|  |  |
| --- | --- |
| **Prestazione** | **Rimborso spese cure urgenti all’estero** |
| **Descrizione** | Rimborso spese sostenute durante temporaneo soggiorno nei paesi della Comunità Europea, Svizzera e Spazio Economico Europeo (Norvegia, Islanda e Liechtenstein) per cure urgenti non programmate |
| **Documenti necessari e moduli da presentare** | * Documento di riconoscimento del richiedente * Tessera Sanitaria * Scontrini o ricevute pagamento in originale * Eventuale documentazione sanitaria atta a dimostrare l’urgenza delle cure * Se necessaria delega, documento di riconoscimento del delegato e del delegante * Se presente tutore/amministratore di sostegno, documento di riconoscimento del tutore/amministratore di sostegno e del soggetto tutelato/amministrato * In caso di richiesta effettuata a favore di minore, allegare i documenti di entrambi i genitori e delega del genitore non convivente * Codice Fiscale/Tessera Sanitaria dei soggetti interessati * Libretti cartacei se in possesso   **Si precisa che occorrerà la delega anche per i componenti appartenenti allo stesso nucleo familiare del richiedente** |
| **Moduli da presentare compilati** | Domanda di rimborso spese |
| **Modalità accesso** | 🡪 **da remoto** mail all’indirizzo del distretto di appartenenza  🡪 **accesso libero** nei giorni ed orari del distretto di appartenenza  🡪 L’Ufficio di **Ceparana** riceve su appuntamento |

**MODULISTICA DA COMPILARE E PRESENTARE AL MOMENTO DELLA DOMANDA**

**AL DISTRETTO n.**

Prot. n.

del

**DOMANDA DI RIMBORSO SPESE SOSTENUTE DURANTE TEMP. SOGG. CEE**

Ricevuta il \_\_\_\_\_\_\_\_ Al Distretto n. \_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_ a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CF n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*CHIEDE*

Il rimborso delle spese sostenute durante temp. Soggiorno in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (paese)

Localita’ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a cui ha dovuto fare ricorso per cure medicalmente necessarie non differibili per se stesso/per il familiare sotto indicato:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allega le seguenti ricevute: (1)

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

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

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

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

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

Tot. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dichiara di aver usufruito dell’assistenza sanitaria all’estero per i seguenti motivi: (2)

Dichiara inoltre di non essersi recato all’estero al solo fine di ricevere cure

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (3) L’assistito

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

Avvertenze:

L’eventuale rimborso potrà aver luogo sulla base della tariffazione delle spese sostenute effettuata dall’Istituzione estera del luogo di temporanea dimora e comunque non potrà eccedere le spese sostenute dall’assistito.

L’importo della spesa deve essere indicato nella valuta dello Stato estero o in Euro.

(1) importo riferito al singolo documento prodotto

1. deve essere specificato dall’assistito il motivo per il quale ha fatto ricorso alle prestazioni sanitarie ed il tipo di cure cui è stato sottoposto

(3) ove la data della domanda fosse posteriore di oltre tre mesi alla data di effettuazione della relativa spesa dovrà essere motivato il ritardo nella presentazione della richiesta di rimborso.

PARERE DEL SANITARIO

Tenuto conto di quanto dichiarato dall’assistito nella domanda di rimborso spese per prestazioni sanitarie usufruite in uno degli stati membri della CEE-SEE, accertato che l’assistito non si è recato all’estero con lo scopo di ricevere cure; esaminata la documentazione sanitaria si esprime parere \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sulla urgenza ed indifferibilità delle prestazioni.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Il medico responsabile)

(DOMANDA RIMBORSO SPESE ALL’ESTERO)