integrativo Cooperazione Salute società di mutuo soccorso iscrivendo in tal modo i propri dipendenti;
- 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;
- Cooperazione Salute si impegna a garantire tutte le prestazioni previste dal Piano, 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;
- Gestendo Cooperazione Salute più piani sanitari, queste Norme di attuazione del Piano contengono i parametri di applicazione dello stesso ispirandosi allo Statuto ed al Regolamento del Fondo Sanitario Integrativo Cooperazione Salute Società di Mutuo Soccorso;

2. Modalità di iscrizione al Fondo Sanitario Integrativo Cooperazione Salute Società di Mutuo Soccorso

Per attivare la copertura sanitaria del Piano concordato è necessario che le cooperative sociali interessate aderiscano al Fondo Sanitario Integrativo Cooperazione Salute Società di Mutuo Soccorso (da qui in avanti, Cooperazione Salute) iscrivendo in tal modo i propri dipendenti. Per aderire a Cooperazione Salute è necessario inviare **ESCLUSIVAMENTE** all'indirizzo PEC cooperazionesalute@pec.it la "Domanda di Iscrizione Collettiva" completa dell'allegato "Dati Azienda e Dipendenti", che ne fa parte integrante.

IMPORTANTE

L'indirizzo e-mail del dipendente che verrà segnalato nel file excel "Dati Azienda e Dipendenti" verrà utilizzato per tutte le comunicazioni rivolte direttamente all'iscritto (conferma iscrizione, conferma autorizzazione assistenza, comunicazioni relative ai rimborsi, ecc). Invitiamo dunque alla massima attenzione nel compilare il file excel ed inserire la e-mail segnalata dal dipendente. Se il dipendente non avesse una e-mail, concordare con l'iscritto un indirizzo email IN OGNI CASO da segnalare.

La Domanda di iscrizione dovrà essere firmata dal Legale Rappresentante pro tempore della Cooperativa sociale ed inviata all'indirizzo PEC sopra indicato.

Alla Domanda di Iscrizione saranno allegati anche i seguenti documenti che ne fanno parte integrante:

- Piano sanitario CCNL Cooperazione Sociale;
- Norme di Attuazione del Piano Sanitario CCNL Cooperazione Sociale;
- Informativa Privacy Cooperazione Salute;

Per facilitare il rapporto tra la Cooperativa e Cooperazione Salute e l'operatività di gestione del Piano in favore degli assistiti, la Cooperativa si impegna a individuare un referente interno alla struttura che sarà il punto di riferimento di Cooperazione Salute. Il nominativo del referente, con i relativi contatti, dovrà essere indicato nella Domanda di Iscrizione nell'apposita sezione dedicata.

3. Tempi e modalità di versamento dei contributi

Una volta ricevuta la Domanda di Iscrizione correttamente compilata, firmata e completa dei documenti richiesti (Dati Azienda e Dipendenti), Cooperazione Salute calcolerà e comunicherà il totale delle quote che la Cooperativa dovrà versare per la copertura sanitaria dei propri dipendenti a tempo indeterminato. I contributi dovranno essere versati sul conto corrente dedicato **IT18W0359901800000000135474** con la seguente causale: "Contributi CCNL Cooperazione Sociale 2014".

In riferimento ai tempi di adesione ed alle modalità di pagamento, in questa fase di prima iscrizione, si presenta la seguente proposta.

