

MODULO DI RICHIESTA DI PRESA IN CARICO (P.I.C.)
Prestazioni in forma Diretta presso le Strutture del Network
da inviare compilato e sottoscritto
a mezzo fax al numero 06/77607611

A. DATI IDENTIFICATIVI

Nome e Cognome TITOLARE* _____ Data di nascita* _____
(titolare della Copertura Sanitaria)

Cod. Fiscale* _____ Tel.* _____

Indirizzo e- mail _____

Nome e Cognome Beneficiario Prestazioni _____
(se diverso dal Titolare: es.familiare)

Data di Nascita* _____ Cod. Fiscale* _____ Tel.* _____

Numero Adesione (ove disponibile): _____ Ente di appartenenza (ove previsto) _____

**B. DATI RELATIVI ALLE SPESE MEDICHE DI CUI SI RICHIEDE AUTORIZZAZIONE AL
PAGAMENTO DIRETTO**

Patologia/Diagnosi (come da certificato medico allegato) _____

Tipo di prestazione (in caso di extraospedaliere e/o dentarie): _____

Data Prevista per la prestazione _____

Tipo di ricovero (specificare con/senza intervento, DH, DS, Interv. Amb.) _____

Intervento Chirurgico cui sottoporsi _____

Data Prevista di ingresso in ricovero (anche diurno) ___/___/___

Data Prevista Uscita ___/___/___

Nominativo del Medico 1° operatore : _____ Convenzionato: si no

Struttura Convenzionata prescelta _____

Documentazione allegata _____

Note _____

Mod 08.5 - C Rev. 6 del 20.03.2019

Coopsalute S.C.p.A.
Via di Santa Cornelia, 9 | 00060 Formello (RM) | Italy

Cod. Fiscale: 12989581009
PEC: coopsalute@pec.it | Web: www.coopsalute.org



Con la sottoscrizione del presente Modulo, l'Assistito richiedente:

- **Dichiara** di essere consapevole che le prestazioni richieste saranno pagate in forma diretta nei limiti della propria Copertura Sanitaria; qualsiasi prestazione non espressamente autorizzata è pertanto esclusa e, come tale, rimarrà a carico dell'Assistito;
- **Si impegna** in solido a corrispondere alle Strutture Sanitarie / Professionisti che erogheranno le prestazioni, ogni eventuale somma che rimanga a Suo carico (quote di spesa previste dalla Copertura Sanitaria, somme eccedenti il Massimale residuo, costi per prestazioni non previste dalla Copertura o, comunque, non espressamente autorizzate);
- **Si impegna** inoltre a corrispondere gli eventuali ed ulteriori importi dovuti alla Struttura Sanitaria / Professionista, qualora, dalla successiva documentazione medica e dalle fatture, risultassero prestazioni non coperte dalla Copertura Sanitaria o non congruenti con la patologia indicata su questo modulo e non oggetto di espressa autorizzazione.
- **Autorizza** la Centrale Salute ad agire presso l'Ente pagatore (MBA o altro Fondo o Società con la quale è attiva la copertura sanitaria) per il pagamento diretto delle prestazioni sanitarie autorizzate, rinunciando a qualsiasi ulteriore richiesta di indennizzo;
- **Dichiara**, infine, sotto la Sua personale responsabilità, che la documentazione prodotta è veritiera e regolare.

Firma dell'Assistito Beneficiario della prestazione (o di chi ne fa le veci) _____

Luogo e data _____

Le rammentiamo che appartenere ad una società di mutuo soccorso consente la migliore tutela sanitaria possibile costituendo al tempo stesso una scelta di valori: in quanto tale, richiama tutti ad un comportamento mutualistico e responsabile. Pertanto, Le raccomandiamo di scegliere sempre le Strutture del Network di Coopsalute. In particolare, nel caso di intervento chirurgico in forma diretta, la preghiamo di scegliere tra i professionisti messi a Sua disposizione dalle Strutture di eccellenza che abbiamo selezionato per Lei e la Sua Famiglia. Tale soluzione Le consentirà non solo di far riferimento a Strutture e professionisti esperti tra i più rinomati, ma anche di godere in ogni caso di tariffe agevolate. La invitiamo a prendere visione del Network accedendo alla Sua area riservata del sito www.mbamutua.org nella sezione "Centrale salute" o a contattare il numero verde. I nostri operatori sono a Sua disposizione per indicarle la struttura sanitaria ed i professionisti più idonei e vicini per Lei e la Sua Famiglia".

