

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

da inviare compilato e sottoscritto via Email a:
mba@cra-acea.it

A. DATI IDENTIFICATIVI

Nome e Cognome Assistito* _____ **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.*** _____

Indirizzo e-mail _____

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;
- **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** _____

Con la Sottoscrizione del presente Modulo, l'Assistito richiedente autorizza Coopsalute S.C.p.A. al trattamento dei Suoi dati personali e sensibili, ai sensi del d.lgs. del 30/06/2003 n°196 e s.m., nonché alla comunicazione dei medesimi dati ai soggetti coinvolti nella gestione delle prestazioni richieste nel presente Modulo (e precisamente, Mutua Basis Assistance o altra Cassa o Fondo di appartenenza, Coopsalute S.C.p.A., la Struttura Sanitaria e i Medici Professionisti eroganti le prestazioni) ai soli fini di compiere ogni attività necessaria e connessa alla presente richiesta di autorizzazione e nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate.

Firma dell'Assistito Beneficiario della prestazione (o di chi ne fa le veci) _____ **Luogo e data** _____