



SODALITAS
ENTE DEL TERZO SETTORE

Guida 2026

ORARIO DI APERTURA AL PUBBLICO
DAL LUNEDI' AL VENERDI'
DALLE ORE 9.00 ALLE ORE 13.00



Gruppo Bancario Cooperativo Iccrea



La carta che ti dà accesso a tutti i servizi di Sodalitas

VANTAGGI DELLA CARTA MUTUASALUS®

Attraverso questa carta potrai avere accesso ad una serie di vantaggi:

Rete sanitaria

Accesso alla rete sanitaria, composta da più di 3.700 operatori sanitari convenzionati, e garanzia d'applicazione di tariffe agevolate e controllate

Corsia agevolata d'accesso

Corsia preferenziale d'accesso alle prestazioni sanitarie offerte in convenzione dagli operatori sanitari

Rete extra-sanitaria

Accesso alla rete extra-sanitaria, composta da più di 2.300 esercenti convenzionati, e garanzia d'applicazione di tariffe agevolate e controllate

Eventi, iniziative e campagne

Accesso ad eventi, iniziative e campagne di prevenzione organizzate dal tuo ente mutualistico

CARTA MUTUASALUS®

La tessera personale riservata alle persone fisiche iscritte, associate o comunque destinatarie delle prestazioni erogate dagli enti mutualistici del credito cooperativo, e ai loro familiari.

Per familiari si intendono le persone fisiche legate al beneficiario da rapporto di consanguineità, ammesse alla fruizione delle prestazioni dell'ente mutualistico di riferimento e regolarmente iscritte in anagrafica.

COME UTILIZZARE LA CARTA

Puoi accedere ai servizi della rete mutuasalus in due modi:

01

Presentando direttamente la CARTA MUTUASALUS® al soggetto convenzionato

02

Contattando la Centrale Operativa Mutuasalus al numero verde
800802165



LA CENTRALE OPERATIVA MUTUASALUS

Chiamando il **numero verde 8000802165** risponderà la **Centrale Operativa di Mutuasalus** nei giorni feriali, dalle 9:00 alle 17:00, con ricontatto il primo giorno lavorativo successivo per le chiamate fuori orario.

Il servizio è attivo e valevole solo sul territorio italiano.



SERVIZI GRATUITI INCLUSI

Informazioni sulla rete di convenzioni MutuaSalus (rete sanitaria ed extrasanitaria)

Orientamento telefonico e supporto alla prenotazione di prestazioni sanitarie nell'ambito della rete MutuaSalus

Informazioni sui centri per la riabilitazione e la cura degli anziani (case di riposo, ospedali per lunga degenza, centri termali, centri di riabilitazione)

Prenotazione di consulenze telefoniche e videofoniche con medici e specialisti

Organizzazione e coordinamento dei seguenti servizi:

- Consegna medicinali a domicilio
- Trasporto sanitario (rientro a domicilio dopo ricovero o trasferimento verso centri medici)
- Supporto per il disbrigo di faccende domestiche

SERVIZI A PAGAMENTO

Accesso rapido e tariffe agevolate per gli associati:

Consulenza videofonica con **medico di medicina generale o pediatra**

€ Costo della visita videofonica

⌚ L'appuntamento sarà fissato entro 60 minuti dalla richiesta

Consulenza videofonica con **medici specialisti**

€ Costo della visita videofonica

⌚ L'appuntamento sarà fissato entro 48 ore dalla richiesta

Servizi dedicati a soggetti in **difficoltà**:

Consegna medicinali a domicilio

€ Costo dei medicinali

Trasporto sanitario

€ Costo del servizio di trasporto

Prestazioni di assistenza domestica

€ Costo della prestazione



IL PIANO SANITARIO “ALTA SALUTE”

dal 1° gennaio al 31 dicembre 2026



Presentazione

Con questa guida intendiamo offrirLe un supporto per la comprensione e l'utilizzo del Piano: il nostro obiettivo è di dare al socio un servizio il più possibile completo e tempestivo.

All'interno della guida si troveranno le indicazioni e le modalità da seguire per utilizzare il Piano Sanitario.

