

MODULO DI RICHIESTA SUSSIDI/RIMBORSI PER IL PIANO SANITARIO COOP SOCIALI

(compilare in stampatello)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____

a _____ (prov. _____) residente in _____ n. _____

Cap _____ Comune _____ Provincia _____ iscritto dal _____

tel. _____ cell. _____ e-mail _____

lavoratore della Cooperativa (*denominazione*) _____

chiede che gli venga corrisposto il sussidio per:

- Accertamenti diagnostici, pronto soccorso, prevenzione e controlli (ticket)
- Alta diagnostica e alta specializzazione
- Visite specialistiche
- Terapie
- Odontoiatria
- Maternità e Gravidanza
- Ricovero con intervento chirurgico sussidiabile
- Assistenza socio sanitaria

Chiede che il pagamento avvenga tramite

- bonifico domiciliato postale
- accredito sul proprio c/c bancario/postale di seguito indicato

Banca _____ Indirizzo _____

Nominativi degli intestatari del c/c _____

Codice IBAN

				A.B.I.				C.A.B.				CONTO			

Tutti i sussidi vengono erogati esclusivamente dietro presentazione della richiesta del Socio di Mutua Ligure. Detta richiesta deve pervenire a Mutua Ligure nel termine di 365 giorni dalla fine dell'evento che dà diritto alla richiesta del sussidio.

Si dichiara che i documenti allegati in fotocopia sono conformi all'originale.

Firma del richiedente _____ Luogo e data _____

VERIFICARE NELL'ARTICOLATO DESCRITTIVO DEL PIANO SANITARIO I DOCUMENTI DA ALLEGARE

<u>Prestazione</u>	<u>N° Documenti allegati</u>	<u>Tot. €</u>
ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI, PREVENZIONE E CONTROLLI (TICKET)	_____	_____
ALTA DIAGNOSTICA STRUMENTALE O ALTA SPECIALIZZAZIONE	_____	_____
VISITE SPECIALISTICHE	_____	_____
TERAPIE	_____	_____
ODONTOIATRIA	_____	_____
MATERNITA' E GRAVIDANZA	_____	_____
RICOVERO CON INTERVENTO CHIRURGICO SUSSIDIABILE	_____	_____
ASSISTENZA SOCIO SANITARIA	_____	_____
<hr/>		
Tot. Documenti allegati	N° _____	per € _____

Al presente modulo, debitamente compilato, si devono allegare i documenti indicati all'interno dell'articolato descrittivo del Piano Sanitario.

Il Socio può consegnare in busta chiusa o spedire per posta la domanda di rimborso completa della documentazione richiesta alla

sede di centrale di VIA BRIGATA LIGURIA , 105r – GENOVA

oppure consegnarla in busta chiusa ai seguenti sportelli territoriali di Mutua Ligure:

VIA C. BATTISTI, 4 int. 6 - SAVONA c/o Legacoop Liguria tel. 019.8386847
VIA LUNIGIANA, 229/A – LA SPEZIA c/o Legacoop Liguria tel 0187.503170
VIA G. AIRENTI, 5 – IMPERIA c/o Legacoop Liguria tel. 0183.666165

L'erogazione dei rimborsi e dei sussidi avverrà tramite la SNMS *Cesare Pozzo* come stabilito dall'apposita convenzione sottoscritta tra Mutua Ligure e la stessa SNMS *Cesare Pozzo*.

In alternativa il Socio può effettuare autonomamente la richiesta di rimborso on-line attraverso il sito di Mutua Ligure. Cliccando su **Area Soci riservata** e utilizzando il numero di codice utente presente sulla propria tessera, come meglio specificato sul sito www.mutualigure.it, il Socio può accedere al servizio **Cesare PozzoTe** attraverso un'area riservata gestita dalla SMNS *Cesare Pozzo*. Il servizio consente di inviare direttamente le proprie ricevute al Gestore che opera per conto di Mutua Ligure per il relativo rimborso.

Si ricorda che le spese mediche rimborsate non possono essere detratte nella dichiarazione dei redditi del Socio, in quanto i contributi versati alle società di mutuo soccorso e ai fondi sanitari sono fiscalmente agevolati. Resta detraibile, nei limiti stabiliti dalle legge, la parte di spesa non rimborsata.

**DELEGA ALLA PRESENTAZIONE
DI RICHIESTA SUSSIDI/RIMBORSI**
(compilare in stampatello)

Io sottoscritto/a _____
nata/o a _____ il _____
residente a _____ via e n° _____
tel. _____ email _____

DELEGO

la Sig.ra/il Sig. _____
nata/o a _____ il _____
residente a _____ via e n° _____

alla PRESENTAZIONE

a mio nome e per mio conto della seguente documentazione: _____

luogo e data _____ firma del delegante _____