

PIANO CCNL COOPERAZIONE SOCIALE

MODULO PER LA RICHIESTA DI PRESTAZIONI IN FORMA DIRETTA

da presentare almeno **5 giorni lavorativi** prima della prestazione

da inviare all'indirizzo E-mail dirette@cooperazionesalute.it o per Fax al numero **0461.1788002**

DATI ANAGRAFICI ISCRITTO: Cognome _____ Nome _____														
Data di nascita _____	Indirizzo _____													
Cod.Fiscale <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td></tr></table>														N.cellulare _____ e-mail _____
Cooperativa di appartenenza _____	Provincia _____ Regione _____													

Richiesta Prestazione	<input type="checkbox"/> ALTA SPECIALIZZAZIONE DIAGNOSTICA E STRUMENTALE	Data Richiesta	____/____/____
	<input type="checkbox"/> VISITA SPECIALISTICA	Data prevista Prestazione	____/____/____
	<input type="checkbox"/> MATERNITÀ - GRAVIDANZA		
	<input type="checkbox"/> PREVENZIONE E CURE ODONTOIATRICHE		
Tipologia di Prestazione/i (descrizione prestazione)		Prescrizione	<input type="checkbox"/> MMG
Patologia			
Nome Struttura Convenzionata		Città e Provincia	
Cognome e Nome del Medico Convenzionato			
Tipologia struttura	<input type="checkbox"/> POLIAMBULATORIO DIAGNOSTICO		
	<input type="checkbox"/> CENTRO ODONTOIATRICO		
	<input type="checkbox"/> Altro (specificare)		
Note			

IMPORTANTE

- Si raccomanda di inviare la richiesta **una sola volta**, scegliendo **un'unica** modalità tra: e-mail a dirette@cooperazionesalute.it o tramite **Fax** al numero **0461.1788002**
- **Per presentare la richiesta di prestazione in forma Diretta, si ricorda che oltre alla struttura anche il medico deve essere convenzionato**; nel caso in cui presso la struttura convenzionata non fosse possibile ricevere prestazioni da un medico convenzionato, è possibile ricorrere alla richiesta di rimborso.
- Se l'iscritto dispone di altre forme di copertura sanitaria oltre a quella del SSN, si impegnerà a comunicare a Cooperazione Salute l'importo degli eventuali rimborsi percepiti da altri Enti per lo stesso evento per cui presenta richiesta di prestazioni.
- L'iscritto dovrà presentare copia della relativa prescrizione del medico di MMG (**obbligatoria** ai fini richiesta di prestazioni in forma diretta).

Dichiaro, come risulta dalla documentazione fiscale allegata, che il soggetto a cui si riferisce la prestazione sono io. **Dichiaro** inoltre di aver letto l'**informativa relativa alla legge 196/2003**, parte integrante della presente richiesta, e sono d'accordo che i miei dati personali, compresi quelli che verranno acquisiti in futuro, siano trattati per le finalità strettamente connesse alla gestione amministrativa da parte di Cooperazione Salute SMS, alla gestione dei sinistri e agli adempimenti connessi, e comunicati ai soggetti coinvolti nel flusso operativo previsto per beneficiare delle prestazioni sanitarie. Questo anche per i dati sensibili, purché il loro trattamento sia indispensabile per quanto sopra.

INFORMATIVA AI SENSI DEL CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI (Art. 13 D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196)

