

MODULO PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO DELLE SPESE SANITARIE

→ sportello@campa.it

COGNOME NOME TITOLARE	
TELEFONO	RESIDENTE IN
TESSERA	FORMULA DI ASSISTENZA

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 ricevute fiscali).

- Per le PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE AMBULATORIALI, in particolare quelle altamente specialistiche, e per le TERAPIE FISICHE OCCORRE sempre allegare la PRESCRIZIONE MEDICA.
- La PRESCRIZIONE MEDICA non è necessaria per i Ticket del SSN e per le Visite mediche specialistiche.
- 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
RICOVERO del			

importo				
Tot				

N. documenti allegati (escluso il presente modulo):

VARIE (eventuali note del richiedente):

DATA _____

FIRMA _____

Note:

Si raccomanda di inviare la richiesta di rimborso una sola volta scegliendo una unica modalità: area riservata, e-mail o fax. Le note di spesa devono essere inviate entro 30 gg. dalla loro emissione.

In caso di cicli di terapie fisiche e riabilitative o di prestazioni sanitarie continuative inviare la documentazione a fine cura. Conservare gli originali della documentazione fornita a corredo delle pratiche sanitarie. Le copie inviate non saranno restituite.