

Ricevuta il .....

.....

Spett.le  
AZIENDA USL di Piacenza  
Ufficio Mobilità Internazionale

**DOMANDA DI RIMBORSO SPESE PER PRESTAZIONI SANITARIE  
-ex art. 25 lett. B del Regolamento UE 987/09**

Il sottoscritto .....

nato a ..... il .....

Codice fisc..... residente in .....

Via ..... n. ....

tel. .... email .....

**CHIEDE**

il rimborso della spesa pari a ..... sostenuta all'estero per prestazioni sanitarie:

**CURE MEDICALMENTE NECESSARIE**

ai sensi dell'art. 25 lett. B del Regolamento UE 987/09, con applicazione delle **tariffe previste dal Paese comunitario di dimora**

dal ..... al ..... per sé /per il familiare .....

.....nato il ..... tessera iscrizione n.....

*cognome nome e relazione di parentela*

durante il temporaneo soggiorno in .....(1)

Documenti allegati in originale :

1) .....

2) .....

3).....

4).....

5).....

6) .....

TOTALE .....

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

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Data. ....(3)

L'assistito

.....

**BONIFICO BANCARIO** (indicare coordinate del conto corrente nella sezione dedicata a pagina 4 )

**RIMESSA DIRETTA**

**AVVERTENZE PER L'ASSISTITO**

**L'eventuale rimborso non potrà eccedere le spese sostenute dall'assistito, né includere la quota ticket a carico dell'assistito.**

**NOTE**

- (1) Deve essere indicato lo Stato dell'U.E./S.E.E - Svizzera. e la località in cui si è fatto ricorso alle prestazioni sanitarie urgenti.
- (2) 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 della effettuazione della relativa spesa dovrà essere motivato il ritardo nella presentazione della richiesta di rimborso (Art. 3 comma 3 D.P.R. 24/11/2017 n° 224) , in caso di applicazione del Regolamento comunitario, oppure di oltre due mesi, in caso di applicazione del D.Lgs. N° 38/2014.

## **PARERE DEL SANITARIO RELATIVO A CURE MEDICALMENTE NECESSARIE**

### **ai sensi dell'art. 25 lett. B del Regolamento UE 987/09**

Tenuto conto di quanto dichiarato dall'assistito nella domanda di rimborso spese per prestazioni sanitarie usufruite in uno degli Stati membri della U.E. / S.E.E. – Svizzera, durante un temporaneo soggiorno

esaminata la documentazione sanitaria dalla quale si deduce che:

- le cure fruite non erano programmate e si sono rivelate medicalmente indispensabili

- le prestazioni fruite all'estero sono le seguenti:

- 1) prestazioni ospedaliere;
- 2) prestazioni medico – generiche;
- 3) prestazioni specialistiche;
- 4) prestazioni farmaceutiche.

**si esprime parere .....**

ai sensi dell'art. 25 lett. B del Regolamento UE 987/09, alla trasmissione alla competente istituzione sanitaria del **Paese comunitario di dimora**, con applicazione delle **tariffe di rimborso ivi previste**

Diagnosi:

.....  
.....

Data .....

IL MEDICO RESPONSABILE

.....

**COMUNICAZIONE DATI ANAGRAFICI SOGGETTI GAAC  
BENEFICIARI PERSONE FISICHE**

**Sezione 1  
DATI ANAGRAFICI**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ COMUNE (O STATO ESTERO) DI NASCITA \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_ CODICE IDENTIFICATIVO ESTERO \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

DOMICILIO FISCALE A \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

CELLULARE \_\_\_\_\_ INDIRIZZO E-MAIL \_\_\_\_\_

P.E.C. \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

**COMUNICA**

all'Azienda i dati sopra indicati ai fini della gestione delle posizioni contabili e i seguenti estremi identificativi del c/c bancario su cui ricevere i pagamenti.

**Sezione 2  
MODALITA' DI PAGAMENTO**

*(Barrare in alternativa una delle caselle sotto riportate e compilare obbligatoriamente tutti i campi indicati)*

<input type="checkbox"/>	ACCREDITO SU <b>CONTO CORRENTE BANCARIO (IBAN)</b> A ME INTESATATO PRESSO: BANCA _____ Agenzia _____ <b>IBAN:</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><thead><tr><th style="width: 15%;">ID NAZ</th><th style="width: 15%;">COD</th><th style="width: 15%;">CIN</th><th style="width: 15%;">ABI</th><th style="width: 15%;">CAB</th><th style="width: 15%;">CONTO</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></tbody></table> <b>SWIFT</b> _____ per bonifici estero	ID NAZ	COD	CIN	ABI	CAB	CONTO						
ID NAZ	COD	CIN	ABI	CAB	CONTO								
<input type="checkbox"/>	ACCREDITO SU <b>CONTO CORRENTE BANCARIO (NO IBAN)</b> A ME INTESATATO PRESSO Banca / Bank _____ Agenzia / Branch _____												

N° Conto / Account Number	_____
Swift Code	_____
ABA / BSB / ROUTING / TRANSIT	_____ per bonifici estero

Il sottoscritto inoltre:

- *si impegna a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione rispetto alla presente dichiarazione;*
- dichiara di aver preso atto dell'informativa generale sul trattamento dei dati personali dell'Azienda ..... ai sensi dell'art.13 del regolamento UE 2016/679.

Data

Firma