

## SOL·LICITUD DE COMPENSACIÓ ECONÒMICA Subsidi Mèdic Quirúrgic (SMQ)

### Dades del mutualista

Nom i cognoms

Adreça

Núm. de mutualista o DNI

Centre treball

Correu electrònic

Telèfon

### Dades del causant de la despesa

Nom i cognoms

### Diagnòstic o causa de la despesa

Import efectivament pagat del qual sol·licita la compensació econòmica: ..... EUR (€)

Ha rebut o rebrà compensació econòmica d'altres entitats?

**NO SÍ**

..... EUR (€) De quina entitat? .....

..... de ..... de .....

**..... Hermini per a presentar factures. & A 9 GC G fides del seu pagament.**

### Requisits.

- ! Presentar factura original amb comprovant de pagament bancari.
- Per als tractaments de rehabilitació i psicoteràpia, cal enviar la prescripció d'un especialista col·legiat.

Les factures o rebuts que es presentin han de complir els requisits següents: ha de constar el nom complet i NIF del pacient, la data en que s'ha fet el tractament, i l'import desglossat per partides i conceptes. Ha d'estar confeccionat en un imprès del facultatiu, clínica o centre mèdic o hospitalari. A l'imprès hi haurà de constar el NIF i el número de col·legiat, en el cas dels facultatius, i el CIF en el cas de clíniques i centres mèdics o hospitalaris.

Signatura del mutualista

Enviar a la Mútu@:

- Correu electrònic: [mutua@mutuapersonalcaixa.com](mailto:mutua@mutuapersonalcaixa.com)

- Centre: **90.001**