

MODULO DI RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE SANITARIE

SOCIO (Cognome e nome)

Tel.: cell.: e-mail:

SOCIO o FAMILIARE per il quale si richiede il rimborso

Cognome e nome

DETTAGLIO RICEVUTE DI SPESA ALLEGATE

Prestazione	Numero Fattura	Data Fattura	Importo

AVVERTENZE:

Tutta la documentazione relativa alla richiesta di rimborso dovrà essere trasmessa in copia fedele all'originale entro 30 gg. dalla data di emissione dei documenti di spesa (fatture e/o ricevute fiscali). Per ricoveri e interventi chirurgici il termine è esteso a 60 gg.

Se la richiesta è per integrazione di un rimborso già parzialmente effettuato da altro Ente, inviare, oltre alle copie della relativa documentazione, anche copia del dettaglio di liquidazione.

L'esibizione della documentazione richiesta è indispensabile per ottenere il rimborso delle spese.

Allegati : n. [] Giustificativi di spesa; n. [] Cartella clinica; n. [] Diagnosi del medico specialista/medico di base;
n. [] Relazione medica (in caso di intervento ambulatoriale); n. [] Dettaglio liquidazione altro Ente.

Il sottoscritto, in qualità di Socio della Cramas e, per quanto di ragione dei propri Familiari iscritti, pienamente consapevole delle conseguenze in caso di dichiarazioni false e mendaci, ed in particolare delle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia,

DICHIARA

- sotto la propria responsabilità, che tutta la documentazione presentata ed allegata ai fini del rimborso previsto dalla Cramas corrisponde e riproduce esattamente e fedelmente i documenti originali e non risulta in alcun modo artefatta o modificata rispetto al documento generato dal soggetto emittente;
- di essere disponibile a produrre gli originali di tutti i documenti inviati in fotocopia, dietro eventuale richiesta della Cramas;
- di essere consapevole che la mancata esibizione dei documenti originali eventualmente richiesti dalla Cramas provocherebbe l'impossibilità di adempiere la richiesta di rimborso;
- di aver preso visione e compreso le informazioni fornitemi dalla Cramas ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 in relazione al trattamento dei dati personali del Destinatario e dei Familiari sopra indicati.

Data compilazione _____

Firma _____