



Dipartimento per la Programmazione Accreditemento Acquisto
delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie

SC Integrazione e rapporti interdipartimentali per lo sviluppo del
polo ospedaliero e del polo territoriale

DOMANDA DI RIMBORSO SPESE PER ASSISTENZA SANITARIA TRANSFRONTALIERA

(Direttive 2011/24/UE e 2012/52/UE recepite con D.lgs. 04/03/2014 n° 38 e Linee Guida del 21/12/2017)

Il/la sottoscritto/a
nato/a il a cittadinanza
residente a in via
telefono e-mail
C.F., iscritto negli elenchi dell' ASST

CHIEDE

- ☐ **per sé**
☐ **per conto di:**

cognome nome
nato/a il a cittadinanza
residente a in via
C.F., iscritto negli elenchi dell' ASST
In qualità di
(genitore, amministratore di sostegno o altro soggetto formalmente delegato)

il rimborso delle spese di euro sostenute per ricovero/prestazione ambulatoriale cui ha
dovuto fare ricorso per: ☐ sé

☐ il familiare nato il
(cognome nome e relazione di parentela)

presso la Struttura Sanitaria estera
dal/il al

ALLEGA:

Per ricovero:

1. Relazione medica contenente:
 - periodo di degenza;
 - descrizione del trattamento erogato, con indicazione di data e durata dello stesso;
 - lettera di dimissioni contenente 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);
 - evidenza se trattasi di ricovero programmato o urgente (in questo ultimo caso presentare dichiarazione dell'urgenza);
2. Fattura/e in originale quietanzata/e, da presentare entro max 60 gg. dall'erogazione della prestazione;
3. Traduzione in lingua italiana – a carico dell'assistito - della documentazione sanitaria e di spesa;
4. Eventuale documentazione che legittimi la presentazione della domanda per conto altrui (delega con copia sottoscritta di documento del delegante in corso di validità; provvedimento di nomina in sede tutelare, altro).



Dipartimento per la Programmazione Accreditamento Acquisto
delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie

SC Integrazione e rapporti interdipartimentali per lo sviluppo del
polo ospedaliero e del polo territoriale

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/e in originale quietanzata/e, 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;
6. **Solo per le richieste di PMA**, 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. 76/2016 del 20/05/2016 (Legge Cirinnà);
7. Eventuale documentazione che legittimi la presentazione della domanda per conto altrui (delega con copia sottoscritta di documento del delegante in corso di validità; provvedimento di nomina in sede tutelare, altro).

Dichiara di non aver potuto usufruire dell'assistenza diretta per i seguenti motivi:

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

Ai fini dell'erogazione del rimborso, indica i seguenti riferimenti bancari:

[illegible]

intestato a

Ai sensi del Regolamento UE 679/2016 e del D.lgs. 196/2003 come modificato dal D.lgs. 101/2018 in materia di trattamento dei dati personali, il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati personali e/o sensibili forniti per le finalità legate alla presente istanza.

.....
(luogo e data)

(IL DICHIARANTE)

Informativa privacy ai sensi del Regolamento 679/2016/UE

Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, sensibili e/o giudiziari) comunicati all'Agenzia di Tutela della Salute della Val Padana saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento 679/2016/UE. Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici. Il Titolare del trattamento dei dati personali è l'Agenzia di Tutela della Salute della Val Padana. L'interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE. L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici aziendali e consultabile sul sito web dell'ente all'indirizzo www.ats-valpadana.it. Il Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei dati individuato dall'ente è reperibile presso la sede dell'Agenzia di Tutela della Salute della Valpadana, può essere contattato utilizzando i recapiti istituzionali dell'ente (protocollo@pec.ats-valpadana.it) indicati sul sito web www.ats-valpadana.it ed è il seguente soaetto:

DPO	PARTITA IVA E C.F.	Via/Piazza	CAP	Comune	Rappresentante del DPO
ITA S.R.L.	14243311009	Via della Conciliazione, 10	00193	Roma	Recupero Luigi