Per le Cooperative che aderiranno a Cooperazione Salute versando i contributi per i propri dipendenti **ENTRO il 30 giugno 2014**:

- La copertura sarà valevole dal **1 gennaio al 31 dicembre 2014**;
- Il piano sarà affiancato dall'**Offerta Odontoiatria "Il Dentista di Cooperazione Salute"** (www.dentistacoopsalute.it): il servizio permette di accedere al network odontoiatrico di Cooperazione Salute (servizio fornito in collaborazione con Blue Assistance) e di ottenere le visite/cure odontoiatriche con applicazione di un nomenclatore tariffario unico in tutta Italia con un costo fino al 70% inferiore rispetto al mercato. Il network odontoiatrico è composto da circa 1.000 strutture convenzionate presenti in tutta Italia. Il Network odontoiatrico opera in regime di qualità controllata con l'applicazione di un Nomenclatore Tariffario decisamente favorevole ed univoco così da dare la certezza che quanto richiesto sia effettivamente un vantaggio. **L'accesso alla rete sarà possibile per il dipendente e tutto il suo nucleo familiare (coniuge e figli) sino al 31 dicembre 2014 senza un limite massimo di accessi.**
- **Modalità di versamento dei contributi: 60 euro** a dipendente da versare in una unica soluzione. Il pagamento dovrà essere effettuato e comunicato inviando copia della ricevuta del

versamento delle quote di iscrizione entro 10 giorni dalla comunicazione di Cooperazione Salute di quanto dovuto al seguente indirizzo: amministrazione@cooperazionesalute.it

Per la Cooperativa che aderirà a Cooperazione Salute versando i contributi per i propri dipendenti **DOPO il 30 giugno 2014:**

- la copertura sarà valevole sempre dal **1 gennaio al 31 dicembre 2014, ma senza promozione odontoiatrica** per il dipendente e la sua famiglia.
- **Modalità di versamento dei contributi: 60 euro** a dipendente da versare in una unica soluzione. Il pagamento dovrà essere effettuato e comunicato, inviando copia della ricevuta del versamento delle quote di iscrizione entro 10 giorni dalla comunicazione di Cooperazione Salute di quanto dovuto al seguente indirizzo: amministrazione@cooperazionesalute.it

Per gli anni successivi, il pagamento della quota annuale di 60 euro a dipendente avverrà in due tranches semestrali:

- Pagamento quota primo semestre: il pagamento dovrà essere effettuato e comunicato, inviando copia della ricevuta del versamento delle quote di iscrizione all'indirizzo amministrazione@cooperazionesalute.it, entro il 15 gennaio di ciascun anno;
- Pagamento quota secondo semestre: da versare e comunicare, nelle modalità di cui sopra, entro il 15 luglio di ogni anno;

A dicembre di ciascun anno, Cooperazione Salute invierà alle cooperative sociali iscritte la richiesta di versamento delle quote per l'anno successivo diviso in due tranches come sopra riportato. A giugno di ciascun anno Cooperazione Salute invierà alle cooperative sociali iscritte la richiesta di versamento delle quote per il secondo semestre.

4. Nuove Assunzioni o Cessazioni

In caso di variazioni dell'organico in corso d'anno (Nuovi assunti o Cessati), si riportano le seguenti indicazioni:

- Nuovi Dipendenti Assunti: la Cooperativa si impegna a comunicare **immediatamente** (e comunque non oltre il mese successivo all'assunzione) i dati della nuova assunzione. Cooperazione Salute provvederà a calcolare la singola quota dovuta (ratei mensili) ed invierà la richiesta per la nuova quota/parte da versare. La copertura avrà validità dal primo giorno del mese successivo al mese di versamento della quota della nuova assunzione sino alla fine dell'anno. I nuovi assunti potranno usufruire della copertura alle medesime condizioni degli altri dipendenti. Proprio al fine di poter provvedere ad iscrivere il dipendente al fondo e poter così attivare la relativa copertura è importante che le comunicazioni riguardanti le nuove assunzioni siano puntuali e tempestive e siano inviate all'indirizzo: amministrazione@cooperazionesalute.it;
- Dipendenti Cessati: per i dipendenti in servizio che nel corso dell'anno cesseranno a qualsiasi titolo il rapporto di lavoro (a parte il lavoratore che va in pensione, si rimanda al punto 11), la copertura rimarrà valida sino al primo giorno del mese successivo dell'avvenuta comunicazione della Cooperativa della cessazione del rapporto con una email al seguente indirizzo: amministrazione@cooperazionesalute.it. Non appena ricevuta la comunicazione, Cooperazione salute provvederà a calcolare i ratei mensili da restituire alla cooperativa tramite bonifico bancario. In ogni caso, entro il 31 dicembre di ciascun anno la Cooperativa si impegna a comunicare a Cooperazione Salute i dipendenti cessati inviando una comunicazione sempre all'indirizzo sopra indicato;

