

MUTUA LIGURE
Società di Mutuo Soccorso ETS

Prestazione	N° Documenti allegati	Tot. €
ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI, PREVENZIONE E CONTROLLI (TICKET)	_____	_____
ALTA DIAGNOSTICA STRUMENTALE O ALTA SPECIALIZZAZIONE	_____	_____
VISITE SPECIALISTICHE	_____	_____
CICLI DI TERAPIE	_____	_____
RICOVERO CON INTERVENTO CHIRURGICO SUSSIDIABILE	_____	_____
ASSISTENZA DOMICILIARE	_____	_____
MATERNITA'	_____	_____

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 presentare la richiesta di rimborso con le seguenti modalità:

- **on-line** accedendo all'**Area Riservata Soci** sul sito www.mutualigure.it;
- via **mail** a rimborsi@mutualigure.it inviando la documentazione completa in formato pdf o jpeg;
- **consegnando/spedendo** la documentazione cartacea alla sede di Mutua Ligure (Via Brigata Liguria 105r - 16121 Genova)

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 dalla 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 _____

D E L E G O

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 _____