Invitiamo i soci ad attenersi scrupolosamente a queste modalità, così da poterli assistere con la sollecitudine che ci è propria.

PARTE GENERALE

Finalità

Sodalitas – Ente Terzo Settore – gestisce, senza fini di lucro, un sistema mutualistico integrativo e complementare del Servizio Sanitario Nazionale.

Vantaggi fiscali

Tutte le spese sanitarie sostenute, anche se rimborsate da Sodalitas, possono essere portate in detrazione per l'intero importo nella dichiarazione dei redditi.

Estensione territoriale

Tutte le prestazioni del piano sanitario (parte I e parte II) valgono solo per le spese sostenute in Italia.

Attivazione e scadenza del piano sanitario

Per i Soci ammessi a Sodalitas, l'attivazione del Piano Sanitario decorrerà dal 1° gennaio dell'anno successivo.

Nel frattempo il socio beneficerà dei servizi previsti dalla Carta Mutuasalus, che sarà attiva dal primo giorno del mese successivo all'accoglimento della domanda di ammissione a socio. Il regolamento è consultabile sul sito www.sodalitas.eu.

Inclusioni

Hanno diritto alle prestazioni del piano sanitario “Alta Salute”:

- Il Socio di Sodalitas che abbia formulato richiesta di adesione e sia stato ammesso nella compagine sociale;
- I membri del suo nucleo familiare, intesi come coniuge o convivente “more uxorio” e i figli, fino al compimento 30° anno di età, solo se fiscalmente a

carico, tutti risultanti da stato di famiglia, in relazione ai quali sia stata formulata richiesta di adesione.

Possono altresì essere inclusi, previa compilazione di un'autocertificazione da allegare al modulo di adesione:

- Il coniuge del Socio non presente sul medesimo stato di famiglia purché convivente;
- I figli del Socio, fino al compimento del 30° anno di età, non presenti sul medesimo stato di famiglia purché fiscalmente a carico del Socio stesso.

A parziale deroga di quanto previsto nel paragrafo precedente, il Socio può includere i figli fiscalmente a carico, senza limite alcuno di età, quando gli stessi siano affetti da disabilità ovvero portatori di handicap, inteso come minorazione fisica, psichica o sensoriale, secondo quanto previsto e definito dalla legge 5 febbraio 1992, n. 104.

1) Inclusione di familiari per variazione dello stato famiglia

L'inclusione di familiari, in un momento successivo, è consentita solamente mediante compilazione e invio a Sodalitas dell'apposito modulo. Il piano sanitario sarà attivato dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia sempreché questa venga comunicata entro 30 giorni; in caso contrario decorrerà dal giorno della comunicazione dell'avvenuta variazione dello stato di famiglia.

2) Acquisizione del carico fiscale e di età da parte di un figlio

Nel caso di acquisizione, in corso d'anno, del requisito del carico fiscale fino al compimento del 30° anno di età, il piano sanitario sarà attivo dal 1° gennaio successivo a quello di intervenuta variazione.

La notifica di variazione dovrà pervenire a Sodalitas entro il 31 dicembre con comunicazione scritta e firmata dal Socio.

Esclusioni

1) Cessazione della qualità di Socio

Nel caso di morte o recesso il Socio e gli eventuali familiari, vengono mantenuti nel Piano Sanitario sino alla scadenza annuale.

Ai sensi del vigente regolamento generale, il socio può recedere con comunicazione scritta e firmata che dovrà pervenire alla sede della Mutua almeno tre mesi prima dello scadere dell'anno sociale in corso (entro il 30 settembre) unitamente alla Carta Mutuasalus.

Se nulla ci perverrà in tal senso, Sodalitas provvederà a rinnovare automaticamente l'adesione per la nuova annualità con l'addebito della quota.

2) Perdita del carico fiscale e di età da parte di un figlio

Nel caso di perdita del requisito del carico fiscale da parte di un figlio, o per il compimento del 30° anno di età, il piano sanitario resterà in ogni caso attivo, sino alla scadenza dell'anno sociale in corso.

La notifica di variazione per perdita del carico fiscale dovrà pervenire a Sodalitas entro il 31 dicembre con comunicazione scritta e firmata dal Socio.

