

Modulo di Richiesta di Rimborso

Alla c.a. del Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria di Riferimento

Oggetto: Richiesta di Rimborso per Spese Visite Specialistiche Private e/o Mancata Erogazione di Visite Sanitarie

Dati del Richiedente:

- Nome e Cognome: _____
- Data di Nascita: _____
- Codice Fiscale: _____
- Indirizzo: _____
- Telefono: _____
- Email: _____

Prestazione Sanitaria Richiesta:

- Tipo di Prestazione: _____
- Prima Data Disponibile Comunicata: _____
- Classe di Priorità: _____
- Urgenza: _____

Descrizione della Richiesta:

- Descrizione della Prestazione Sanitaria Effettuata Privatamente e/o Mancata Erogazione della Visita Sanitaria:
-
-

Documentazione Allegata:

- Copia della Prescrizione Medica
- Copia della Prenotazione con Prima Data Disponibile
- Fattura della Prestazione Sanitaria Effettuata Privatamente
- Altri Documenti Giustificativi (se applicabili)

CHIEDE

Il rimborso del pagamento relativo alla quietanza/fattura n. _____
del _____ rilasciata dall'Ufficio Ticket del Poliambulatorio _____
e a tal fine:

DICHIARA

di non aver ricevuto le prestazioni sanitarie in essa indicate, così come attestato dal medico dell'Unità Operativa che avrebbe dovuto erogarle avendo curato di disdire la prenotazione almeno 24 ore prima della erogazione; di aver diritto all'esenzione dal pagamento del ticket come risulta dalla certificazione allegata, in quanto i tempi di attesa per la prestazione richiesta hanno superato i limiti previsti.

Che il rimborso di cui trattasi dovrà essere effettuato secondo le seguenti modalità:

1) bonifico Bancario IBAN: _____

2) Assegno Circolare Non Trasferibile intestato a _____ nato il _____ C/ il seguente domicilio _____

- Che il sottoscritto è a conoscenza che la richiesta di rimborso del ticket dovrà essere effettuata entro giorni 60 dalla data prevista per l'erogazione della prestazione dal diretto interessato o da persona delegata

- In forza del d.lgs. n. 124 del 1998 è mio diritto conoscere i tempi massimi intercorrenti tra la richiesta di prestazioni e la loro erogazione e usufruire, nel caso di impossibilità di rispettare i predetti termini, di attività libero-professionali in regime intramoenia.

Pertanto, in virtù di quanto sopra esposto, chiedo che mi venga garantita l'erogazione della prestazione sanitaria nei tempi di priorità previsti, anche attraverso lo strumento previsto dall'art. 3, comma 13 del D.Lgs. 124/98 e da diverse deliberazioni regionali (DGR 1865/19, DGR 7766/18, ecc).

In caso di mancato riscontro, provvederò a richiedere il rimborso delle spese sostenute presso una struttura sanitaria privata.

Ai sensi del D.Lgs. n.196/2003, il sottoscritto autorizza il trattamento dei propri dati per le finalità della presente richiesta.

Luogo e Data: _____

Firma: _____

Note:

1. **Tempistiche di Presentazione:** Il modulo deve essere presentato entro un tempo ragionevole dalla data in cui si sarebbe dovuta effettuare la prestazione.
2. **Documentazione Completa:** Assicurarsi di allegare tutta la documentazione necessaria per facilitare la procedura di rimborso.

Questo modulo può essere personalizzato e presentato all'azienda sanitaria di riferimento per richiedere il rimborso delle spese sostenute a causa di prestazioni sanitarie non erogate entro i tempi massimi previsti.

PARTE B.– DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO DELL'UNITA' OPERATIVA CHE AVREBBE DOVUTO EROGARE LA PRESTAZIONE SANITARIA.

Con la presente, il sottoscritto dott. _____
del Poliambulatorio _____

DICHIARA

che il Sig. _____ non ha effettuato le prestazioni sanitarie di cui alla
quietanza n. _____ emessa il _____ dall'Uff. Ticket del
Poliambulatorio _____

per i seguenti motivi:

- improvvisa assenza/indisponibilità del medico preposto all'attività ambulatoriale;
- guasto apparecchiatura;
- rinuncia del paziente, che ha provveduto a disdire la prenotazione (almeno 24 ore prima);

PALERMO, _____

(timbro e firma del medico che rilascia la dichiarazione)