In sintesi, la Cooperativa si impegna a comunicare tempestivamente a Cooperazione Salute di volta in volta sia i nuovi assunti che i dipendenti cessati ed in ogni caso, entro la fine dell'anno, a confermare gli aventi diritto alla copertura.

5. Decorrenza Copertura sanitaria e documentazione identificativa dell'iscritto

Nel momento in cui la Cooperativa avrà versato le quote di iscrizione, Cooperazione Salute comunicherà l'avvenuta iscrizione al Fondo e la copertura sanitaria sarà effettivamente attiva. La copertura sanitaria avrà durata annuale dal **1 gennaio 2014 al 31 dicembre 2014**.

Contestualmente alla comunicazione di conferma iscrizione, Cooperazione Salute invierà la documentazione identificativa degli iscritti per usufruire delle Forme di Assistenza previste dal Piano ed, in caso di iscrizione prima del 30 giugno 2014, provvederà all'invio dei codici per avere accesso all'offerta odontoiatrica "Incontra il tuo dentista". In caso di invio della documentazione presso le sedi delle imprese, le Cooperative si impegnano a informare e consegnare agli assistiti la documentazione identificativa.

6. Estensione territoriale

La copertura vale su tutto il territorio nazionale.

7. Forme di Assistenza e modalità di fruizione dei rimborsi

Cooperazione Salute prevede due modalità di assistenza:

- Assistenza in Forma Diretta;
- Assistenza in Forma Indiretta.


Assistenza in Forma Diretta

L'assistenza in Forma Diretta permette all'iscritto di eseguire le prestazioni odontoiatriche e/o le prestazioni prescritte dal proprio Medico di Medicina Generale (MMG) presso una struttura convenzionata al Network Sanitario o Odontoiatrico di Cooperazione Salute senza anticipare la spesa o al massimo pagando le quote/franchigie a suo carico, come previsto dalle coperture concordate nel Piano. I Network Sanitari ed Odontoiatrici di Cooperazione Salute sono disponibili grazie alla collaborazione con Blue Assistance.

Gli elenchi delle strutture convenzionate del Network Sanitario e del Network Odontoiatrico sono consultabili sul sito di Cooperazione Salute www.cooperazionealute.it. Gli elenchi comprendono:

- Le strutture cooperative convenzionate (per strutture cooperative si intende cooperative e/o imprese di proprietà cooperativa) del Network Sanitario e Odontoiatrico di Cooperazione Salute, contraddistinte con il simbolo Verde ●;
- Le altre strutture convenzionate con il Network Sanitario o il Network Odontoiatrico di Cooperazione Salute.

Per usufruire dell'Assistenza in Forma Diretta, **PRIMA** di accedere alla struttura, l'iscritto dovrà compilare il modulo per la "Richiesta di Prestazioni in Forma Diretta" e **POI**:

- In caso di strutture abilitate all'attivazione immediata, prenotare la visita/accertamento o la prestazione odontoiatrica comunicando i propri estremi anagrafici e di copertura; al momento della prestazione consegnare il Modulo al centro per la conferma della copertura. Le strutture sanitarie abilitate a questa gestione sono evidenziate con il simbolo Blue  nell'Elenco delle strutture convenzionate;

- Negli altri casi, prenotare la visita/accertamento o la prestazione odontoiatrica ed inviare successivamente il modulo via e-mail all'indirizzo dirette@cooperazionesalute.it o per fax al numero 0461-1788002 **almeno 5 giorni lavorativi prima della prestazione**. Cooperazione Salute confermerà in un momento successivo l'attivazione del servizio.

