

MUTUA INTEGRATIVA INTERNA – A.P.S.

Fra il Personale del GRUPPO UBI Banca S.P.A.

Via Fabio Filzi, 23 - 20124 Milano

E-mail: mutuabre@ubibanca.it

Tel:02-67879034

CARTELLA CLINICA

Edizione 2019

La cartella clinica dovrà essere trasmessa completa di tutta la documentazione in fotocopia dei giustificati di spesa, accompagnata dalla DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di CERTIFICAZIONE rilasciata ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000.

La spesa verrà imputata all'esercizio economico/finanziario competente per data ricevimento della stessa.

ISCRITTO/SOCIO

_____ (Cognome) _____ (Nome)
Domicilio: _____ (CITTA) _____ (CAP) _____ (PROVINCIA)

Indirizzo: _____ (Via/Piazza) _____ (n° civico)

In Servizio c/o Ufficio/Dipendenza _____
(Timbro Ufficio/Dipendenza)

In Pensione _____
(Indirizzo e-mail)

In Esodo _____
(Indirizzo e-mail)

NO

Assicurato (barrare la casella)

Telefono casa/ufficio.....Cellulare.....

SI'

MATRICOLA N.

COORDINATE IT
BANCARIE
(IBAN):

FAMILIARE CONVIVENTE "AGGREGATO" (c.d. Avente Diritto), regolarmente iscritto

_____ (Cognome) _____ (Nome)
Nato/a il: _____ gg _____ mese _____ anno A: _____ (Città) _____ (Provincia)

Grado di Parentela _____
(barrare la casella) Coniuge Figlio Altro

Informativa ai sensi dell'art. 13 del REGOLAMENTO (UE) n. 2016/679 in materia di protezione dei dati personali.

Trattamento dei dati personali e sensibili per finalità di fornitura di prestazioni di assistenza sanitaria integrativa, (art. 3 dello Statuto sociale), di cui ha diritto, erogate tramite rimborso delle spese sostenute, a seguito del pagamento del contributo annuale, come previsto dal Regolamento, tempo per tempo in vigore.

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 (di seguito "Codice Privacy") e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR 2016/679"), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarLa/Vi che i dati personali da Lei/Voi forniti direttamente per il tramite della "Cartella Clinica" formeranno

oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui è tenuta la MUTUA INTEGRATIVA INTERNA – A.P.S. fra il Personale del Gruppo UBI BANCA S.p.A. (di seguito “MUTUA”).

Titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento è la “MUTUA”, con sede in Milano, Via Fabio Filzi, 23. La Mutua ha nominato il Responsabile per la protezione dei dati personali a cui il socio può rivolgersi per richiedere qualsiasi informazione inerente il trattamento dei propri dati personali ed esercitare i diritti di cui ai successivi punti.

Finalità del trattamento

I dati personali ed i dati sensibili da Lei/Voi forniti sono necessari per gli adempimenti previsti per il ristoro delle spese sostenute ai sensi dell’art. 3 – Finalità e Attività – dello Statuto regolamentate dal Regolamento, pro tempore vigente.

Modalità di trattamento e conservazione

Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale, nel rispetto di quanto previsto dall’art. 32 del GDPR 2016/679 e dall’Allegato B del D.Lgs. 196/2003 (artt. 33-36 del Codice) in materia di misure di sicurezza, ad opera di soggetti appositamente incaricati e in ottemperanza a quanto previsto dagli art. 29 GDPR 2016/ 679.

Le segnaliamo che, nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, ai sensi dell’art. 5 GDPR 2016/679, previo il Suo consenso libero ed esplicito espresso in calce alla presente informativa, i Suoi dati personali saranno conservati per il periodo di tempo necessario per il conseguimento delle finalità, di cui all’art. 3 dello Statuto sociale, per le quali sono da Lei forniti, raccolti e trattati.

Ambito di comunicazione e diffusione

Informiamo inoltre che i dati, personali e sensibili, da Lei/Voi forniti e raccolti non saranno mai diffusi e non saranno oggetto di comunicazione senza Suo esplicito consenso a chicchessia.

