

MODULO PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO DELLE SPESE SANITARIE

Da compilare e inviare ad opera dell'assistito, unitamente alla documentazione necessaria, all'indirizzo e-mail

→ mutua@campa.it

COGNOME NOME TITOLARE		TESSERA	
TELEFONO	EMAIL		
RESIDENTE	FORMULA DI ASSISTENZA		
	SILVER ⊙	GOLD ⊙	PLATINUM ⊙

Il sottoscritto **TITOLARE** richiede il rimborso delle spese sanitarie sostenute, come da unita documentazione della cui autenticità si assume la piena responsabilità, secondo quanto previsto dalla propria formula di assistenza.

Si allegano le copie delle seguenti documentazioni di spesa (fatture e prescrizioni mediche).

- Per le PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE AMBULATORIALI OCCORRE sempre allegare la PRESCRIZIONE MEDICA.
- La PRESCRIZIONE MEDICA non è necessaria per i Ticket del SSN.
- Per i RICOVERI inviare certificato medico di apertura entro 8 gg. e copia della CARTELLA CLINICA entro tre mesi dalla dimissione.

N. doc.	del	prestazione	per l'Assistito	importo			
Tot							

N. documenti allegati (escluso il presente modulo)

VARIE (eventuali note del richiedente)

Note:

Si raccomanda di inviare la richiesta di rimborso una sola volta scegliendo un'unica modalità: e-mail o area riservata. Le note di spesa devono essere inviate entro 30 gg. dalla loro emissione. La documentazione allegata deve essere leggibile. La documentazione di spesa e le relative prescrizioni mediche inviate non saranno restituite.

DATA _____

FIRMA _____