CRAEM MILANO

DATA_____

RIMBORSO SPESE FARMACEUTICHE INDIVIDUALI NON GARANTITE DAL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

ANNO DI COMPETENZA /__/__/__/

NOME DEL SOCIO _____

NOME DEL FAMILIARE A CUI E' RIFERITA LA PRESTAZIONE_____

Al presente modulo dovrà essere allegata copia della richiesta medica e degli scontrini relativi all'acquisto dei medicinali/latte artificiale

N°	FARMACO/ PARAFARMACO	FASCIA GRUPPO MERCEOLOGICO	IMPORTO UNITARIO	IMPORTO TOTALE

Dichiarazione del medico curante/farmacista che i farmaci prescritti non sono tra quelli rimborsabili dal S.S.N.

Timbro e firma del medico o farmacista **Firma del Socio**

_____ _____