

DOMANDA DI RIMBORSO SPESE PER PRESTAZIONI SANITARIE

ALL'ESTERO (Ex art. 34 del Regolamento C.E.E. 574/72)

Data di emissione:
01/07/2024

rev. 0

Approvato ed emesso in
originale

Il/La sottoscritto/a [] C.F. [],

nato/a il [] a [] prov. [] e residente

a [], in via [] n. []

tel. [] mail []

consapevole delle sanzioni previste dal Codice Penale, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n.445, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, sotto la propria responsabilità

chiede

Il rimborso della spesa di € [] sostenuta per prestazioni sanitarie di cui ha

dovuto fare ricorso dal [], al [] per sé/per il familiare

[] C.F. [] e residente a

[], in via [] n. []

tel. [] mail []

durante un temporaneo soggiorno in []

Allegare i seguenti documenti : fattura in originale, copia dei referti, copia del pagamento, documento d'identità e tessera sanitaria

DICHIARA DI AVER USUFRUITO DELL'ASSISTENZA SANITARIA ALL'ESTERO PER I SEGUENTI MOTIVI:

[]

Dichiara inoltre di non essersi recato all'estero al solo fine di ricevere cure.

RIMBORSO DA EFFETTUARSI CON ACCREDITO SU CONTO CORRENTE:

INTESTAZIONE C/C []

IBAN []

data []

firma richiedente []

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI IN AMBITO SANITARIO (Regolamento UE 679/2016)



Dichiaro di aver preso visione delle informazioni sul trattamento dei dati personali, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679.

Per saperne di più sul trattamento dei dati personali consulta il sito:

<https://www.aslto3.piemonte.it/wp-content/uploads/2022/08/ALLEGATO2.pdf>

data []

firma []

DOMANDA DI RIMBORSO SPESE PER PRESTAZIONI SANITARIE

ALL'ESTERO (Ex art. 34 del Regolamento C.E.E. 574/72)

data ricevimento _____

L'impiegato addetto _____

AVVERTENZE PER L'ASSISTITO

L'eventuale rimborso potrà aver luogo sulla base della tariffazione delle spese sostenute effettuata dall'Istituzione estera del luogo di temporanea dimora e comunque non potrà eccedere le spese sostenute dall'assistito.

NOTE

(1) L'importo della spesa deve essere indicato nella valuta dello Stato estero

(2) Sigla della valuta dello Stato estero:

€ (euro) : AUSTRIA-BELGIO-FINLANDIA-FRANCIA-GERMANIA- IRLANDA- LUSSEMBURGO-OLANDA-PORTOGALLO-SPAGNA

HRK (kuna) : CROAZIA

DKR (corona) : DANIMARCA

EEK (corona) : ESTONIA

ISK (corona) : ISLANDA

LVL (lats) : LETTONIA

CHF (franco sv): LIECHENSTEIN

LTL (litas) : LITUANIA

NOK (corona) : NORVEGIA

PLZ (zloty) : POLONIA

£ (sterlina) : REGNO UNITO

CSK corona) : REPUBBLICA CECA

SKK (corona) : REPUBBLICA SLOVACCA

SEK (corona) : SVEZIA

CHF (franco sv): SVIZZERA

HUF (fiorino) : UNGHERIA

(3) Importo riferito al singolo documento prodotto

(4) Deve essere specificato dall'assistito il motivo per il quale ha fatto ricorso alle prestazioni sanitarie ed il tipo di cure cui è stato sottoposto

(5) Ove la data della domanda fosse posteriore di oltre tre mesi alla domanda di effettuazione della relativa spesa, dovrà essere motivato il ritardo nella presentazione della richiesta di rimborso.

PARERE DEL SANITARIO

Tenuto conto di quanto dichiarato dall'assistito nella domanda di rimborso spese per prestazioni sanitarie medicalmente indifferibili usufruite in uno degli stati membri della U.E. – S.E.E.

Esaminata la documentazione sanitaria, si esprime parere:

FAVOREVOLE

NON FAVOREVOLE

· Prestazioni ospedaliere

· Prestazioni medico-generiche

· Prestazioni specialistiche

· Prestazioni farmaceutiche

· Altro

· Cure programmate

IL DIRIGENTE MEDICO
