

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 0677607611**.

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:	
Nominativo del Medico 1° operatore:	Convenzionato: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Data prevista per la prestazione:	
Patologia/Diagnosi (come da certificato medico allegato):	
Tipo di prestazione (in caso di extraospedaliera e/o dentarie):	
Tipo di ricovero (specificare con/senza intervento, Day Hospital, Day Surgery, Interv. Amb):	
Intervento chirurgico cui sottoporsi:	
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 BASIS ASSISTANCE) 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 attraverso il link <https://cassaprevipmba.webmutua.com/> nella sezione "Centrale salute" o a contattare il numero a Lei dedicato. 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)

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 Mutua Sicura (di seguito anche "Mutua Sicura"), con sede in Via Cardinale Fini 87,70024 Gravina in Puglia (BA); PEC mutuasicura@pec.buffetti.it email privacy@mutuasicura.it

Dati trattati, finalità, base giuridica e tempo di conservazione

Nell'espletamento delle attività con finalità mutualistiche ai sensi dello Statuto e del Regolamento Attuativo dello Statuto di Mutua Sicura, La informiamo che raccogliamo e trattiamo i Suoi dati personali di natura comune e di natura particolare.

In merito ai dati personali appartenenti a categorie particolari riferiti ai soci degli enti mutualistici e ai loro familiari, il trattamento è autorizzato dal Provvedimento del Garante per la Protezione dei Dati Personali n. 146 del 5 giugno 2019 ("Provvedimento recante le prescrizioni relative al trattamento di categorie particolari di dati, ai sensi dell'art. 21, comma 1 del d.lgs. 10 agosto 2018, n. 101", pubblicato sulla GU n 176 del 29 luglio 2019). Non è pertanto necessario il conferimento del consenso per il trattamento di tali dati, in quanto l'adesione all'ente mutualistico e lo scopo sociale dell'ente medesimo legittimano il trattamento dei dati personali in esecuzione del contratto di cui l'interessato è parte a seguito dell'adesione.

Finalità	Dati trattati	Base Giuridica	Tempo di conservazione
<p>Anagrafica e gestione amministrativa Gestione della posizione amministrativa degli associati e beneficiari delle prestazioni erogate, nonché gestione degli obblighi e delle attività conseguenti alla qualifica degli associati a norma di legge, dello Statuto e del Regolamento Attuativo dello Statuto; attività amministrative legate al rapporto associativo, eventuali controversie (inadempimenti, recupero crediti per contributi associativi, controversie giudiziarie)</p>	<p>Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale; codice fiscale ed altri numeri di identificazione personale; dati di contatto (numero di telefono/fax; email; ecc.) e dati sanitari (stato di salute: patologie attuali, patologie pregresse, terapie in corso); coordinate bancarie</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); Provvedimento Granate Privacy n. 146 del 5 giugno 2019</p>	<p>Fino a 10 anni dalla conclusione del rapporto associativo</p>
<p>Erogazione di prestazioni sanitarie in forma indiretta Valutazione e gestione delle richieste di rimborso spese presentate dall'associato, come previsto dal piano sanitario (ad es. mediante acquisizione di documentazione sanitaria, cartelle cliniche, prescrizioni mediche, referti, esclusivamente attinenti alla richiesta di rimborso delle spese sanitarie presentata dall'associato)</p>	<p>Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale; dati sanitari (stato di salute: patologie attuali, patologie pregresse, terapie in corso); 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); Provvedimento Granate Privacy n. 146 del 5 giugno 2019</p>	<p>Fino a 10 anni dalla conclusione del rapporto associativo</p>

Mod 08.5 - HT - Mutua Sicura Mod. Richiesta Pic. Rev. 1 del 13_11_2024 - Mod. 08.7 CK3 MS Privacy Rev 0 del 23/1/2023

<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 erogazione di prestazioni in forma diretta)</p>	<p>Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale; dati sanitari (stato di salute: patologie attuali, patologie pregresse, terapie in corso); 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); Provvedimento Granate Privacy n. 146 del 5 giugno 2019</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 Mutua Sicura 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 associati e dei beneficiari delle prestazioni 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; dati di contatto (numero di telefono/fax; email; ecc.);</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>

Il trattamento si svolge in modo che i dati non possano essere ulteriormente trattati per finalità diverse o incompatibili con quelle sopra indicate, per le quali sono stati espressamente raccolti.

In riferimento alle "categorie particolari" di dati personali (dati relativi alla salute), 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 Mutua Sicura di adempiere alle proprie prestazioni.

Categorie di destinatari a cui i dati possono essere comunicati

Ai fini dell'erogazione del servizio di assistenza sanitaria nei confronti dei propri associati, Mutua Sicura ha affidato a Mutua MBA la gestione di Piani di Assistenza Sanitaria, mediante sottoscrizione di apposito Accordo Quadro, che regola il rapporto di mutualità mediata fra Mutua Sicura e Mutua MBA, ai sensi dell'art. 23 del D. Lgs. 179/2012 (servizio erogato anche per il tramite del proprio service provider).

Per l'esecuzione dei servizi richiesti e l'adempimento di obblighi di legge, Mutua Sicura potrà dunque comunicare i Suoi dati personali alle seguenti categorie di soggetti:

- MUTUA MBA – Società di Mutuo Soccorso Società Cooperativa per Azioni con sede in Via di Santa Cornelia 9, 00060, Formello (RM), Italia. Telefono 06.90198060; PEC mbamutua@legalmail.it, nominata Responsabile del Trattamento per tutte le attività svolte da Mutua MBA in forza dell'accordo di mutualità mediata. Con riferimento alle questioni attinenti alla protezione dei dati personali, può rivolgersi al Data Protection Officer ("DPO") contattabile ai seguenti recapiti: dpo@mbamutua.it
- 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, 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.
- 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);
- 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 e finanziari, Società di Mutuo Soccorso, Strutture Mutua Sicura o di altri organismi convenzionati o impegnati nell'erogazione dei servizi direttamente o indirettamente (quali a titolo esemplificativo, servizi legali, servizi amministrativi, spedizioni e servizi informatici), al service provider per l'erogazione di prestazioni sanitarie in forma diretta o indiretta, nonché per l'attività di convenzionamento e gestione del network; 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 Mutua Sicura ed è reperibile attraverso apposita richiesta inviata all'indirizzo mutuasicura@pec.buffetti.it

Modalità di trattamento

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

Cod. Fiscale: 12989581009
Web: www.healthassistance.it

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.).

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

Le ricordiamo che il Regolamento europeo 2016/679 attribuisce all'interessato una serie di diritti, descritti ed esercitabili alle condizioni di cui agli artt. da 15 a 22 dello stesso Regolamento. In particolare, Lei ha 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 Mutua Sicura con sede in Gravina in Puglia (BA), Via cardinale Fini, 87 raggiungibile anche all'indirizzo mutuasicura@pec.buffetti.it