Mod 08.5 - C Rev. 6 del 20.03.2019

Coopsalute S.C.p.A.

Via di Santa Cornelia, 9 | 00060 Formello (RM) | Italy

Cod. Fiscale: 12989581009

PEC: coopsalute@pec.it | Web: www.coopsalute.org



Informativa Privacy a favore dell'Assistito Beneficiario

Gentile Interessato,

di seguito le forniamo alcune informazioni che è necessario portare alla sua conoscenza, non solo per ottemperare agli obblighi di legge, ma anche perché la trasparenza e la correttezza nei confronti degli interessati è parte fondante della nostra attività.

Il Titolare del Trattamento dei suoi dati personali è la Società Generale di **Mutuo Soccorso Basis Assistance (di seguito anche "MUTUA BASIS ASSISTANCE")**, responsabile nei suoi confronti del legittimo e corretto uso dei suoi dati personali e che potrà contattare per qualsiasi informazione o richiesta ai seguenti recapiti:

Titolare del Trattamento: **MUTUA BASIS ASSISTANCE**

Sede: **Via di Santa Cornelia, 9 – 00060 Roma RM, IT**

Contatti e recapiti:

Telefono	+39 06 90198060
PEC	mbamutua@legalmail.it

La società MUTUA BASIS ASSISTANCE ha nominato un Responsabile della protezione dei dati personali ("Data Protection Officer o DPO")

Contatti e recapiti:

Email	dpo@mbamutua.it
-------	--

I suoi dati personali sono raccolti e trattati per le finalità riportate di seguito insieme alla base giuridica di riferimento:

Finalità	Dati trattati	Base Giuridica
1. Gestione della clientela e attività istituzionali <i>quali la gestione della domanda di ammissione a socio, nonché i diritti, gli obblighi e le attività conseguenti alla qualifica di Socio, a norma di legge, dello Statuto Applicativo e del Regolamento di MUTUA BASIS ASSISTANCE; attività amministrative legate al rapporto associativo, eventuali controversie (inadempimenti, recupero crediti per contributi associativi, controversie giudiziarie), anche mediante l'utilizzo di mezzi di contatto quali telefono/Fax o internet (sms; mms; e-mail).</i>	Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale; codice fiscale ed altri numeri di identificazione personale; Coordinate bancarie; dati di contatto (numero di telefono/fax; email; ecc.)	Norma Stato membro (GDPR 2016/679, art. 6, par. 1 lett. b)
2. Prestazione di sussidi sanitari <i>in particolare valutare le richieste di rimborso spese presentate dall'Associato e provvedere al relativo rimborso, come previsto dal Piano Sanitario prescelto (prestazioni sanitarie in forma indiretta), autorizzare l'erogazione di prestazioni sanitarie in forma diretta, mediante l'accesso alla Rete Convenzionata di MUTUA BASIS ASSISTANCE e/o del Provider Coopsalute S.c.p.a. (ad es. mediante acquisizione di documentazione sanitaria, cartelle cliniche, prescrizioni mediche, referti, esclusivamente attinenti la richiesta di rimborso delle spese sanitarie presentata dall'Associato o la richiesta di erogazione di prestazioni in forma diretta), anche mediante l'utilizzo di mezzi di contatto quali telefono/fax o internet (sms; mms; e-mail).</i>	Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale; Sesso m/f; origini razziali; origini etniche; carte sanitarie; stato di salute; patologie attuali, patologie pregresse, terapie in corso; dati genetici; dati di contatto (numero di telefono/fax; email; ecc.)	Norma Stato membro (GDPR 2016/679, art. 6, par. 1 lett. a)
3. Attività di informazione e promozione istituzionale <i>l'invio di materiale informativo e di promozione dell'attività svolta da MUTUA BASIS ASSISTANCE e di organismi convenzionati (invio giornale e tessera di riconoscimento, inviti a manifestazioni, rilevazione del grado di soddisfazione dell'associato, elaborazione di studi e di ricerche di mercato, etc.), anche mediante l'utilizzo di mezzi di contatto quali telefono o internet (sms; mms; e-mail).</i>	Codice fiscale ed altri numeri di identificazione personale; Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale; Sesso m/f	Norma Stato membro (GDPR 2016/679 art. 6, par. 1 lett. f)

I suoi dati potranno essere utilizzati in forma anonimizzata e aggregata a fini statistici.