Trasferimento dei dati personali

I suoi dati, personali e sensibili, non saranno mai trasferiti né in Stati membri dell’Unione Europea né in Paesi terzi non appartenenti all’Unione Europea.

Categorie particolari di dati personali

Ai sensi degli articoli 26 e 27 del D.Lgs. 196/2003 e degli articoli 9 e 10 del Regolamento UE n. 2016/679, Lei potrebbe conferire, al fine di ottenere ristoro delle spese sanitarie sostenute alla “MUTUA”, dati qualificabili come “SENSIBILI” PROPRIO NELLA COMPILAZIONE DELLA “Cartella Clinica”, documento necessario per il ristoro delle spese sanitarie sostenute, sono trattati dietro Suo/Vostro esplicito CONSENSO manifestato in forma scritta in calce alla presente informativa.

Esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione

La “MUTUA” NON adotta alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, di cui all’articolo 22, paragrafi 1 e 4, del Regolamento UE n. 679/2016, perché non necessario ai fini del ristoro delle spese sanitarie sostenute.

Diritti dell’interessato

In ogni momento, Lei/Voi potrà/tr esercitare, ai sensi dell’art. 7 del D.Lgs. 196/2003 e degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto di:

- a) chiedere la conferma dell’esistenza o meno di propri dati personali;
- b) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
- c) ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati;
- d) ottenere la limitazione del trattamento;
- e) ottenere la portabilità dei dati e trasmetterli ad un altro Titolare del trattamento senza impedimenti a seguito di Sua/Vostra richieste e personale necessità;
- g) opporsi ad un processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione.
- h) chiedere al Titolare del trattamento l’accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;
- i) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca, necessari per l’espletamento di cui all’art. 3 dello Statuto Sociale;
- j) proporre reclamo a un’ autorità di controllo.

Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta, a mezzo raccomandata A/R inviata a **MUTUA INTEGRATIVA INTERNA – A.P.S. fra il Personale del GRUPPO UBI Banca S.P.A.**, all’indirizzo postale della sede legale, Via Via Fabio Filzi, 23 – 20124 MILANO

Io/Noi sottoscritto/a/i alla luce dell’informativa che ho/abbiamo letto e ricevuta:

esprimo il consenso

NON esprimo il consenso

al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati –c.d. SENSIBILI.

Le/Vi ricordiamo che in mancanza di questo CONSENSO la “MUTUA” non potrà dare esecuzione alla richiesta di erogazione delle Prestazioni previste dallo Statuto sociale (art. 3) e normate dal Regolamento Interno, tempo per tempo, in vigore.

(Iscritto/Socio)

(Luogo e data)

(Firma leggibile)

(Familiare convivente)

Le richieste di rimborso devono essere inoltrate tramite apposita modulistica, debitamente compilata in ogni sua parte e firmata dal Socio richiedente, alla quale allegare la documentazione caso per caso necessaria. La spesa verrà imputata all'esercizio economico/finanziario competente per data di ricevimento della cartella clinica. Le cartelle non correttamente compilate od incomplete nei dati e/o nella documentazione, oppure mancanti della firma del Socio verranno **respite**; dalla liquidazione di ciascuna Cartella verrà detratto **un importo fisso** (già indicato nella cartella clinica) per recupero spese di Segreteria. Di norma tutta la documentazione deve essere presentata in FOTOCOPIA; al Socio verrà successivamente comunicato l'avvenuta liquidazione della cartella con l'indicazione di accredito degli importi.

In caso di **prestazioni specialistiche private** deve essere chiaramente indicata la specializzazione del medico e riportata sulla ricevuta la diagnosi.

Per le **prestazioni effettuate presso le ASL e le Strutture convenzionate** la richiesta di rimborso per **visite ed esami** dovrà essere presentata con la fotocopia della prescrizione medica con l'indicazione della diagnosi.

