

Allegato 4

DOMANDA DI RIMBORSO

ASSISTENZA SANITARIA TRANSFRONTALIERA

D. Lgs. n. 38 del 28/2/2014 di recepimento della Direttiva 2011/24/UE

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____

Residente _____ in

_____ CAP _____ via _____

_____ n. civ. _____ Tel. _____

C.F.: _____

Codice I.B.A.N. _____

Chiede

Per sé

in qualità di _____ per
(genitore, amministratore di sostegno)

_____ (Cognome) _____ (Nome)

Nato/a _____ il _____

Residente in _____ via _____ n. _____

Ai sensi dell'art. 10 del D.Lgs n. 38 del 28/2/2014, il rimborso dei costi relativi alla prestazione

RICOVERO ORDINARIO dal _____ al _____

RICOVERO DIURNO il _____

PRESTAZIONI AMBULATORIALI il _____

PRESTAZIONE DI TELEMEDICINA (art.8, comam7 D.Lgs 38/2014) il _____

Indicazione Diagnostica o terapeutica:

Prestazione sanitaria _____

erogata in data _____

autorizzazione SI del _____ No

Si allegano:

- Prescrizione del medico su ricettario del SSN (ricetta rossa)
- Fattura in originale quietanzata emessa dal prestatore di assistenza sanitaria
- Certificazione medica in originale

Data:

Firma dell'assistito

(o di chi ne fa le veci)

(a cura dell'ASL)

ESITO:

- Positivo
- Negativo

Costo della prestazione sanitaria da rimborsare: euro _____

Motivazione del mancato rimborso: _____

Data

Firma/timbro ASL

IL SEGRETARIO GENERALE

IL PRESIDENTE