Limiti delle prestazioni

Sono escluse le prestazioni per:

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto;
2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici (fatta eccezione per il primo counselling psicologico nei limiti specificati nel presente regolamento);
3. le visite dietologiche e il relativo monitoraggio della terapia;
4. le visite pediatriche di controllo del normale sviluppo del bambino, effettuabili gratuitamente dal pediatra di base;
5. le visite specialistiche e le terapie effettuate da osteopati, omeopati o chiropratici;
6. le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie, la diagnostica e gli accertamenti odontoiatrici, (fatta eccezione per l'ortodonzia infantile nei limiti specificati nel presente regolamento);
7. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo la diaria per gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del piano);
8. i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
9. i ricoveri causati dalla necessità del socio di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri di lunga degenza.

Si intendono quali ricoveri di lunga degenza quelle determinate da condizioni fisiche del socio che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;

10. i ricoveri di follow-up e patologie croniche;
11. la diaria per gli interventi chirurgici per sostituzioni di protesi ortopediche di qualunque tipo;

12. gli interventi chirurgici ambulatoriali e relativo esame istologico;
13. il trattamento delle malattie conseguenti l'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
14. gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale o alla fecondazione assistita;
15. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento;
16. gli infortuni causate da azioni dolose compiute dal Socio;
17. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzati;
18. le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.

Limiti di età

Per la sottoscrizione del piano sanitario il Socio deve aver compiuto la maggiore età, non esistono limiti di età per il mantenimento in copertura.

Sodalitas non è una compagnia di assicurazione, è un ente. Pertanto le prestazioni verranno rese, secondo il regolamento che segue, sulla base ed entro i limiti delle disponibilità contributive dell'esercizio.

Il Consiglio di Amministrazione potrà variare, in qualunque momento, a suo insindacabile giudizio, termini e modalità di accesso e di erogazione delle prestazioni. Delle avvenute variazioni verrà data comunicazione ai soci.

Le richieste di rimborso, in caso di modifica del presente regolamento delle prestazioni in corso d'anno, saranno evase, da parte di Sodalitas, con l'applicazione delle norme vigenti al momento della spesa.

Plafond

Area extra ospedaliera:

- Per quanto riguarda l'area extra ospedaliera il plafond complessivo annuo è fissato in 150.000,00 euro.

Area ospedaliera:

- Per quanto riguarda l'area ospedaliera, i rimborsi saranno effettuati entro il limite del plafond annuo di 50.000,00 euro.

Misura dei contributi

In base al regolamento generale delle prestazioni, i contributi fissati per quest'anno, saranno calcolati dal 1° gennaio 2026 al 31 dicembre 2026.

Beneficiari	Contributo (€)
Socio	60,00
Socio e un familiare	90,00
Socio e due o più familiari	120,00

Modalità operative per il rimborso delle prestazioni

Le prestazioni gestite sono erogate in forma indiretta. Significa che il Socio sosterrà la spesa presso la struttura sanitaria e poi chiederà il rimborso come da vigente regolamento.

Il Socio dovrà:

1. **anticipare** tutte le spese presso la struttura sanitaria. Nel caso di utilizzo di strutture convenzionate, richiedere lo sconto esibendo la Carta Mutuasalus®;

ATTENZIONE!

In alcune Strutture Sanitarie potrebbe accadere che qualche Medico Specialista operante all'interno del Centro non abbia aderito al progetto mutualistico.

Si consiglia di verificare preventivamente presso la struttura l'adesione del Medico Specialista al Network Sanitario.

Consulti l'elenco delle strutture convenzionate nel sito internet:

www.sodalitas.eu

2. **presentare** tutta la documentazione come da vigente regolamento;
3. **inviare** la richiesta di rimborso con la seguente modalità:

- consegna a mano presso la sede legale ed operativa;
- consegna presso le Agenzie di Banca di Credito Cooperativo di Roma
- mail all'indirizzo: info@sodalitas.eu – sodalitas@pec.it;
- fax 049 0990077;
- direttamente **tramite App**.

