SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna
Ufficio Estero

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

DOMANDA DI RIMBORSO

ASSISTENZA SANITARIA TRANSFRONTALIERA

D.Lgs n. 38 del 28/2/2014 di recepimento della Direttiva 2011/24/UE

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a_____il_____

Residente a _____ via _____

_____ n. civ. _____Tel._____

C.F.:_____

Chiede

- ☐ Per sé
- ☐ in qualità di _____**per**
  (genitore, amministratore di sostegno)

_____
(Cognome) (Nome)

Nato/a_____il_____

Residente a _____

via_____n._____

C.F.:_____

Ai sensi dell'art. 10 del D.Lgs n. 38 del 28/2/2014, il rimborso dei costi relativi alla prestazione

- ☐ RICOVERO ORDINAIO
- ☐ RICOVERO DIURNO
- ☐ AMBULATORIALE

Indicazione Diagnostica o terapeutica:

_____

Prestazione sanitaria_____

erogata in data_____

Si allegano:

Azienda USL di Bologna
Sede Legale: Via Castiglione, 29 - 40124 Bologna
Tel. +39.051.6225111 fax +39.051.6584923
Codice fiscale e Partita Iva 02406911202

- ☐ Prescrizione del medico su ricettario del SSN (ricetta rossa)
- ☐ Fattura in originale quietanzata emessa dal prestatore di assistenza sanitaria
- ☐ Certificazione medica in originale

Data:

Firma dell'assistito

_____

(o di chi ne fa le veci)

_____

(a cura dell'AUSL)

ESITO:

- ☐ Positivo
- ☐ Negativo

Costo della prestazione sanitaria da rimborsare: euro_____

Motivazione del mancato rimborso:_____

_____

Data

Firma/timbro AUSL

Azienda USL di Bologna
Sede Legale: Via Castiglione, 29 - 40124 Bologna
Tel. +39.051.6225111 fax +39.051.6584923
Codice fiscale e Partita Iva 02406911202