

**CERERE DE RAMBURSARE A CONTRAVALORII ASISTENȚEI MEDICALE
TRANSFRONTALIERE FĂRĂ AUTORIZARE PREALABILĂ**

**Către,
CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE C O N S T A N Ț A**

Nume _____ Prenume _____
CNP _____
Domiciliul _____
Telefon _____
Cont Bancar nr. _____ deschis la _____

Prin prezenta solicit rambursarea contravalorii aferente serviciilor medicale efectuate în _____ în conformitate cu prevederile legislației în vigoare.

SCURT ISTORIC AL SITUAȚIEI:

Alăturat anexez, următoarele documente:

Data

Semnătura