Alla richiesta di rimborso va allegata **IN FOTOCOPIA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE CHE SUCCESSIVAMENTE NON VERRA' PIU' RESTITUITA:**

- La **richiesta del medico curante** (medico di base o specialista di fiducia) indicante la patologia presunta o accertata relativamente alle spese sostenute presso le strutture convenzionate e non convenzionate;
- La **fattura/ricevuta** con l'indicazione delle singole voci di spesa.

Sodalitas, esaminata la documentazione provvederà, **salvo richieste di chiarimenti o integrazione di documenti** e se la prestazione è prevista nel Piano Sanitario, al rimborso, nella misura stabilita dal regolamento, tramite, bonifico bancario.

I documenti devono essere inoltrati a Sodalitas **ENTRO 60 GIORNI** dalla data del sostenimento della spesa.

Nel caso di pratiche incomplete, l'integrazione dei documenti, dovrà avvenire **ENTRO 60 GIORNI** dalla data in cui Sodalitas ha ricevuto la documentazione.

PARTE I

Questa parte del Piano Sanitario è operante in caso di malattia o in caso di infortunio.

Prestazioni extra ospedaliere

VISITE SPECIALISTE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI, TERAPIE

Il Piano Sanitario provvede, nel limite di **€ 500,00** per anno associativo e per nucleo familiare, al rimborso, nei limiti descritti, delle spese sostenute per le prestazioni di seguito elencate:

1. Visite specialistiche ed accertamenti diagnostici;
2. Gravidanza;
3. Ortodonzia infantile;
4. Ticket per terapie;
5. Certificazione per attività sportiva non agonistica.

Per seguire lo stato dei rimborsi il socio può rivolgersi all'ufficio di Sodalitas.

1. VISITE SPECIALISTICHE ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

I documenti di spesa (fatture o ricevute) devono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

STRUTTURE CONVENZIONATE E NON CONVENZIONATE

Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie (quelle presenti nel NETWORK SANITARIO)** e di **personale convenzionato**, occorre esibire la Carta Mutuasalus® al momento del pagamento presso la struttura sanitaria, al fine di **ottenere lo sconto** previsto dalla convenzione.

Le spese sostenute per visite specialistiche, accertamenti diagnostici, vengono rimborsate nel seguente modo:

- rimborso del **20%**
- per un importo massimo di **€ 30,00** a singola prestazione presente in fattura.

Esempi di liquidazione:

Spesa di € 100,00 rimborso del 20% quota erogata € 20,00.

Qualora l'importo superi € 151,00 viene comunque rimborsato l'importo massimo pari a € 30,00.

SPESA SOSTENUTA	€ 100,00	SPESA SOSTENUTA	€ 151,00
RIMBORSO DEL	20%	RIMBORSO MASSIMO	€ 30,00
-----		-----	
TOTALE RIMBORSATO	€ 20,00	TOTALE RIMBORSATO	€ 30,00

Per ottenere il rimborso da parte di Sodalitas, è necessario che il Socio allegi alla fattura la richiesta del medico curante o specialista di fiducia contenente la **patologia presunta o accertata**.

TICKET

Le spese sostenute a **titolo di ticket** sanitario per **visite specialistiche e accertamenti diagnostici, anche per controllo o di prevenzione**, si intendono quelle effettuate in strutture accreditate/convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale.

Le fatture emesse dalle strutture private accreditate/convenzionate, devono indicare analiticamente gli esami effettuati e le corrispondenti tariffe applicate, distinguendo quelle riferite a ticket, secondo le tariffe stabilite con decreto dell'Organismo pubblico competente, Ministero della Sanità o Regione, da quelle applicate per prestazioni di carattere privato fornite dalla struttura sanitaria.

Le fatture delle strutture private convenzionate con il S.S.N. che riportano un unico importo senza fornire il dettaglio, saranno ritenute non ticket e quindi non rimborsate.

Le prestazioni vengono rimborsate nella misura **30% su importi di almeno € 36,00 per singola ricevuta**.

Esempio di liquidazione:

Spesa di € 36,00 viene rimborsato il 30% quindi € 10,80

Per ottenere il rimborso è necessario che il socio alleghi alla ricevuta la richiesta del medico curante o altro documento purché si evinca la prestazione eseguita.

