

Prestazione	Rimborso ticket prestazione ambulatoriale / Pronto Soccorso
Descrizione	Richiesta rimborso ticket per importo pagato ma non dovuto o comunque soggetto a rimborso
Documenti necessari	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Documenti di riconoscimento</li> <li>• Codice fiscale/ tessera sanitaria</li> </ul>
Moduli da presentare compilati	Modulo Domanda rimborso ticket (allegato)
Modalità accesso	<p>-&gt; <b>modalità da remoto:</b> mail all'indirizzo del distretto di appartenenza sotto riportato Le ricevute dei pagamenti devono essere consegnate o inviate per posta ordinaria in originale</p> <p>-&gt; <b>accesso diretto</b></p>
Contatti	
Distretto 17 (Val di vara)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Ceparana:</u> <a href="mailto:anagrafe.cep@asl5.liguria.it">anagrafe.cep@asl5.liguria.it</a> Telefono 0187/604950-956 Orario lunedì /martedì/giovedì 8:00 – 12:00</li> <li>• <u>Levanto:</u> <a href="mailto:anagrafe.lev@asl5.liguria.it">anagrafe.lev@asl5.liguria.it</a> Orario da lunedì a venerdì 7:30-14:15 0187/803344</li> <li>• <u>Brugnato:</u> Orario da lunedì a venerdì 8:00-12:00 tel. 0187/89611</li> </ul> <p>Posta ordinaria: ASL 5 Distretto 17 P.zza IV Novembre 34- 19020 Ceparana</p>
Distretto 18 (La Spezia)	<p>E mail <a href="mailto:direzione.distretto18@asl5.liguria.it">direzione.distretto18@asl5.liguria.it</a> Posta ordinaria: Distretto 18, Via xxiv maggio n139 - 19121 La Spezia</p> <p>PUA Bragarina, Via Sardegna (mattina) Accettazione ospedaliera, Ospedale Sant' Andrea (3° piano) (mattina) CUP Via XXIV Maggio (martedì e giovedì pomeriggio)</p>
Distretto 19 (Val di Magra, Sarzana)	<p>E mail <a href="mailto:anagrafe.sz@asl5.liguria.it">anagrafe.sz@asl5.liguria.it</a> Posta ordinaria: ASL 5 Distretto 19 Via Paci, 1 - 19038 Sarzana</p> <p>Telefono 0187/604318 – 332 – 704 - 225 Orario il martedì e giovedì 8:00 – 12:00                      14:30 – 16:00</p>

## MODULISTICA DA COMPILARE E PRESENTARE AL MOMENTO DELLA DOMANDA

## MODULO DOMANDA RIMBORSO TICKET

Il sottoscritto ..... CF .....

Nato a ..... il .....

Residente a ..... in via .....

Tel./Cell.....

e mail .....

### In qualità di:

- diretto interessato
- genitore esercente la responsabilità genitoriale di \_\_\_\_\_  
che esprime la presente richiesta di comune accordo con l'altro genitore ex art 337 ter c.c ovvero in  
conformità a disposizioni di legge o a provvedimenti dell'autorità giudiziaria
- altro (tutore/amministratore sostegno etc) per  
\_\_\_\_\_
- delegato da \_\_\_\_\_  
(fotocopia documento d'identità del delegante)

### CHIEDE IL RIMBORSO DEL TICKET DA EFFETTUARSI CON:

**Bonifico bancario o Postale su c/c Codice IBAN (DEVE ESSERE L'IBAN DEL TITOLARE DEL RIMBORSO):**

-----

Se IBAN è intestato a persona diversa dal richiedente, indicare anche CF e nome e cognome dell'intestatario  
IBAN CF \_\_\_\_\_ Nome e Cognome \_\_\_\_\_

### Per la seguente motivazione (barrare il punto):

- Ha comunicato nelle modalità e nei tempi previsti dalla normativa vigente la propria impossibilità a fruire della prestazione prenotata (24 ore dalla prenotazione) o non ha potuto presentarsi per accesso al pronto soccorso o ricovero ospedaliero, lutto familiare, malattia, calamità naturali (allegare stampa disdetta o documentazione comprovante);
- Non ha ricevuto la prestazione prenotata per impossibilità della struttura erogatrice (allegare dichiarazione della struttura erogatrice);
- Non ha ricevuto la prestazione prenotata per errore di prenotazione;
- È stato pagato un importo superiore a quanto dovuto per il ticket;
- Ha ripresentato la ricetta completa del codice di esenzione prima della erogazione della prestazione;
- Ha pagato la quota ricetta per prestazioni erogate dopo 1/09/2020 (legge n. 160 del 27/12/2019 art 1 comma 446);
- pagato per errore un'impegnativa con codice fiscale errato
- Specificare bene le motivazioni del rimborso

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---



---



---

Importo da rimborsare: \_\_\_\_\_ (coerente con documentazione allegata)

**Oltre alle due ricevute di pagamento originali, foglio di prenotazione e copia documento identità (anche dell'eventuale delegante) devono essere allegati i seguenti documenti a seconda del motivo istanza:**

MOTIVO RICHIESTA RIMBORSO	DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA OBBLIGATORIAMENTE
<b>ALLEGARE SEMPRE</b>	LE DUE RICEVUTE PAGAMENTO ORIGINALI – FOGLIO DI PRENOTAZIONE – COPIA DOCUMENTO IDENTITA'
<b>IN BASE AI SEGUENTI MOTIVI RIMBORSO</b>	
Annullamento appuntamento prima delle 24 ore	Stampa annullamento da procedura cup
Prestazione non erogata per motivi di salute/ricovero	Certificazione medica o foglio ricovero o accesso ps
Prestazione non erogata per motivi di lutto/calamità naturale	Certificazione sostitutiva atto notorio o certificato probatorio
Prestazione non erogata per impossibilità struttura	Dichiarazione motivata dell'ambulatorio o struttura completa di firma/timbro leggibile –
Errore prenotazione	Stampa prenotazione errata – stampa prenotazione corretta – nota esplicativa dell'operatore completa di firma
Pagato importo superiore a quanto dovuto	Stampa riepilogo cassa errato – stampa riepilogo corretto – nota esplicativa dell'operatore completa di firma
Errore digitazione importo su pos	Stampa riepilogo ticket – ricevuta scontrino pos
Doppio pagamento in struttura convenzionata e asl	Fotocopia ricevuta pagamento in struttura convenzionata oltre alle due ricevute pagamento asl
Nuova ricetta esente ticket presentata prima della erogazione prest.	Ricetta precedente non esente – copia nuova ricetta

Data .....

Firma .....

-----  
(a cura dell'operatore CUP addetto)

L'Operatore CUP ..... (matr. ....) attesta che la richiesta di rimborso rientra nei casi previsti e riceve la domanda completa della documentazione necessaria.

Data .....

Firma .....