****

**ASSISTENZA SANITARIA TRANSFRONTALIERA**

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

**DOMANDA DI RIMBORSO SPESE PER PRESTAZIONI SANITARIE**

Il sottoscritto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(cognome e nome)

nato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

telefono n: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e.mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

codice fiscale n.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

** Per sé**

in qualità di

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(genitore, amministratore di sostegno, o altro soggetto formalmente delegato)

** Per conto di**

(Cognome) (Nome)

Nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. civ.\_\_\_\_ C.A.P.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

il rimborso delle spese di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sostenute per prestazioni sanitarie fruite



**ALLEGA:**

**Per il ricovero:**

1. Relazione medica contenete:
   1. periodo di degenza;
   2. descrizione dell’intervento chirurgico con indicazione di data e durata dello stesso;
   3. lettera di dimissioni comprendente almeno la data di stesura del rapporto e l’identificazione del medico redattore e sintesi descrittiva del decorso clinico (con particolare riferimento agli esami diagnostici e alle terapie somministrate);
   4. evidenza se trattasi di ricovero programmato o urgente (in questo ultimo caso presentare dichiarazione dell’urgenza);
   5. fattura in originale quietanzata, da presentare entro max 60 gg. dall’erogazione della prestazione;
   6. traduzione in lingua italiana – a carico dell’assistito - della documentazione sanitaria e di spesa ;
   7. CF e documento di Identità.

**Per prestazione ambulatoriale:**

1. prescrizione medica con data antecedente l’esecuzione della prestazione su ricettario SSN o del professionista abilitato in altro Stato UE, se non già presentata in sede di autorizzazione preventiva, completa di quesito diagnostico;
2. certificazione del prestatore di assistenza, che attesti il trattamento erogato con diagnosi di dimissione o referto dell’esame diagnostico effettuato;
3. fattura in originale quietanzata, da presentare entro max 60 gg. dall’erogazione della prestazione;
4. traduzione in lingua italiana – a carico dell’assistito - della documentazione sanitaria e di spesa;
5. documento d’identità e CF,
6. **solo per le richieste di PMA**, serve anche, otre al documento di Identità e il CF di entrambi, un’autocertificazione sui requisiti soggettivi, ovvero l’interessato deve autocertificare di essere coniugato o in convivenza di fatto formalizzata presso il Comune italiano di ……………….….. ai sensi della Legge n. 76 del 20/05/2016 (Legge Cirinnà)

Ai fini dell’erogazione del rimborso, si indicano i seguenti riferimenti bancari

codice IBAN conto corrente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

codice SWIFT conto corrente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

intestato a:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si dichiara che sulle spese sostenute per il ricovero di cui alla presente domanda non è stato erogato alcun rimborso, anche parziale, da parte di Fondi Integrativi e/o Compagnie di Assicurazione.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Il DICHIARANTE |
| (luogo e data) |  |

**Trattamento dei dati personali**

I dati personali forniti dagli interessati saranno raccolti presso le articolazioni organizzative di ATS per le finalità correlate e conseguenti al presente procedimento e verranno trattati nel rispetto delle disposizioni normative vigenti. Sul punto si rimanda alla informativa dedicata consultabile al seguente indirizzo web: [Privacy - ATS Insubria (ats-insubria.it)](https://www.ats-insubria.it/privacy)