2. GRAVIDANZA

Il Piano Sanitario provvede al rimborso delle **seguenti prestazioni effettuate nel periodo e in relazione allo stato di gravidanza, oltre a una visita ginecologica di controllo eseguita entro 90 giorni dalla data del parto:**

- Ecografie di controllo;
- Amniocentesi;
- Analisi di laboratorio;
- Visite specialistiche ginecologiche, ostetriche, cardiologiche.

STRUTTURE CONVENZIONATE E NON CONVENZIONATE

Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie (quelle presenti nel NETWORK SANITARIO) e di personale convenzionato**, occorre esibire la Carta Mutuasalus® al momento del pagamento presso la struttura sanitaria, al fine di ottenere lo sconto previsto dalla convenzione. Le spese sostenute per visite specialistiche, accertamenti diagnostici, vengono rimborsate nel seguente modo:

- rimborso del **20%**
- per un importo **massimo di € 30,00** a singola prestazione presente in fattura.

Per ottenere il rimborso è necessario che la spesa sia corredata della richiesta del medico curante o dello specialista specificando le settimane di gravidanza.

TICKET

Le spese sostenute **a titolo di ticket** sanitario in strutture accreditate/convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale, vengono rimborsate nel seguente modo:

- rimborso del **30% su importi di almeno € 36,00 per singola ricevuta.**

Per ottenere il rimborso è necessario che la spesa sia corredata della richiesta del medico curante o dello specialista specificando le settimane di gravidanza.

3. ORTODONZIA INFANILE

Il Piano Sanitario provvede al rimborso delle spese sostenute per visite e apparecchiatura per ortodonzia infantile (non sono comprese le cure odontoiatriche) per coloro che abbiano al momento del sostenimento della spesa, età inferiore ai 16 anni.

STRUTTURE CONVENZIONATE E NON CONVENZIONATE

Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie (quelle presenti nel NETWORK SANITARIO)** e di **personale convenzionato**, occorre esibire la Carta Mutuasalus® al momento del pagamento presso la struttura sanitaria, al fine di **ottenere lo sconto** previsto dalla convenzione.

Le spese sostenute vengono rimborsate nel seguente modo:

- rimborso del **20%**
- per un importo **massimo di € 70,00** a singola prestazione presente in fattura.

TICKET

Le spese sostenute a titolo di **ticket sanitario**, effettuate in strutture accreditate/convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale, vengono rimborsate nel seguente modo:

- rimborso del **30% su importi di almeno € 36,00 per singola ricevuta.**

4. TICKET PER TERAPIE FISIOTERAPICHE

Il Piano Sanitario provvede al rimborso del **30% su importi di almeno € 36,00 per singola ricevuta**, delle spese sostenute in relazione a malattia o infortunio, per trattamenti fisioterapici prescritti da medico specialista in ortopedia o fisiatrica effettuate esclusivamente a titolo di ticket presso strutture accreditate/convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale.

Per ottenere il rimborso da parte di Sodalitas, è necessario che il Socio alleghi alla ricevuta copia della prescrizione medica indicante la patologia o altro documento purché si evinca la prestazione eseguita.

5. CERTIFICAZIONE PER ATTIVITA' SPORTIVA NON AGONISTICA

Il Piano Sanitario provvede al rimborso delle spese sostenute per il rilascio di certificazione di idoneità sportiva per attività non agonistica o amatoriale.

STRUUTURE CONVENZIONATE E NON CONVENZIONATE

Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie (quelle presenti nel NETWORK SANITARIO)** e **di personale convenzionato**, occorre esibire la Carta Mutuasalus® al momento del pagamento presso la struttura sanitaria, al fine di **ottenere lo sconto** previsto dalla convenzione.

Le spese sostenute vengono rimborsate nel seguente modo:

- nella misura massima di euro 30,00 annui per il socio e per ciascun familiare.

6. TRATTAMENTI TERAPEUTICI

- **Sedute logopediche (0-18 anni)**

Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie (quelle presenti nel NETWORK SANITARIO)** e **di personale convenzionato**, occorre esibire la Carta Mutuasalus® al momento del pagamento presso la struttura sanitaria, al fine di **ottenere lo sconto** previsto dalla convenzione.