Le visite pediatriche vengono riconosciute sino al compimento del quattordicesimo anno di età del paziente.

La prescrizione per **lenti ed occhiali** deve essere fatta dal medico oculista o da optometrista su apposito schema di variazione visus o altra necessaria correzione. Il trattamento degli occhiali con lenti bifocali, oppure progressive, oppure due paia di occhiali (vicino e lontano), è da considerarsi parificato. Restano sempre esclusi i rimborsi per rottura delle lenti e/o delle montature. In assenza di ulteriori correzioni, gli occhiali di cui sopra verranno rimborsati una volta ogni due anni, ma sempre con prescrizione.

Per le **cure dentarie**, odontoiatriche o per le protesi, la fattura o la ricevuta deve riportare una descrizione dettagliata degli interventi eseguiti con i relativi importi parziali. Non sono liquidabile le fatture con indicato solo la dicitura acconto, senza la specifica degli interventi.

Per le **prestazioni infermieristiche** la ricevuta deve essere firmata e deve essere accompagnata da prescrizione medica.

Per i **farmaci** - di qualsiasi genere - occorrono la fotocopia della ricetta e dello scontrino fiscale con allegate in **originale** le fustelle della confezione (etichetta adesiva con indicato il nome del farmaco) perché solo la suddetta riporta la numerazione indicata sullo scontrino fiscale. In caso di ricetta ripetibile ci si avvale dell'accettazione della farmacia che determina la durata della stessa.

Per i **parafarmaci, dispositivi medici, integratori alimentari e preparazioni erboristiche** occorrono la fotocopia della ricetta riportante il nome del paziente ed il numero delle confezioni/attrezzature, la fotocopia dello scontrino fiscale e allegare le confezioni o quant'altro serve ad identificare il materiale acquistato. In caso di ricetta ripetibile ci si avvale dell'accettazione della farmacia che determina la durata della stessa.

In caso di preparazioni di laboratorio (es. vaccini, medicinali omeopatici), produrre la documentazione di laboratorio.

Il **TICKET** sui medicinali **non viene rimborsato**. Sono considerate ticket tutte le spese sostenute per quei farmaci dispensati dal S.S.N. per i quali **il farmacista trattiene la fustella**.

Per le **cure fisiche e terapeutiche** la ricevuta deve essere firmata da professionista del settore, compreso osteopata, e deve essere accompagnata da prescrizione medica.

Per l' **Asilo Nido** documento che comprovi l'iscrizione e la spesa annua.

Per la **Baby Sitter** documento che comprovi il rapporto di lavoro e la spesa annua.

Per la **Struttura Assistenziale - Assistenza Domiciliare** documenti che comprovi l'utilizzo della struttura Assistenziale o l'assistenza domiciliare.

Per tutto quanto non previsto dal Regolamento e dal Tariffario il Consiglio Direttivo si riserva di prendere in esame, di volta in volta, i casi sottoposti dai Soci e deliberare eventualmente il diritto al rimborso e la misura dello stesso.

Annotazioni/Note dell'Iscritto-Socio

_Dichiarazione sostitutiva di certificazione(art. 46 D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445)

Il/La Sottoscritto/a _____ C.F. _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

che la presente dichiarazione è parte integrante della Cartella Clinica, quale modello idoneo per ottenere il rimborso, secondo il Regolamento interno, tempo per tempo in vigore, delle spese sanitarie sostenute dal socio e/o dal Familiare associato (c.d. Aventi Diritti) al fine di non consegnare gli originali giustificativi di spesa. Confermo che le fotocopie allegate corrispondono perfettamente agli originali in mio/nostro possesso;

ai sensi dell'art. 13 del REGOLAMENTO (UE) 2016/679 in materia di protezione dei dati personali, di essere informato/a che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, unicamente per le finalità per i quali sono stati comunicati ed acquisiti;

di **non** essere in possesso di alcuna polizza sanitaria;

di essere in possesso di polizza sanitaria e di aver ricevuto i rimborsi per le seguenti prestazioni:

