

MODULO DI RICHIESTA DI PRESA IN CARICO (P.I.C.)
Prestazioni in forma Diretta presso le Strutture del Network

ATTENZIONE

Una volta compilato e sottoscritto, il presente modulo dovrà essere inviato
mezzo fax al numero **+39 06 77607611**.

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

A. DATI IDENTIFICATIVI (*compilazione obbligatoria)

Nome e Cognome TITOLARE* (titolare della Copertura Sanitaria):

Data di nascita*:

C.F.*:

Email:

Tel*:

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

Luogo e data di nascita*:

C.F.*:

Tel*:

N. 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 di uscita:

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

N.B. 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.

LUOGO E DATA _____

FIRMA DELL'ASSISTITO BENEFICIARIO DELLA PRESTAZIONE (o di chi ne fa le veci) _____

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.mutuanazionale.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.

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"), che potrà contattare per qualsiasi informazione o richiesta ai seguenti recapiti:

SEDE: **Via di Boccea 678 - 00166 Roma (RM) - ITALIA**

TELEFONO: **+39 06 66541427**

EMAIL: privacy@mutuanazionale.org

PEC: mutuanazionale@legalmail.it

La società MUTUA NAZIONALE ha:

- Nominato un **Responsabile della protezione dei dati personali** (Data Protection Officer o DPO)
EMAIL: dpo@mutuanazionale.org
- Nominato **Responsabile del Trattamento HEALTH ASSISTANCE SOCIETÀ COOPERATIVA** (in seguito Centrale Salute)
SEDE: **via di Santa Cornelia, 9 - 00060 Formello (RM) - ITALIA**
TEL: **+39 06 9019801**
PEC: healthassistance@legalmail.it

La società HEALTH ASSISTANCE SOCIETÀ COOPERATIVA ha:

- Nominato un **Responsabile della protezione dei dati personali** (Data Protection Officer o DPO)
EMAIL: 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>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.</p> <p>Esempio di prestazione:</p> <p>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)</p>	<p>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 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); dati genetici; dati di contatto (numero di telefono/fax; email; ecc.); dati riferiti ai familiari dell'assistito, dati di minori.</p>	<p>Consenso dell'interessato (art. 6, par. 1 lett. a) GDPR 2016/679)</p>
<p>2. Gestione contabile; gestione del contenzioso</p>	<p>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.</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.

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 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

Il Sottoscritto/a (Nome e Cognome) _____

Nato/a il _____

a _____

C.F. _____

In relazione al trattamento dei miei dati personali e, soprattutto, 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

LUOGO E DATA _____

FIRMA _____

DELEGA

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) _____