COOPSALUTE
centrale cooperativa

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 06/92912534

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_____

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;

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

ISO 9001:2008 CERT NO.: 720253

- **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".

Informativa Privacy a favore dell'Assistito Beneficiario

(ai sensi dell'art. 13 D.LGS. N. 196 del 30/06/2003 per il Trattamento dei dati personali)

Ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. n. 196/2003 in materia di protezione dei dati personali ("Codice della Privacy"), La informiamo che il trattamento dei dati personali da Lei forniti, *in qualità di "Interessato" del trattamento*, sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza secondo quanto previsto dall'art. 11 del Codice, tutelando la Sua riservatezza e i Suoi diritti.

Pertanto, conformemente a quanto previsto dall'art. 13 del d.lgs.196/03, Le forniamo le seguenti informazioni:

1. Natura dei dati trattati

Oltre ai Suoi dati identificativi anagrafici e fiscali, definiti dalla legge "dati comuni", per un corretta erogazione sei servizi richiesti abbiamo la necessità di trattare taluni dati definiti dalla legge "dati sensibili". In particolare si tratta dei dati dai quali si ricavano informazioni sullo stato di salute (informazione sanitarie e/o genetiche), nei limiti in cui il trattamento di tali informazioni ci è necessario per ottemperare all'erogazione dei servizi da Lei richiesti e agli obblighi previsti dalla legge.

2. Finalità del trattamento:

a) istituzionali e gestionali, connesse e strumentali alla Sua richiesta di accesso al network per l'erogazione di prestazioni in forma diretta presso Strutture Sanitarie e/o Professionisti convenzionati con Centrale Salute Coopsalute SCpa; utilizzo di mezzi di contatto quali telefono o internet (sms; e-mail);

b) per ogni altro adempimento di legge di regolamento e della normativa comunitaria.

3. Modalità del trattamento

In relazione alle summenzionate finalità, il trattamento dei dati personali avviene mediante strumenti cartacei, informatici, telematici o altri sistemi di telecomunicazione in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati, nonché la piena osservanza della Legge. L'archiviazione dei dati può avvenire anche all'estero, in Paesi appartenenti all'Unione Europea, qualora ciò sia funzionale alle procedure di gestione ed in esecuzione alle finalità indicate. La presente informativa è resa per i dati forniti direttamente dall'interessato, o raccolti presso terzi. Per i dati di natura sensibile (idonei a rilevare lo stato di salute) il trattamento avverrà nei limiti e con le modalità previste all'Autorizzazione Generale del Garante.

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

ISO 9001:2008 CERT NO.: 720253

4. Obbligo o facoltà di conferire i dati

Pur essendo per Lei facoltativo fornirci i Suoi dati personali, La informiamo che in loro mancanza, sarà impossibile per la nostra Società adempiere all'erogazione dei servizi da Lei richiesti, pertanto il loro mancato conferimento e la manifestazione del consenso da parte Sua, comporterà, di fatto, l'impossibilità al perseguimento delle finalità sopra descritte.

5. Comunicazione e diffusione dei dati

I Suoi dati personali non saranno "*diffusi*", cioè non saranno messi a conoscenza di soggetti indeterminati; invece, tali dati saranno da noi "*comunicati*", cioè saranno messi a
conoscenza di uno o più soggetti determinati, come appresso specificato:

- *dipendenti e collaboratori in qualità di "responsabili" o "incaricati" del trattamento dei dati personali che siano coinvolti da Coopsalute SCpa nell'erogazione dei servizi riferiti alle finalità sopra menzionate o connesse alle finalità indicate; i dati sensibili non saranno comunicati ad altri soggetti, se non agli incaricati e ai responsabili del trattamento, anche esterni, debitamente nominati da parte di Coopsalute SCpa;*
- *soggetti pubblici o privati quali Strutture Sanitarie, Medici Professionisti convenzionati con Coopsalute SCpa per l'erogazione di prestazioni in forma indiretta; soggetti Delegati;*
- *i dati potranno essere utilizzati in forma anonima e aggregata per finalità statistiche;*
- *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.*

6. Durata del trattamento

I dati personali da Lei conferiti verranno trattati per il tempo necessario e non eccedente al raggiungimento delle finalità sopra descritte ed anche successivamente per l'espletamento di obblighi previsti dalla legge.

7. Diritti dell'Interessato

In ogni momento, ai sensi dell'art. 7 D.Lgs. 196/2003, è Suo diritto:

- ottenere la conferma dell'esistenza di dati personali che La riguardano, anche se non ancora registrati, e la comunicazione in forma intelligibile dei medesimi dati e della loro origine, nonché, delle finalità e delle modalità del trattamento e della logica applicata in caso di trattamento con strumenti elettronici;
- ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti e trattati
- avere conoscenza dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i suoi dati sono comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di "responsabili" o "incaricati;

I diritti di cui all'articolo 7 sono esercitati con richiesta rivolta al Titolare o al Responsabile del trattamento dei dati personali.

Per revocare il consenso si può rivolgere al Titolare del trattamento.

8. Il titolare del trattamento

Per esercitare i Suoi diritti si può rivolgere a COOPSALUTE SCpa, in persona del legale rappresentante pro-tempore, - con sede legale in Via di Santa Cornelia n. 9, CAP 00060 – FORMELLO (RM).
Con la sottoscrizione della presente Informativa il richiedente dichiara di aver preso visione dell'informativa privacy, in particolare con riguardo alle finalità, modalità e comunicazione del trattamento dei dati personali e pertanto:

Il sottoscritto consente il trattamento dei dati personali secondo le *Finalità di tipo 1.a) e 1.b)* SI ☐ NO ☐

Data……..

Firma dell'Interessato Titolare o del Beneficiario maggiorenne (se diverso dal Titolare) ……..

Autorizza inoltre il/la Sig./a _____

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

*FIRMA d*ell'Interessato (Titolare o del Beneficiario maggiorenne -se diverso dal Titolare)

_____.

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

ISO 9001:2008 CERT NO.: 720253