



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:
 - a. periodo di degenza;
 - b. descrizione dell'intervento chirurgico con indicazione di data e durata dello stesso;
 - c. 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);
 - d. evidenza se trattasi di ricovero programmato o urgente (in questo ultimo caso presentare dichiarazione dell'urgenza);
 - e. fattura in originale quietanzata, da presentare entro max 60 gg. dall'erogazione della prestazione;
 - f. traduzione in lingua italiana – a carico dell'assistito - della documentazione sanitaria e di spesa ;
 - g. CF e documento di Identità.

Per prestazione ambulatoriale:

- a) 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;
- b) certificazione del prestatore di assistenza, che attesti il trattamento erogato con diagnosi di dimissione o referto dell'esame diagnostico effettuato;
- c) fattura in originale quietanzata, da presentare entro max 60 gg. dall'erogazione della prestazione;
- d) traduzione in lingua italiana – a carico dell'assistito - della documentazione sanitaria e di spesa;
- e) documento d'identità e CF,
- f) **solo per le richieste di PMA**, serve anche, oltre 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 o 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.

II 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://ats-insubria.it/privacy)