

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 <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
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 (MBA) 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.mbacassa.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".

INFORMATIVA RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 (GDPR) e CONSENSO DELL'INTERESSATO

Gentile Interessato,

di seguito le forniamo alcune informazioni che è necessario portare a 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

Il Titolare del trattamento dei Suoi dati personali è CASSA MUTUA MBA – Fondo Sanitario Integrativo del Servizio Sanitario Nazionale (di seguito anche “**CASSA MBA**”), via di Santa Cornelia 5, 00060, Formello (RM), Italia; Telefono +39 06.40418219; PEC cassa.mba@legalmail.it. Con riferimento alle questioni attinenti alla protezione dei dati personali, può rivolgersi al **Data Protection Officer (“DPO”)** contattabile ai seguenti recapiti: dpo@mbacassa.org.

Responsabile del Trattamento

La società Health Assistance Società Cooperativa per Azioni, con sede in Via di Santa Cornelia 9, 00060, Formello (RM), Italia; Telefono +39 069019801; PEC healthassistance@legalmail.it è stata nominata Responsabile del Trattamento per tutte le attività connesse alla sua attività di service provider ai fini dell'erogazione delle prestazioni sanitarie in forma diretta o indiretta. Con riferimento alle questioni attinenti alla protezione dei dati personali, può rivolgersi al **Data Protection Officer (“DPO”)** contattabile ai seguenti recapiti: dpo@healthassistance.it.

Dati trattati, finalità, base giuridica e tempo di conservazione:

Finalità	Dati trattati	Base Giuridica	Tempo di conservazione
<p>Anagrafica e gestione amministrativa Gestione della posizione amministrativa degli Associati iscritti e aventi diritto, degli obblighi e delle attività conseguenti alla qualifica di Iscritti, a norma di legge, dello Statuto e del Regolamento Applicativo di CASSA MBA; raccolta documentazione in modalità cartacea, o mediante sottoscrizione tramite tablet oppure attraverso la registrazione nell'area riservata; 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).</p>	<p>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.) e dati sanitari (anamnesi medica)</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); adempimento di obblighi di legge (art. 6, par. 1 lett c) GDPR); consenso dell'interessato (art. 9 par. 2 lett. a GDPR)</p>	<p>Fino a 10 anni dalla conclusione del rapporto associativo</p>
<p>Prestazione di sussidi sanitari Valutazione e gestione delle richieste di rimborso spese presentate dall' Iscritto, come previsto dal Piano Sanitario (prestazioni sanitarie in forma indiretta)</p>	<p>Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale. Coordinate bancarie e dati sanitari</p>	<p>Esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte (art. 6, par. 1 lett. b) GDPR); consenso dell'interessato (art. 9 par. 2 lett. a GDPR)</p>	<p>Fino a 10 anni dalla conclusione del rapporto associativo</p>

<p>Erogazione di prestazioni sanitarie in forma diretta Autorizzazione mediante l'accesso alla Rete Convenzionata messa a disposizione da MUTUA MBA in forza del rapporto di mutualità mediata, anche per il tramite del proprio Service Provider (ad es. mediante acquisizione di documentazione sanitaria, cartelle cliniche, prescrizioni mediche, referti, esclusivamente attinenti la richiesta di rimborso delle spese sanitarie presentata dall' Iscritto 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).</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; dati genetici; dati di contatto (numero di telefono/fax; email; ecc.); Coordinate bancarie.</p>	<p>Esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte art. 6, par. 1 lett. b) GDPR); Consenso dell'interessato (art. 9 par. 2 lett. a GDPR)</p>	<p>Fino a 10 anni dalla conclusione del rapporto associativo</p>
<p>Attività di informazione istituzionale e promozione della mutualità l'invio di materiale informativo dell'attività svolta da CASSA MBA e di enti convenzionati, anche mediante l'utilizzo di mezzi di contatto quali telefono o internet (sms; mms; e-mail): invio giornale e tessera di riconoscimento, inviti a manifestazioni, comunicazione di tutte le iniziative finalizzate a migliorare la vita degli Iscritti ed i loro familiari Aveni Diritto socialmente, culturalmente e fisicamente, rilevazione del grado di soddisfazione dell'associato.</p>	<p>Codice fiscale ed altri numeri di identificazione personale; Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale; Sesso m/f</p>	<p>Esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte art. 6, par. 1 lett. b) GDPR)</p>	<p>Fino alla conclusione del rapporto associativo</p>
<p>Apposizione firma elettronica avanzata i cui dati personali connessi a caratteristiche biometriche comportamentali vengono acquisiti tramite speciali tavolette grafometriche (tablet), in grado di elaborare una serie di parametri dinamici quali la scansione temporale di posizione, la velocità e la pressione della penna, l'accelerazione, i salti in volo. Tali dati sono trattati dal titolare del trattamento ai fini della sottoscrizione di documenti informatici secondo quanto stabilito dal CAD (Codice dell'Amministrazione Digitale - D.lgs 82/2005)</p>	<p>Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale; Dati biometrici;</p>	<p>Consenso dell'interessato (art. 9 par. 2 lett. a GDPR)</p>	<p>Fino a 10 anni dalla conclusione del rapporto associativo</p>

Categorie di destinatari a cui i dati possono essere comunicati:

Per l'esecuzione dei servizi richiesti e l'adempimento di obblighi di legge, CASSA MBA 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 di CASSA MBA o di altri organismi convenzionati o impegnati nell'erogazione dei servizi direttamente o indirettamente (quali servizi legali, spedizioni, archivi, servizi informatici), al service provider per l'erogazione di prestazioni sanitarie in forma diretta o indiretta ; enti per migliorare la qualità e la quantità delle prestazioni offerte;
- 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;
- soggetti autorizzati direttamente dall'interessato mediante delega/autorizzazione.

L'elenco aggiornato dei Responsabili del trattamento è disponibile presso la sede di CASSA MBA ed è reperibile attraverso apposita richiesta inviata all'indirizzo privacy@mbacassa.org

Modalità di trattamento

I dati personali saranno trattati su supporto elettronico o telematico ed 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 del trattamento, 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.).

I dati acquisiti per le finalità sopra indicate sono trattati in modo lecito, corretto e trasparente e gli stessi essendo raccolti per finalità determinate, non potranno successivamente essere trattati in modo che sia incompatibile con tali finalità.

In riferimento alle "categorie particolari" di dati personali (dati relativi alla salute, dati relativi all'origine razziale ed etnica ecc ...), precisiamo che il conferimento di alcuni di essi è necessario per dar seguito alle richieste dell'Interessato e per eseguire le prestazioni contrattuali, pertanto il mancato conferimento dei suddetti dati potrebbe determinare l'impossibilità per CASSA MBA di adempiere le proprie prestazioni.

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;
- 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;
- 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 a CASSA MBA, con sede in Via di Santa Cornelia, 5 - 00060 Formello (RM), IT – raggiungibile anche all'indirizzo privacy@mbacassa.org.

Conferma di lettura dell'informativa privacy e consenso al trattamento dei dati personali:

Io sottoscritto, _____

o dichiaro di aver preso visione dell'Informativa (ex art. 13 GDPR) e di averne compreso il contenuto.

o acconsento al trattamento dei dati personali di natura particolare (a titolo esemplificativo dati relativi alla salute, dati sull'origine razziale ed etnica) per la finalità di autorizzazione alla erogazione di prestazioni sanitarie, di sussidi per spese sanitarie, di contributi economici e servizi di assistenza.

Luogo e Data _____ Firma del richiedente _____