Gentile Signora, Gentile Signore,
L'iscrizione a Cooperazione Salute Società di Mutuo Soccorso comporta la raccolta e il trattamento di suoi dati personali. Al riguardo, il **D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196** (Codice in materia di protezione dei dati personali) pone a carico della Mutua, titolare del trattamento, l'obbligo di informare preventivamente gli interessati circa le finalità e modalità del trattamento e di acquisire il loro consenso, salvi i casi, espressamente indicati dalla legge, in cui tale consenso non è necessario. Ai sensi dell'articolo 13 del citato decreto, pertanto La informiamo che il trattamento dei dati personali da Lei forniti e delle informazioni che La riguardano, sarà improntato a principi di correttezza, liceità e trasparenza a tutela della Sua riservatezza e precisiamo che: i suoi dati verranno trattati per le **finalità** istituzionali della Mutua, relative cioè alla iscrizione al Fondo Sanitario Cooperazione Salute e alla gestione di tutti i diritti, gli obblighi e le attività conseguenti alla qualità di assistito, a norma di legge, di statuto e di regolamento generale e speciale (norme di attuazione del piano); nonché per l'amministrazione della copertura sanitaria, per eventuali contenziosi (inadempimenti, recupero crediti per contributi associativi, controversie giudiziarie), per l'eventuale invio di materiale informativo, pubblicitario e promozionale dell'attività di Cooperazione Salute e di organismi convenzionati (es. house organ, news letter, documentazione di riconoscimento, inviti a manifestazioni, ecc.). Il trattamento riguarderà anche dati personali rientranti nel novero dei dati "sensibili" in quanto idonei a rivelare lo stato di salute. Il trattamento che sarà effettuato su tali dati sensibili, nei limiti indicati dalla normativa vigente, ha le seguenti finalità: consentire il riconoscimento, alla liquidazione e al pagamento dei rimborsi e dei sussidi delle spese sanitarie sostenute o l'autorizzazione ad effettuare prestazioni sanitarie in forma diretta presso centri sanitari convenzionati con Cooperazione Salute (es. acquisizioni di documentazione sanitaria, cartelle cliniche, prescrizioni mediche, referti, esclusivamente attinenti la richiesta di rimborso delle spese sanitarie riconosciute da Cooperazione Salute, o l'autorizzazione ad effettuare in forma diretta presso centri convenzionati). In relazione alle summenzionate finalità, il trattamento dei dati personali avverrà mediante **strumenti** cartacei, informatici, telematici o altri sistemi di telecomunicazione in modo da garantirle la sicurezza e la riservatezza dei dati, nonché la piena osservanza della Legge. Il conferimento dei dati personali è reso dallo Statuto e dal Regolamento di Cooperazione Salute per porre in essere il rapporto di iscrizione e consentire il conseguimento dei rimborsi e dei sussidi. Il loro mancato conferimento può comportare l'impossibilità di garantire le prestazioni oggetto del rapporto di iscrizione. I dati anagrafici dei familiari degli iscritti, nonché i dati idonei a rivelare lo stato di salute degli interessati, sia iscritti che familiari, saranno raccolti contestualmente alla singola richiesta di rimborso, unitamente al consenso scritto degli interessati al loro trattamento. Il conferimento dei dati anagrafici dei familiari degli iscritti, nonché il conferimento dei dati sensibili sia degli iscritti che degli altri beneficiari è obbligatorio ai fini dell'accoglimento delle specifiche richieste di rimborso delle spese sanitarie, o di erogazione diretta di prestazioni sanitarie tramite strutture o medici convenzionati. I dati da Lei conferiti non saranno in alcun modo diffusi. I dati comuni potranno essere comunicati a soggetti di cui Cooperazione Salute si può servire per il migliore espletamento delle attività e dei servizi istituzionali della Mutua (ad es.: banche per le operazioni che la riguardano, Confcooperative e sue articolazioni regionali, provinciali e federative, altre Società di Mutuo Soccorso o enti mutualistici individuati quali strutture territoriali di riferimento, compagnie assicurative, enti di assistenza, società di servizi sanitari, Strutture Sanitarie, Società di software, Tipolitografie e Poste o altre società di recapito corrispondenza per la spedizione di materiale informativo di Cooperazione Salute o di altri organismi convenzionati, altri enti per migliorare la qualità e la quantità delle prestazioni offerte, studi professionali), nonché ad altri soggetti in ottemperanza di disposizione di legge. I dati potranno essere utilizzati in forma anonima e aggregata per finalità statistica. I dati sensibili non saranno comunicati ad altri soggetti, se non a società di software appositamente incaricate per consentire la consultazione dello stato delle pratiche sanitarie e della liquidazione dei sussidi e rimborsi su apposito portale ad accesso esclusivo dell'interessato, a Istituti Tesorieri e loro incaricati ai fini esclusivi delle operazioni relative ad invio degli assegni o accredito bonifici di rimborso e sussidio come da mandato di Cooperazione Salute (compilazione causale con descrizione generica prestazioni a cui si riferisce il rimborso o il sussidio); a società di servizi sanitari e le strutture sanitarie convenzionate per il rilascio dell'autorizzazione ad effettuare le prestazioni sanitarie in forma diretta ed indiretta. Il **titolare** del trattamento è Società di Mutuo Soccorso Cooperazione Salute in persona del Presidente legale rappresentante protempore, Via Segantini 23 – 38122, Trento. Il **responsabile designato** del trattamento è il Direttore pro-tempore di Cooperazione Salute. Incaricati del trattamento sono i dipendenti di Cooperazione Salute a ciò espressamente designati nonché eventuali dipendenti di enti territoriali di riferimento indicati da Confcooperative e sue articolazioni regionali, provinciali e federative. In ogni momento potrà esercitare i Suoi **diritti** nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'**art. 7 del D.Lgs.196/2003** (Diritti di accesso ai dati personali ed altri diritti), il cui testo è di seguito interamente riportato: L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione: dell'origine dei dati personali; delle finalità e modalità del trattamento; della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici; degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'art. 5 co. 2; dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello stato, di responsabili o incaricati. L'interessato ha diritto di ottenere: l'aggiornamento, la rettificazione, ovvero quando via ha interesse, l'integrazione dei dati; la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati; l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte: per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta; al trattamento di dati personali che lo riguardano, ai fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale. La presente informativa è resa per i dati forniti direttamente dall'interessato, o raccolti presso terzi o presso pubblici registri, elenchi, atti o documenti, conoscibili nei limiti stabiliti dalle norme sulla loro conoscibilità. Per i dati di natura sensibile (idonei a rilevare lo stato di salute) il trattamento avverrà nei limiti e con le modalità previste dall'Autorizzazione Generale del Garante.

Luogo e data	FIRMA ISCRITTO
---------------------	-----------------------