In entrambi i casi sarà sempre necessario (con esclusione delle prestazioni odontoiatriche) inviare unitamente al "Modulo per la richiesta di prestazioni in forma diretta" anche la prescrizione del Medico di Medicina Generale (MMG).

L'Iscritto dovrà sempre presentarsi presso la struttura convenzionata con un documento di identità in corso di validità.

Nel caso in cui l'Iscritto disponesse 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 per lo stesso evento per cui presenta richiesta di prestazioni.

Al termine della prestazione sanitaria l'Iscritto dovrà saldare presso la struttura la quota di sua competenza indicata sul modulo di autorizzazione di Cooperazione Salute.

In sintesi, per informazioni e/o per la consegna del modulo con la relativa documentazione l'iscritto può:

- Consultare il sito: www.cooperazionesalute.it;
- Contattare il numero: 0461-1788990;
- Inviare e-mail: invio della documentazione in un UNICO file PDF (Richiesta Prestazione in Forma Diretta e documentazione allegata) al seguente indirizzo: dirette@cooperazionesalute.it;
- Invio via fax della documentazione (Richiesta Prestazione in Forma Diretta e documentazione allegata) al numero: 0461-1788002;

L'assistenza in forma diretta è possibile UNICAMENTE quando si presentano tutti e tre i seguenti aspetti: ove prevista dal piano sanitario del beneficiario, se autorizzata da Cooperazione Salute e presso strutture convenzionate 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 dall'Iscritto in base a quanto previsto dal Piano. Per richiedere un rimborso l'Iscritto deve far pervenire a Cooperazione Salute entro **30 giorni** dall'evento sanitario (fa fede la data della fattura e/o notula) la seguente documentazione:

- Il modulo di richiesta rimborso in forma indiretta correttamente compilato;
- Allegare al modulo di richiesta la copia della documentazione medica che giustifica la fattura e/o notula di spesa (copia della prescrizione del medico di base);
- Allegare al modulo copia della fattura e/o la notula di spesa.

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

- Via Email (MODALITA' CONSIGLIATA): invio della documentazione in un UNICO file PDF (Richiesta rimborso e documentazione allegata) al seguente indirizzo: liquidazioni@cooperazionesalute.it;
- Invio via fax della documentazione (Richiesta rimborso e documentazione allegata) al numero: 0461-1788002;

- Invio per posta a: Cooperazione Salute, Via Segantini 23 – 38122 Trento (**Attenzione: il rimborso verrà realizzato a fine gestione dell'annualità. Si richiede di inviare solo copie degli originali. La documentazione inviata non verrà infatti restituita**);
- Per informazioni si può chiamare il numero: 0461 – 1788990.

Al momento dell'apertura della pratica, utilizzando il contatto e-mail dell'Iscritto così come riportato nel file excel "Dati Azienda e Dipendenti", Cooperazione Salute invierà all'assistito una comunicazione riportante la data di ricezione del file pdf ed il numero di protocollo assegnato. In caso di documentazione incompleta, l'assistito verrà contattato direttamente. L'assistito avrà a disposizione 10 giorni per integrare la documentazione incompleta e/o non esaustiva. A conclusione della pratica, sempre via email, verrà comunicato all'assistito l'esito della richiesta. In caso di esito negativo, verrà comunicata la ragione del diniego (prestazione non prevista dal piano, richiesta rimborso tardiva o incompleta, sfioramento massimali, irregolarità, abusi, controversie, ecc).

