

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

→ sportellofondosanitario@campa.it

COGNOME NOME TITOLARE		TESSERA
TELEFONO	EMAIL	
RESIDENTE	FORMULA DI ASSISTENZA	
	Piano Soci BCC Pratola Peligna	

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).

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 _____