REGIONE DEL VENETO
ULSS9 SCALIGERA

Azienda ULSS 9 - Scaligera

Sede Legale Via Valverde, 42 – 37122 Verona
cod.fisc. e P. IVA 02573090236

U.O.C. DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE

Ricevuta il_____ L'impiegato:_____

Spettabile
Azienda ULSS 9
Distretto Socio Sanitario di Base
Sede di_____

DOMANDA DI RIMBORSO SPESE PER PRESTAZIONI SANITARIE FRUITE ALL'ESTERO
(art. 25 lett. B) Reg. CE 987/09)

Il/La sottoscritto/a_____nato/a il_____

residente a_____Cap_____in

Via_____n._____

C.F_____n. tessera sanitaria:_____

n. tel._____n. cell._____

C H I E D E

Il rimborso della spesa di (1) _____sostenuta per prestazioni

sanitarie cui ha dovuto far ricorso dal_____al_____

☐ per se ☐ per il familiare

_____

(cognome – nome – data di nascita – relazione di parentela)

durante il temporaneo soggiorno in_____a_____
(Paese estero) (Località estera)

DOCUMENTI ALLEGATI IN ORIGINALE	Importo (2)
1._____	_____
2._____	_____
3._____	_____
4._____	_____
5._____	_____
TOTALE	_____

Dichiara di aver usufruito dell'assistenza sanitaria all'estero per i seguenti motivi (3):

_____

_____

_____

Dichiara inoltre di non essersi recato/a all'estero al solo fine di ricevere cure e di dare/non dare(*)il proprio consenso al rimborso delle spese di cui sopra sulla base delle tariffe vigenti in Italia.

Chiede che l'eventuale rimborso avvenga :

° ASSEGNO DI QUIETANZA

° ACCREDITO BANCARIO: IBAN_____

Data_____

L' Assistito/a

_____

AVVERTENZE PER L'ASSISTITO

(*) Qualora l'assistito dia il proprio consenso, la tariffazione del rimborso avverrà sulla base delle tariffe vigenti in Italia al netto di eventuali tickets previsti dalla legislazione italiana.
In caso contrario l'eventuale rimborso verrà sulla base della tariffazione delle spese sostenute, effettuata dall'Istituzione estera del luogo di temporanea dimora.

(1) e (2) L'importo delle spese deve essere indicato in Euro per i Paesi che vi hanno aderito per gli altri, si riporta qui di seguito la sigla della valuta che va indicata:
DKK- Danimarca
NOK – Norvegia
SEK – Svezia
ISK – Islanda
CHF – Liechtenstein e Svizzera
HRK- Croazia

Gli importi dovranno essere indicati per ogni singolo documento

(3) L' assistito dovrà specificare il motivo per il quale è ricorso alle prestazioni sanitarie ed il tipo di cure ricevute durante il temporaneo soggiorno.