I suoi dati potranno essere inviati ai destinatari o alle categorie di destinatari riportati di seguito:

Mod 08.5 - C Rev. 6 del 20.03.2019

Coopsalute S.C.p.A.

Via di Santa Cornelia, 9 | 00060 Formello (RM) | Italy

Cod. Fiscale: 12989581009

PEC: coopsalute@pec.it | Web: www.coopsalute.org

Categorie di destinatari a cui i dati possono essere comunicati:

Per l'esecuzione dei servizi richiesti e l'adempimento di obblighi di legge, MUTUA BASIS ASSISTANCE potrà comunicare i suoi dati personali alle seguenti categorie di soggetti:

- Organismi sanitari, personale medico e paramedico. (ad es. Istituti Tesorieri e loro incaricati per le sole operazioni relative ad invio degli assegni o accredito di importi relativi ai rimborsi dovuti o le strutture sanitarie convenzionate per il rilascio di autorizzazione ad effettuare le prestazioni sanitarie in forma diretta).
- Società e imprese, consulenti e liberi professionisti in forma singola o associata, corrieri. (ad es. per attività strumentali e connesse al perfezionamento e alla gestione del rapporto associativo, quali Istituti bancari, ANSI; Società di Mutuo Soccorso, Strutture Sanitarie, Enti di formazione, Tipolitografie, Poste o altre società di recapito corrispondenza per la spedizione di materiale informativo della Società Generale di Mutuo Soccorso Mutua Basis Assistance o di altri organismi convenzionati o impegnati nell'erogazione dei servizi direttamente o indirettamente (quali servizi legali, spedizioni, archivi, servizi informatici), enti per migliorare la qualità e la quantità delle prestazioni offerte (a titolo esemplificativo e non esaustivo la Centrale Salute)
- Soggetti, pubblici e privati, che possono accedere ai Suoi dati in forza di disposizioni di legge o di regolamento, nei limiti previsti da tali norme.

L'elenco aggiornato dei Responsabili del trattamento è disponibile presso la sede MUTUA BASIS ASSISTANCE, ed è reperibile attraverso apposita richiesta formulata via PEC all'indirizzo mbamutua@legalmail.it.

Oltre a queste informazioni, per garantirle un trattamento dei suoi dati il più corretto e trasparente possibile, deve essere a conoscenza del fatto che:

Durata del trattamento:

La durata del trattamento è determinata come segue: i dati personali dell'Interessato saranno conservati per i termini temporali come indicato ai sensi dell'art. 13, paragrafo 2 del Regolamento (UE) 2016/679. In particolare: per finalità Prestazione di sussidi sanitari per tutta la durata contrattuale e fino a che sussistano obbligazioni ed adempimenti connessi all'esecuzione dello stesso e, comunque, per un periodo non inferiore a 10 anni dall'ultima prestazione o servizio erogato, salvo sorga l'esigenza di una ulteriore conservazione, per consentire al titolare la difesa dei propri diritti; per le altre finalità fino a quando ritenuti necessari per l'erogazione delle prestazioni e dei servizi richiesti e successivamente verranno cancellati. In tutti i casi i dati personali saranno conservati per un tempo necessario e non eccedente al raggiungimento delle finalità descritte nell'informativa, per gli adempimenti di obblighi di legge nei limiti previsti dalla legge.

Modalità di trattamento

I dati personali saranno trattati su supporto elettronico o telematico e anche cartaceo. Nell'ambito dei trattamenti, possono essere previste modalità di organizzazione, di raffronto o di elaborazione dei dati personali per essere eventualmente indirizzati ai destinatari sopra menzionati. Inoltre ogni soggetto coinvolto nell'organizzazione e nella gestione amministrativa del Titolare, sarà impegnato al rispetto dei diritti, delle libertà fondamentali e della dignità degli interessati, nonché ad osservare le stesse regole di segretezza alle quali è sottoposto il personale sanitario (medico, infermieristico, ecc.).

Trasferimento dei dati personali verso Paesi non appartenenti alla Unione europea.

La informiamo che i Suoi dati personali non saranno oggetto di trasferimento in paesi extra UE.

I suoi diritti:

Ai sensi degli artt. da 15 a 20 del Regolamento, la informiamo relativamente agli obblighi che ha il Titolare nei Suoi riguardi.

