

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

SOCIO : Cognome _____		Nome _____	
<b>Persona per cui si richiede il rimborso:</b>			
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](mailto:info@sodalitas.eu) fax al numero 049 0990077, oppure consegnata in busta chiusa tramite le filiali della Banca di Credito Cooperativo di Roma.