



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"> • Documenti di riconoscimento • Codice fiscale/ tessera sanitaria
Moduli da presentare compilati	Modulo Domanda rimborso ticket (allegato)
Modalità accesso	<p>-> modalità da remoto: mail all'indirizzo del distretto di appartenenza sotto riportato</p> <p>Le ricevute dei pagamenti devono essere consegnate o inviate per posta ordinaria in originale</p> <p>-> accesso diretto</p>
Contatti	
Distretto 17 (Val di vara)	<ul style="list-style-type: none"> • Ceparana: anagrafe.cep@asl5.liguria.it Telefono 0187/604950-956 Orario martedì/giovedì 8:00 – 12:00 Giovedì 14:30 - 16:00 • Levanto: anagrafe.lev@asl5.liguria.it Orario lunedì, martedì, giovedì, venerdì 8:00-13:00 0187/803344 • Brugnato: anagrafe.lev@asl5.liguria.it Orario lunedì e mercoledì 8:00-12:00 tel. 0187/89611 Posta ordinaria: ASL 5 Distretto 17 P.zza IV Novembre 34- 19020 Ceparana
Distretto 18 (La Spezia)	<p>E mail direzione.distretto18@asl5.liguria.it</p> <p>Posta ordinaria: Distretto 18, Via xxiv maggio n139 - 19121 La Spezia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Punto Prelievi Bragarina Palazzina A, Via Sardegna 45 dal Lunedì al Venerdì 11:00 – 12:45 • Accettazione ospedaliera, Ospedale Sant' Andrea (piano terra) • CUP Bragarina Palazzina B, Via Sardegna 45 <p>Dal Lunedì a Venerdì dalle 8:00 alle 12:00 Martedì e Giovedì dalle 14:00 alle 16:00</p>
Distretto 19 (Val di Magra, Sarzana)	<p>Posta ordinaria: ASL 5 Distretto 19 Via Paci, 1 – 19038 Sarzana</p> <p>Telefono 0187/604332 – 704</p> <p>Dal lunedì al venerdì 8 – 12 martedì e giovedì 14:30 – 16</p> <p>Per informazioni E mail anagrafe.sz@asl5.liguria.it</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; o Ha pagato la quota ricetta per prestazioni erogate dopo 1/09/2020 (legge n. 160 del 27/12/2019 art 1 comma 446);
- o pagato per errore un'impegnativa con codice fiscale errato

 - o 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
ALLEGARE SEMPRE	LE DUE RICEVUTE PAGAMENTO ORIGINALI – FOGLIO DI PRENOTAZIONE – COPIA DOCUMENTO IDENTITÀ'
IN BASE AI SEGUENTI MOTIVI RIMBORSO	
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