- Lei ha il diritto di chiedere al Titolare l'accesso ai dati personali, la rettifica o la cancellazione degli stessi, l'integrazione dei dati o la limitazione del trattamento che La riguardano o di opporsi al loro trattamento, nei casi previsti;
- Lei ha il diritto di proporre reclamo all'Autorità di Controllo (Garante della Privacy) laddove ritenga che i Suoi dati siano stati trattati in modo illegittimo, raggiungibile al sito Web www.garanteprivacy.it;
- Lei ha il diritto di opporsi in qualsiasi momento al trattamento dei suoi dati personali (Diritto di opposizione) effettuato per il perseguimento di un legittimo interesse del Titolare, sempre che non sussistano motivi legittimi per procedere al trattamento che prevalgono sugli interessi, sui diritti e sulle libertà dell'interessato oppure per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria;
- Lei può esercitare il Diritto di opposizione per finalità di informazione e promozione istituzionale in qualsiasi momento, attraverso apposita richiesta formulata via PEC all'indirizzo mbamutua@legalmail.it.
- L'esercizio dei diritti non è soggetto ad alcun vincolo di forma e Le verrà fornito riscontro entro 30 giorni in forma scritta (salvo Sua specifica richiesta di riscontro orale);

Per esercitare tali diritti Lei potrà rivolgersi in qualunque momento al Responsabile della protezione dei dati personali presso MUTUA BASIS ASSISTANCE, con sede in Via di Santa Cornelia, 9 - 00060 Formello (RM), IT – raggiungibile all'indirizzo dpo@mbamutua.it

Mod 08.5 - C Rev. 6 del 20.03.2019

Coopsalute S.C.p.A.

Via di Santa Cornelia, 9 | 00060 Formello (RM) | Italy

Cod. Fiscale: 12989581009

PEC: coopsalute@pec.it | Web: www.coopsalute.org



DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Il sottoscritto/a

Nome e Cognome _____

Nato/a il, a _____

Codice Fiscale _____

In relazione al trattamento dei miei dati personali, specificatamente quelli sensibili relativi alla salute e quelli biometrici (art. 9 Regolamento UE 2016/679), sono a conoscenza e prendo atto che il trattamento riguarda, tra le altre, le seguenti tipologie di dati:

Sesso m/f; origini razziali; origini etniche; carte sanitarie; stato di salute (patologie attuali, patologie pregresse, terapie in corso); referti e anamnesi; dati genetici;

e che il trattamento dei miei dati personali appartenenti a tali categorie particolari è possibile poiché ricade nelle condizioni previste dall'art. 9 par. 2 dalla lettera a) alla lettera j) del già citato Regolamento e, in particolare:

- è possibile perché l'interessato intende prestare il proprio consenso esplicito al trattamento di tali dati personali per una o più finalità specifiche.

In relazione al trattamento dei miei dati personali, relativamente alla seguente finalità:

Prestazione di sussidi sanitari

CONSENTO

NON CONSENTO

Gestione della clientela e attività istituzionali

CONSENTO

NON CONSENTO

Attività di informazione e promozione istituzionale

CONSENTO

NON CONSENTO

Località e Data _____

Firma _____

Sono a conoscenza del fatto che in assenza del consenso per le finalità di (i) prestazione di sussidi sanitari e (ii) gestione della clientela e attività istituzionali, le conseguenze sono le seguenti:

Non è possibile procedere all'erogazione dei servizi richiesti

Mod 08.5 - C Rev. 6 del 20.03.2019

Coopsalute S.C.p.A.

Via di Santa Cornelia, 9 | 00060 Formello (RM) | Italy

Cod. Fiscale: 12989581009

PEC: coopsalute@pec.it | Web: www.coopsalute.org



Autorizza inoltre il/la Sig./a _____

in qualità di _____ doc. Identità _____ n. _____ quale terzo
legittimato ad accedere alle informazioni personali che lo riguardano.

FIRMA dell'Interessato (Titolare o del Beneficiario maggiorenne -se diverso dal Titolare)

Mod 08.5 - C Rev. 6 del 20.03.2019

Coopsalute S.C.p.A.

Via di Santa Cornelia, 9 | 00060 Formello (RM) | Italy

Cod. Fiscale: 12989581009

PEC: coopsalute@pec.it | Web: www.coopsalute.org