(barrare la casella pertinente)

elenco prestazioni e relativi rimborsi _____

allego eventuale certificazione assicurazione _____

Luogo _____, **data** _____ / _____ / _____

_____ **Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)**

TARIFFARIO RIMBORSI e PRESTAZIONI INTEGRATIVE

SPESA/PRESTAZIONE	%	MASSIMO ANNUO
-------------------	---	---------------

CONTRIBUTO NATALITÀ	CON OBBLIGO DI ISCRIZIONE ALLA M.I.I. del nascituro entro sei mesi dalla nascita	€. 100
---------------------	--	---------------

LATTE ARTIFICIALE	Prescritto dal Pediatra, solo per i primi 6 mesi di vita, con obbligo di iscrizione alla M.I.I. dalla nascita	50%	MAX €. 300
BABY SITTER E ASILO NIDO	Per figlio socio fino a tre anni	10%	MAX €. 600
PICCOLI INTERVENTI AMBULATORIALI		50%	MAX €. 200
AMBULANZA	Per il trasporto al più vicino Ospedale: per ogni trasporto	50%	MAX €. 150
CURE TERMALI e IDROPINICHE	n. 1 ciclo all'anno con esclusione delle spese alberghiere	50%	MAX €. 500
ASSISTENZA DOMICILIARE STRUTTURA ASSISTENZIALE	Contributo spese badante e contributo per l'utilizzo della struttura assistenziale per socio	10%	MAX €. 1200
CURE ORTODONTICHE - Minori	Fino all'età di 14 anni	50%	MAX €. 400
CURE ORTODONTICHE - ADULTI		50%	MAX €. 500
CURE DENTARIE		50%	MAX €. 2.000
CURA ALIMENTAZIONE	Dieta prescritta da dietologo	50%	MAX €. 300
CURE FISICHE E TERAPEUTICHE	Manipolazione vertebrali, massoterapia, magnetoterapia, Trazioni, Meccanoterapia, Elettrostimolazioni, Riabilitazione, Ginnastica correttiva	50%	MAX €. 500
ORTOFONIA	Cure prescritte dal Medico	50%	MAX €. 500
	Apparecchi acustici - protesi (ogni 3 anni)	50%	MAX €. 500
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	Fasce, calze, plantari, gusci, busti, gorgere, cinti, ecc.	50%	MAX €. 200
PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	Dialisi, doppler, ecografia, E.C.CG., Scintigrafia, TAC d. Radiologica, Chemioterapia, Cobaltoterapia, Laserterapia, ecc.	50%	MAX €. 400
PSICOTERAPIA ANALITICA	Compresa la prima visita	50%	MAX €. 500
MEDICINALI E OMEOPATICI		50%	MAX €. 500
VISITE GENERICHE E SPECIALISTICHE	(pediatriche fino a 14 anni)	50%	MAX €. 500
ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	Analisi	50%	MAX €. 300
TERAPIE EFFETTUATE DA MEDICO	Sclerosanti, desensibilizzazioni, infiltrazioni, vaccinazioni, flebo terapia ,agopuntura, ecc.	50%	MAX €. 500
PRESTAZIONI INFERMIERISTICHE	Iniezioni, medicazioni, ecc.	50%	MAX €. 300
OCCHIALI per ogni paio prescritti	<ul style="list-style-type: none"> • LENTI • MONTATURA 	50%	MAX €. 200
LENTI a CONTATTO		50%	MAX €. 150
		50%	MAX €. 200

L'importo del rimborso non potrà superare il totale della spesa sostenuta dal Socio tenuto conto di eventuali riconoscimenti da società di assicurazione e in questo caso la percentuale di liquidazione potrà variare rispetto a quelle sopra esposte.

Tetto MASSIMO di RIMBORSO ANNUO per Iscritto/Socio, oppure Familiare "Aggregato", regolarmente iscritto, nel periodo che va dal 1° Gennaio al 31 Dicembre corrispondente al periodo di esercizio sociale previsto dallo STATUTO.