

**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**

Alternativamente e preferibilmente accedi alla tua Area Riservata e utilizza le utilità dedicate

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**

Struttura Convenzionata prescelta _____

Data Prevista per la prestazione _____

Patologia/Diagnosi (come da certificato medico allegato) _____

Tipo di prestazione extra ricovero (specificare il tipo di accertamento, prestaz dentaria, terapia, tipo check up, altro - se previsto da Sussidio):

Tipo di ricovero (specificare se ordinario con/senza intervento, Day Hospital, Day Surgery, Interv. Amb.)

Intervento Chirurgico cui sottoporsi _____

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

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

Data Prevista Uscita ___/___/___

Mod 08.5 - CN MNAZ Rev.0 del 10/04/2020 - Mod. CK3 Privacy Rev 1 del 28/04/2020

Health Assistance S.C.p.A.

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

Cod. Fiscale: 12989581009

Web: www.healthassistance.it

Web: www.coopsalute.com

Documentazione allegata _____
(verificare su Sussidio e Guida Operativa la documentazione necessaria; l'assenza della documentazione necessaria per la prestazione richiesta comporta sospensione o reiezione della richiesta)

Note _____

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;
- **Dichiara di essere consapevole che la richiesta di autorizzazione verrà valutata** da Health Assistance ed il Suo rilascio rimane a insindacabile giudizio di quest'ultima presa in visione la documentazione allegata in modo completo e presentata nei tempi previsti (si veda Sussidio sottoscritto e la Guida Operativa);
- **Dichiara di essere consapevole che l'eventuale autorizzazione** costituisce mero nulla osta all'attivazione del servizio in forma diretta; in nessun caso l'Autorizzazione dovrà considerarsi quale impegno e garanzia alla successiva liquidazione che avverrà solo a seguito della conclusione delle valutazioni documentali e quindi, solo successivamente alla ricezione della documentazione completa inviata a Health Assistance da parte della Struttura Sanitaria; l'Assistito si intende obbligato in solido per tutte le prestazioni non rimborsabili/escluse sulla base del Sussidio sottoscritto, quote di spesa a suo carico eventualmente non emerse/indicate in fase di autorizzazione ma comunque previste dal Sussidio sottoscritto che si prega di visionare;
- **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 (MUTUA NAZIONALE) 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.

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 Health Assistance. 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.MutuaNazionalemutua.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".

INFORMAZIONI DA FORNIRE ALL'INTERESSATO

(ex art. 13 Regolamento UE 2016/679)

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.

Mod 08.5 – CN MNAZ Rev.0 del 10/04/2020 – Mod. CK3 Privacy Rev 1 del 28/04/2020

Health Assistance S.C.p.A.

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

Cod. Fiscale: 12989581009

Web: www.healthassistance.it

Web: www.coopsalute.com

COOP SALUTE
centrale cooperativa



Titolare del Trattamento dei dati personali

Il Titolare del trattamento dei Suoi dati personali, responsabile nei Suoi confronti del legittimo e corretto uso dei Suoi dati personali, è Mutua Nazionale Società di Mutuo Soccorso (per il seguito "MUTUA NAZIONALE"), con sede in Via di Boccea 678 – 00166 Roma, RM, IT; Contatti e recapiti: Telefono 0666541427; email: privacy@mutuanazionale.org ; PEC: mutuanazionale@legalmail.it .

Il Titolare ha nominato Health Assistance Società Cooperativa (in seguito "Centrale Salute") quale **Responsabile del Trattamento** con sede in Via Santa Cornelia, 9 – 00060, Formello, RM, IT, e che è possibile contattare ai seguenti recapiti: Telefono +39 06 9019801; PEC healthassistance@legalmail.it; ovvero al seguente indirizzo email del DPO, nominato dal Responsabile: dpo@healthassistance.it.

Il Responsabile del trattamento (ai sensi dell'art. 28, par. 1 del Regolamento UE 2016/679) opera per conto del Titolare del trattamento per tutte le attività connesse all'erogazione delle prestazioni, in qualità di Centrale Salute, conformemente a quanto previsto dal Piano Sanitario prescelto.

