

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

residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_ e\_mail \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Codice IBAN \_\_\_\_\_

COD. IBAN	C I N	ABI	CAB	C/C

(obbligatorio completare tutte le caselle)

**CHIEDE**

per sé

in qualità di (genitore, familiare, amministratore di sostegno ecc) per

\_\_\_\_\_ (cognome e nome)

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

residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

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, comma 7 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 AS