

MODULO DI RICHIESTA SUSSIDI PER I PIANI SANITARI
(compilare in stampatello)

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

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

Cap _____ Comune _____ Provincia _____ iscritto dal _____

tel. _____ cell. _____ e-mail _____

aderente al Piano Sanitario (*indicare denominazione*) _____

chiede che gli venga corrisposto il sussidio per

- Ricovero clinico ospedaliero
- Ricovero diurno/day surgery
- Ricovero in strutture sanitarie riabilitative
- Interventi chirurgici
- Prevenzione e controlli (ticket)
- Alta diagnostica strumentale o alta specializzazione
- Esami diagnostici strumentali ed esami di laboratorio
- Visite specialistiche
- Cicli di terapie
- Cure oncologiche o della talassemia
- Assistenza domiciliare per malati terminali neoplastici
- Assistenza domiciliare sanitaria
- Trasporto infermi
- Teleassistenza

Chiede che il pagamento avvenga tramite accredito sul seguente c/c bancario

Banca _____ Indirizzo _____

Nominativi degli intestatari del c/c _____

Codice IBAN

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

Compilare unicamente in caso di richiesta di sussidio per familiare avente diritto

Cognome e nome del familiare _____	<input type="checkbox"/> Coniuge	<input type="checkbox"/> Figlio/a
Cognome e nome del familiare _____	<input type="checkbox"/> Coniuge	<input type="checkbox"/> Figlio/a
Cognome e nome del familiare _____	<input type="checkbox"/> Coniuge	<input type="checkbox"/> Figlio/a
Cognome e nome del familiare _____	<input type="checkbox"/> Coniuge	<input type="checkbox"/> Figlio/a

Si allegano i documenti in originale.

In caso di documentazione in fotocopia, si dichiara che tali documenti sono in copia conforme all'originale.

Firma del richiedente _____ Luogo e data _____

VERIFICARE NELL'ARTICOLATO DESCRITTIVO DEL PIANO SANITARIO I DOCUMENTI DA ALLEGARE E LE NORME DEL RELATIVO REGOLAMENTO

MUTUA LIGURE
Società di Mutuo Soccorso

Prestazione	N° Documenti allegati	Tot. €	S	C	F*
RICOVERO CLINICO OSPEDALIERO	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RICOVERO DIURNO/DAY SURGERY	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RICOVERO IN STRUTTURE SANITARIE RIABILITATIVE	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INTERVENTI CHIRURGICI	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PREVENZIONE E CONTROLLI (TICKET)	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALTA DIAGNOSTICA STRUMENTALE O ALTA SPECIALIZZAZIONE	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ESAMI DIAGNOSTICI STRUM. ED ESAMI DI LABORATORIO	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VISITE SPECIALISTICHE	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CICLI DI TERAPIE	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CURE ONCOLOGICHE O DELLA TALASSEMIA	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ASSIST. DOMICIL. PER MALATI TERMINALI NEOPLASTICI	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ASSISTENZA DOMICILIARE SANITARIA	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRASPORTO INFERMI	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TELEASSISTENZA	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>					
Tot. Documenti allegati	N° _____	per € _____			

* Barrare la casella che interessa : S = Socio, C = Coniuge, F = Figlio

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 _____