La documentazione richiesta per l'erogazione di prestazioni sanitarie, richieste di rimborso in forma diretta e/o indiretta e di indennizzo e in generale 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
<p>1. Prestazione di sussidi sanitari</p> <p>a. Diagnosi, cura e terapia pazienti b. Attività relativa alle richieste di ricovero c. Attività relativa all'assistenza domiciliare d. Prenotazione di prestazioni e visite</p> <p><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. Esempio di prestazione: a) richiesta extra ricovero b) richiesta check up; c) richiesta accesso al network per l'erogazione in forma diretta presso strutture sanitarie e/o professionisti convenzionati; d) richiesta di rimborso di prestazioni in forma diretta; e) richiesta autorizzazione di prestazioni sanitarie in forma diretta, mediante l'accesso all'Ente pagatore (MUTUA NAZIONALE)</i></p>	<p><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; (tra questi: documentazione sanitarie, 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); dati genetici; dati di contatto (numero di telefono/fax; email; ecc.); dati riferiti ai familiari dell'assistito, dati di minori.</i></p>	<p>Consenso dell'interessato (art. 6, par. 1 lett. a) GDPR 2016/679)</p>
<p>2. Gestione contabile; gestione del contenzioso</p>	<p><i>Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale; Sesso m/f; carte sanitarie; dati di contatto (numero di telefono/fax; email; ecc.); dati riferiti ai familiari dell'assistito, dati di minori.</i></p>	<p>Esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dello stesso (art. 6, par. 1 lett. b) GDPR 2016/679)</p>

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

Mod 08.5 – CN MNAZ Rev.0 del 10/04/2020 – Mod. CK3 Privacy Rev 1 del 28/04/2020

Health Assistance S.C.p.A.

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

Cod. Fiscale: 12989581009

Web: www.healthassistance.it

Web: www.coopsalute.com

Destinatari o categorie di destinatari a cui i dati possono essere comunicati

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

- organismi sanitari, personale medico e paramedico (*ad es. le strutture sanitarie convenzionate per il rilascio di autorizzazione ad effettuare le prestazioni sanitarie in forma diretta, medici professionisti convenzionati*), anche in qualità di sub responsabili della Centrale Salute (*Responsabile del trattamento*)
- società e imprese, Consulenti e liberi professionisti in forma singola o associata, corrieri e Poste, *ad esempio soggetti impegnati nell'erogazione dei servizi direttamente o indirettamente (quali servizi legali, spedizioni, archivi, servizi informatici, istituti di credito)*, enti per migliorare la qualità e la quantità delle prestazioni offerte, *anche in qualità di sub responsabili della Centrale Salute (Responsabile del trattamento)*
- soggetti delegati direttamente dall'interessato
- a 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 NAZIONALE, ed è reperibile attraverso apposita richiesta formulata via PEC all'indirizzo mutuanazionale@legalmail.it

Durata del trattamento

I Suoi dati personali 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 Suoi dati personali saranno trattati su supporto elettronico o telematico e anche cartaceo. L'acquisizione di documentazione sanitaria, può avvenire anche mediante l'utilizzo di mezzi di contatto quali telefono/fax o internet (portale Web; sms; mms; e-mail), posta ordinaria, brevi manu direttamente presso la Centrale Salute. 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 22 del Regolamento, La informiamo che 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;
- 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;
- 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;
- di esercitare il diritto di opposizione per finalità di informazione e promozione istituzionale in qualsiasi momento, attraverso

Mod 08.5 – CN MNAZ Rev.0 del 10/04/2020 – Mod. CK3 Privacy Rev 1 del 28/04/2020

Health Assistance S.C.p.A.

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

Cod. Fiscale: 12989581009

Web: www.healthassistance.it

Web: www.coopsalute.com

apposita richiesta formulata via PEC all'indirizzo mutuanazionale@legalmail.it.

Per esercitare tali diritti Lei potrà rivolgersi in qualunque momento alla MUTUA NAZIONALE raggiungibile ai recapiti sopra indicati ovvero all'indirizzo email dedicato privacy@mutuanazionale.org, senza alcun vincolo di forma, e Le verrà fornito riscontro entro 30 giorni in forma scritta (salvo Sua specifica richiesta di riscontro orale).

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Io sottoscritto/a _____, nato/a il _____, a _____, C.F. _____, in relazione al trattamento dei miei dati personali e, soprattutto, di quelli del minore da me rappresentato in qualità di genitore o tutore-affidatario, specificatamente quelli sensibili, relativi alla salute (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; dati biometrici;** 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

Sono consapevole che in assenza del consenso espresso al trattamento dei dati non sarà possibile procedere all'erogazione dei servizi richiesti.

Località e Data _____

Firma _____

*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 – CN MNAZ Rev.0 del 10/04/2020 – Mod. CK3 Privacy Rev 1 del 28/04/2020

Health Assistance S.C.p.A.

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

Cod. Fiscale: 12989581009

Web: www.healthassistance.it

Web: www.coopsalute.com

COOPSAIUTE
centrale cooperativa