Le spese sostenute nelle strutture **convenzionate e non convenzionate**, vengono rimborsate nel seguente modo:

- rimborso del **20%**
- per un importo annuo di **€ 100,00**.

Le spese sostenute a titolo di **ticket sanitario**, si intendono quelle effettuate in strutture accreditate/convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale, vengono rimborsate nel seguente modo:

- rimborso fino ad un importo massimo annuo di € 100,00.

Per ottenere il rimborso è necessario che il Socio alleghi alla fattura la richiesta dello specialista contenente la patologia presunta o accertata.

7. VALUTAZIONE DEL RITARDO DEL LINGUAGGIO, DEI DISTURBI DI APPRENDIMENTO, DEL RITARDO NEUROPSICOMOTORIO, DEI DISTURBI DI DEGLUTAZIONE, DELLE BALBUZIE E DELL'INSUFFICIENZA VELOFARINGEA

Il piano sanitario prevede il rimborso per la valutazione multidisciplinare:

- Visita foniatrica;
- Valutazione logopedica;
- Valutazione cognitiva;
- Visita Neuropsichiatrica
- Sedute di psicomotricità.

Le spese sostenute vengono rimborsate nel seguente modo:

- erogazione per un importo massimo di **€ 300,00**.

8. COUNSELLING PSICOLOGICO

Il piano sanitario prevede il rimborso per il primo counselling psicologico.

Le spese sostenute vengono rimborsate nel seguente modo:

- importo di **€ 100,00** per nucleo familiare da richiedere una sola volta per tutta la vita associativa.

Per ottenere il rimborso è necessario che il Socio alleghi alla fattura la richiesta del medico curante o specialista di fiducia contenente la patologia presunta o accertata.

PARTE II

Prestazioni Ospedaliere

DIARIA

E' prevista una diaria per ricovero in caso di:

- **malattia;**
- **infortunio;**
- **gravidanza.**

Il Socio, nel limite di disponibilità del relativo plafond, avrà diritto ad una diaria giornaliera di **€ 20,00** per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a **30 giorni** per ricovero, con applicazione di una franchigia fissa di due giorni (quindi a partire dalla terza notte di pernottamento).

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante pernottamento: questo è il motivo per il quale, al momento del calcolo della diaria giornaliera, si provvede a corrispondere **€ 20,00** per ogni notte trascorsa all'interno dell'Istituto di cura dopo le prime due notti.

Il limite di spesa annua dell'area ricovero

Il piano Sanitario prevede un limite di spesa annua che ammonta a **€ 1.000,00** per annualità associativa e nucleo familiare. E' fatto inoltre salvo il rispetto del plafond complessivo destinato da Sodalitas a questa parte del piano Sanitario (vedi Parte Generale).

MODALITA' OPERATIVE

Il socio dovrà:

- Formulare richiesta di rimborso entro **60 giorni** dalla data di dimissione.
- **Presentare copia della lettera di dimissione, con riserva di richiesta della cartella clinica, se il comitato di liquidazione lo riterrà necessario al fine del rimborso.**

Sodalitas, esamina la documentazione provvederà al rimborso, con cadenza trimestrale nei limiti del relativo plafond tramite bonifico bancario.

IL PIANO FAMIGLIA



Parte Generale

Il Consiglio di Amministrazione di Sodalitas – ente terzo settore – ha deliberato di mettere a disposizione dei Soci, una serie di provvidenze economiche di carattere pecuniario sotto forma di sussidi o rimborsi per eventi o attività relative ai soci o ai componenti del loro nucleo familiare, purché inclusi nel piano sanitario “Alta Salute”.

I sussidi/rimborsi e i relativi presupposti hanno decorrenza dal 1° gennaio di ogni anno e potranno essere modificati, integrati o soppressi, di anno in anno, con delibera del Consiglio di Amministrazione di Sodalitas, il quale si riserva di valutarne di tempo in tempo la sostenibilità economica con il bilancio dell’ente. Le erogazioni saranno sempre limitate alle disponibilità di bilancio.