In tempo utile per la dichiarazione dei redditi, sempre utilizzando il contatto e-mail dell'assistito segnalato nel file excel "Dati Azienda e Dipendenti", Cooperazione Salute trasmetterà agli assistiti una comunicazione riepilogativa, con gli estremi delle fatture e/o notule di spesa presentate ed i relativi importi rimborsati; questi dati saranno necessari all'assistito per poter usufruire delle detrazioni fiscali su quella parte di spesa non rimborsata e rimasta effettivamente a suo carico (a tal riguardo, si rimanda agli Art. 14 e 15).

8. Esclusioni

Sono 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.

9. 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 di invio per posta delle richieste rimborso, la liquidazione verrà fatta a fine gestione dell'annualità (febbraio/marzo dell'anno successivo all'anno di validità della copertura).

10. Sospensione dell'assistenza

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

- Per tutti i dipendenti: nel caso in cui il mancato versamento riguardi la generalità dei dipendenti;
- Per il singolo dipendente: nel caso in cui il versamento riguardi il singolo dipendente;

Il provvedimento di sospensione assunto da Cooperazione Salute sarà comunicato alla Cooperativa, sia per la totalità dei dipendenti, sia per la quota singola.

In tutti i casi di ritardato versamento dei contributi Cooperazione Salute applicherà un interesse di mora pari al tasso legale, maggiorato di 2 punti percentuali.

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. A questo punto, Cooperazione Salute, fatte le verifiche bancarie e amministrative del caso, riattiverà l'erogazione delle prestazioni per gli eventi successivi alla sanatoria, dandone 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 dell'assistito e si intenderà cessata l'assistenza sanitaria integrativa del medesimo che pertanto, per essere nuovamente posto in copertura, dovrà essere iscritto ex novo.

11. Decadenza del diritto alle prestazioni

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

- Decesso del lavoratore;
- Per cessazione del rapporto di lavoro intercorrente tra a cooperativa ed il lavoratore: i lavoratori conservano le prestazioni sino al primo giorno del mese successivo al momento della comunicazione della cooperativa 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, secondo le norme di legge vigenti tempo per tempo, conservano le prestazioni fino al 31 dicembre dell'anno in corso al momento della cessazione.

12. 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 disposizioni di legge, si riterrà opportuna e necessaria una revisione.

13. Durata

La durata della copertura coincide con l'iscrizione rinnovata automaticamente di anno in anno della Cooperativa e dei dipendenti a tempo indeterminato a Cooperazione Salute ed il regolare pagamento delle quote annuali per ciascun anno. Sia la Cooperativa che Cooperazione Salute potranno recedere con comunicazione scritta mezzo di raccomandata da inviarsi all'altra parte almeno tre mesi prima della fine dell'anno in corso. Il recesso avrà luogo con il 1 gennaio dell'anno successivo alla comunicazione inviata.

14. Regime fiscale

Cooperazione salute è una società di mutuo soccorso operante ai sensi della legge 3818 del 1886 e della legge 833/1978 e delle successive modifiche e integrazioni, con fini esclusivamente assistenziali in favore dei propri associati ed essendo iscritta come Fondo sanitario all'Anagrafe dei Fondi, consente di beneficiare delle agevolazioni fiscali previste dall'art. 51 comma 2, lettera a) del TUIR D.P.R. 917/86. Pertanto consente la deducibilità dal reddito dei contribuenti associativi versati.

15. Detraibilità delle spese sanitarie

La normativa prevede che quando si usufruisce della deduzione dal reddito dei contributi di assistenza sanitaria (come in questo caso), per gli iscritti la spesa sanitaria detraibile è solo quella residua non rimborsata. Pertanto, per gli assistiti 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 suo carico, cioè quelle (o quella quota) non rimborsata.

16. Tutela dati personali

A seguito dell'adeguata 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.

17. 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

18. Chiarimenti e reclami

In caso di richieste di chiarimenti o reclami sulla ammissibilità delle prestazioni, o relativi alla misura dei rimborsi, da parte dei dipendenti delle cooperative iscritti al Fondo sanitario, 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 medico da essa designato.

19. Richiamo allo Statuto sociale ed al Regolamento

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