MODULO DI RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE SANITARIE

Da inviare con copia delle documentazione necessaria:
- via mail a rimborsi@cramas.it (metodo consigliato);
- oppure via posta a Cramas sms Via Sardegna 129 00187 Roma

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 90 giorni dalla data di emissione delle fatture e/o ricevute fiscali di cui si chiede il rimborso (elevati a 120 gg in caso di presentazione di cartella clinica o rimborso da parte di altre assicurazioni/enti).

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. [ ] Foglio di dimissione; n. [ ] n. [ ] Cartella clinica; n. [ ] Diagnosi del medico specialista/medico di base; n. [ ] Relazione medica (in caso di intervento ambulatoriale); n. [ ] Dettaglio liquidazione altro Ente; n. [ ] altro_____.

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 degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 679/2016 in relazione al trattamento dei dati personali dell'Interessato e dei Familiari sopra indicati e disponibili nella versione aggiornata nel sito della mutua www.cramas.it.

Data compilazione _____ Firma _____