Cooperazione Salute
Società di mutuo soccorso

BLUE ASSISTANCE

MODULO PER LA RICHIESTA DI PRESTAZIONI IN FORMA DIRETTA

MODULO DA INVIARE ESCLUSIVAMENTE PER RICHIESTE INOLTRATE TRAMITE EMAIL

DA PRESENTARE ALMENO **5 GIORNI LAVORATIVI PRECEDENTI** LA DATA PREVISTA PER LA PRESTAZIONE

ALL'INDIRIZZO E-MAIL **DIRETTE@COOPERAZIONESALUTE.IT**

NUMERO DI ASSISTENZA PRESTAZIONI IN FORMA DIRETTA: 0461/1788994

COGNOME _____ **NOME** _____

DATA DI NASCITA _____ **INDIRIZZO** _____

COD.FISCALE [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] **N.CELLULARE** _____ **E-MAIL** _____

COOPERATIVA DEL DIPENDENTE _____ **PROVINCIA** _____ **REGIONE** _____

RICHIESTA PRESTAZIONE	☐ ALTA SPECIALIZZAZIONE DIAGNOSTICA E STRUMENTALE
	☐ VISITA SPECIALISTICA:
	☐ ESAME DIAGNOSTICO GRAVIDANZA:
	☐ ASSISTENZA ODONTOIATRICA PRESTAZIONI PREVISTE DAL PIANO **VERRANNO COPERTE INTEGRALMENTE LE PRESTAZIONI REALIZZATE ESCLUSIVAMENTE PRESSO UNA STRUTTURA/DENTISTA DEL NETWORK ODONTOIATRICO CONVENZIONATO DI COOPERAZIONE SALUTE**
TIPOLOGIA DI PRESTAZIONE/I (DESCRIZIONE)	
PATOLOGIA	
STRUTTURA CONVENZIONATA	DENOMINAZIONE
	CITTÀ
	PROVINCIA
MEDICO CONVENZIONATO (DA SPECIFICARE SOLAMENTE IN CASO DI VISITA SPECIALISTICA)	COGNOME
	NOME
DATA PREVISTA PRESTAZIONE	_____/_____/_____
NOTE (FACOLTATIVO)	

- L'iscritto dovrà presentare **obbligatoriamente** copia della prescrizione del medico di MMG relativa alla prestazione richiesta. L'obbligo della prescrizione non è previsto per l'assistenza odontoiatrica.
- Per la validità della richiesta di visite specialistiche in Forma Diretta, oltre alla struttura anche il Medico deve essere convenzionato; nel caso in cui non siano presenti presso la struttura convenzionata medici convenzionati che possano erogare la prestazione, è possibile ricorrere alla richiesta di rimborso in forma Indiretta della spesa sostenuta.
- Se l'Iscritto dispone di altre forme di copertura sanitaria privata, si impegnerà a comunicare a Cooperazione Salute l'importo di eventuali rimborsi percepiti da altri Enti per lo stesso evento sanitario per cui presenta richiesta di prestazione in Forma Diretta.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa **a disposizione nella sezione dedicata al piano sanitario a cui è iscritto** resa ai sensi della normativa di riferimento (Art. 13 Regolamento UE 2016/679) e di acconsentire al trattamento dei dati personali e sensibili, nelle modalità e nei limiti dichiarati nell'informativa stessa.

Luogo e data _____ FIRMA ISCRITTO _____