

**MODULO DI RICHIESTA RIMBORSO PRESTAZIONI PIANO SANITARIO "ALTA SALUTE"
DA INOLTRE ENTRO 60 GIORNI DALLA DATA DI EMISSIONE DELLA/E FATTURA/E**

SOCIO : Cognome _____		Nome _____	
Persona per cui si richiede il rimborso:			
Nome _____		Cognome _____	
Nato il _____		a _____ Prov. _____	
Residente in Via _____		CAP _____ Città _____	
Prov. _____ tel. _____		C.Fiscale _____	

Documentazione allegata:

AREA OSPEDALIERA

Diaria : richiesta della lettera di dimissioni.....

AREA EXTRA-OSPEDALIERA

A) Visite specialistiche ed accertamenti diagnostici

Fatture e/o ricevute fiscali
Prescrizione mediche con indicazione patologia.....

B) Gravidanza

Fatture e/o ricevute fiscali
Prescrizione con le settimane di gravidanza.....

C) Ortodonzia infantile

Fatture e/o ricevute fiscali.....

D) Ticket per terapie

Fatture e/o ricevute fiscali
Prescrizione mediche con indicazione patologia.....

E) Certificazione medica per rilascio idoneità sportiva

F) Latte artificiale.....

G) Sedute Logopediche

Fatture e/o ricevute fiscali
Prescrizione mediche con indicazione patologia.....

H) Valutazione del ritardo del linguaggio

Fatture e/o ricevute fiscali
Prescrizione mediche con indicazione patologia.....

I) Colloquio psicologico

Fatture e/o ricevute fiscali
Prescrizione mediche con indicazione patologia.....

Si allegano le seguenti fatture:

Numero _____ del _____ importo € _____
Numero _____ del _____ importo € _____

Per addebiti e accrediti, notifico le mie coordinate bancarie (compilare solo se diverse da quelle indicate nel modello di adesione)
IBAN.....

Data _____ Firma del socio _____

La documentazione può essere spedita per posta, in Piazzetta Don Domenico Pianaro, 5 - 35011 Campodarsego, inviata tramite e-mail info@sodalitas.eu fax al numero 049 0990077, oppure consegnata in busta chiusa tramite le filiali della Banca di Credito Cooperativo di Roma.