



Domanda n. \_\_\_\_\_

Ricevuta il \_\_\_\_\_

L'impiegato \_\_\_\_\_

**ASST della provincia di PAVIA  
V.LE INDIPENDENZA 3  
27100 PAVIA****Domanda di rimborso per prestazioni sanitarie  
(ex art. 34 del Regolamento C.E.E. 574/72)**

La/Il sottoscritta/o \_\_\_\_\_ nata/o il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Carta Regionale n. \_\_\_\_\_ Codice fiscale: \_\_\_\_\_

Codice IBAN:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**CHIEDE**

il rimborso della spesa di € \_\_\_\_\_ <sup>(1)</sup> sostenuta per prestazioni sanitarie cui ha dovuto far ricorso dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per se/ per il familiare \_\_\_\_\_ durante un temporaneo soggiorno in \_\_\_\_\_  
(cognome, nome, relaz. parentela)

Documenti allegati in originale:

	(2)	(3)
1)	_____	_____
2)	_____	_____
3)	_____	_____
4)	_____	_____
5)	_____	_____
6)	_____	_____
7)	_____	_____
8)	_____	_____
9)	_____	_____

Totale: \_\_\_\_\_

Dichiara di aver usufruito dell'assistenza sanitaria all'estero per i seguenti motivi: <sup>(4)</sup>

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Dichiara inoltre di non essersi recato all'estero al solo scopo di ricevere cure.

\_\_\_\_\_

Data <sup>(5)</sup>

\_\_\_\_\_

Firma

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.

#### **NOTE**

- (1) L'importo della spesa deve essere indicato nella valuta dello stato estero
- (2) Sigla della valuta dello stato estero
- (3) Importo riferito al singolo documento prodotto
- (4) 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
- (5) 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.

Domanda n. \_\_\_\_\_ Assistito: \_\_\_\_\_

### 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 UE – Convenzioni Bilaterali;

Accertato che l'assistito non si è recato all'estero con lo scopo specifico di ricevere cure;

Esaminata la documentazione sanitaria si esprime parere \_\_\_\_\_  
sulla necessità delle sottoelencate prestazioni:

- Prestazioni ospedaliere
- Prestazioni medico-generiche
- Prestazioni specialistiche
- Prestazioni farmaceutiche
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
IL MEDICO RESPONSABILE

## **NOTA ESPLICATIVA**

All'atto della richiesta di rimborso l' ASST dovrà verificare la titolarità del diritto dell'assistito in base alla regolamentazione comunitaria.

I documenti relativi alla richiesta di rimborso dovranno essere acquisiti in **originale** . Inoltre dovrà risultare chiara la ragione per cui l'assistito ha usufruito dell'assistenza sanitaria all'estero, nonché il tipo di cure cui è stato sottoposto, affinché il sanitario possa esprimere un motivato parere sulla necessità delle prestazioni sanitarie.

Verificata la sussistenza dei requisiti richiesti dall'art. 34 del Regolamento C. E. E. n° 574/ 72 circa l'ammissibilità del rimborso stesso e acquisito il parere favorevole del sanitario, l' ASST, a mezzo modello E126, chiederà all' istituzione estera la tariffazione delle spese sanitarie ammesse al rimborso, avendo cura di trasmettere la documentazione in originale.

A ricezione della tariffazione, tenuto conto delle eventuali osservazioni formulate dalla Cassa estera, si procederà al rimborso delle spese per prestazioni sanitarie.