Per tutti i sussidi o rimborsi di seguito riportati è necessario che il socio avente diritto sia iscritto nel relativo libro dell’ente dal 1° gennaio dell’anno in cui si verifica il presupposto per l’erogazione e che in quanto compatibile, alla stessa data il componente del nucleo familiare a cui il presupposto si riferisce, sia incluso nel piano sanitario “Alta Salute”.

L’erogazione delle provvidenze economiche avverrà esclusivamente entro il 31 dicembre di ogni anno, con accredito della somma su conto corrente intestato al socio e aperto presso la BCC di Roma.

Parte I

Sezione I

Nascita di un figlio

Sodalitas eroga un sussidio, una tantum, di euro 100,00 per la nascita di ciascun figlio del socio. Alla nascita è equiparata l'adozione, nazionale o internazionale, di una minore, nei modi e forme previsti dall'ordinamento giuridico italiano. La richiesta di erogazione del sussidio va presentata dal socio avente diritto alla Mutua, entro tre mesi dalla nascita o dall'adozione del figlio, su apposito modello predisposto da Sodalitas, allegando il certificato di nascita o documentazione equivalente relativa all'adozione.

Sezione II

Latte artificiale per neonati

Sodalitas rimborsa il 100% della spesa documentata, relativa all'acquisto di latte artificiale destinato al figlio del socio. La spesa è rimborsabile fino a 12 mesi dalla nascita e con un massimale per tale periodo di euro 300,00. In caso di parto plurimo il contributo viene moltiplicato per il numero dei nati.

Quando la prescrizione prevede l'acquisto di particolari qualità di latte a causa di intolleranze alimentari documentate o di malattie metaboliche, il massimale è portato a euro 500,00.

Parte II

Sezione I

Ciclo scolastico nido e scuola dell'infanzia

Sodalitas eroga un importo in euro a titolo di rimborso della quota di iscrizione annua all'asilo nido o servizi assimilati, come di seguito specificati. La quota di iscrizione si deve riferire ad uno dei seguenti servizi educativi: asilo nido, micro nido, nido aziendale, nido integrato, centro infanzia, pubblici o privati operanti nel territorio della Regione Veneto, purché autorizzati e accreditati all'esercizio del servizio educativo da parte della competente Autorità Pubblica ai sensi della normativa vigente. L'importo massimo rimborsabile è di euro 100,00 per ciascun figlio.

La richiesta di rimborso da parte del socio avente diritto dovrà essere redatta su apposito modello e pervenire presso la sede dell'ente entro la fine dell'anno solare in cui è stata effettuato il pagamento. Allegata al modulo va unita copia della ricevuta o attestazione di pagamento.

Sodalitas eroga un importo in euro a titolo di rimborso della quota di iscrizione annua alla scuola dell'infanzia. La quota pagata si deve riferire all'iscrizione ad una scuola dell'infanzia pubblica o privata paritaria purché autorizzata e accreditata all'esercizio dell'attività scolastica da parte della competente Autorità Pubblica ai sensi della normativa vigente. L'importo massimo rimborsabile è di euro 100,00 per ciascun figlio.

La richiesta di rimborso da parte del socio avente diritto dovrà essere redatta su apposito modello e pervenire presso la sede dell'ente entro la fine dell'anno solare in cui è stato effettuato il pagamento.

Allegata al modulo va unita copia della ricevuta o attestazione di pagamento.

Sezione II

Ciclo scolastico della scuola primaria e secondaria

E' prevista l'erogazione, una tantum, di un importo di euro 50,00 a titolo di sussidio allo studio a seguito dell'iscrizione di un figlio al primo anno di ciascuno dei seguenti cicli scolastici: scuola primaria, scuola secondaria di primo grado e scuola secondaria di secondo grado.

L'iscrizione si deve riferire ad una scuola pubblica o privata paritaria purché autorizzata e accreditata all'esercizio dell'attività scolastica da parte della competente Autorità Pubblica ai sensi della normativa vigente.

La richiesta di erogazione del contributo da parte del socio avente diritto dovrà essere redatta su apposito modello e pervenire presso la sede dell'ente entro la fine dell'anno solare in cui è stata effettuata l'iscrizione.

Allegata al modulo va unita copia dell'avvenuta iscrizione o documentazione equivalente.