

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi</p>	<p>MODULO RICHIESTA DI RIMBORSO PAGAMENTO PRESTAZIONE SANITARIA</p>	<p>RA 46 Rev. 0 Appl. 25.05.2020</p>
--	--	---

Il rimborso di quanto pagato può essere chiesto entro e non oltre 30 giorni dalla data dell'appuntamento della prestazione o dalla data di accesso al Pronto Soccorso.

Modulo da inviare a ticketsom@pec.aosp.bo.it

I campi con asterisco * sono obbligatori

IL SOTTOSCRITTO *

Cognome* _____ Nome* _____

CodiceFiscale* _____

Comune di residenza* _____ Provincia* _____

CAP _____ Indirizzo* _____ N° civico* _____

Telefono* (fisso e/o cellulare) _____

Indirizzo di posta elettronica* _____

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445/2000, in qualità di (barrare la voce di interesse)

IN QUALITA' DI *

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> 1) Diretto interessato | <input type="radio"/> 2) Genitore del minore |
| <input type="radio"/> 3) Tutore/curatore/amministratore di sostegno | <input type="radio"/> 4) Altro |

Specificare i dati della persona per la quale si chiede il rimborso (caso 2,3,4)

Cognome* _____ Nome* _____

CodiceFiscale* _____

CHIEDO IL RIMBORSO DI: *

- Ticket di Specialistica Ambulatoriale
- Tariffa di Specialistica Ambulatoriale in regime di Libera Professione
- Ticket di Pronto soccorso

Data dell'appuntamento della prestazione o dell' accesso al Pronto Soccorso* _____

Importo pagato * _____ Importo da Rimborsare* _____

CHIEDO IL RIMBORSO PER LE SEGUENTI MOTIVAZIONI *

- Prestazione **non erogata** dal servizio/professionista (allegare dichiarazione del servizio)
 - Prestazione in regime SSN **non erogata** per volontà dell'utente e disdettata in tempo utile
 - Prestazione in regime SSN **non erogata** per volontà dell'utente e non disdettata o tardiva disdetta e in presenza di giustificazione da allegare (allegare giustificazione – vedi esempi in allegato \$)
 - Prestazione in regime Libero Professionale **non erogata** per volontà dell'utente
 - Per rinuncia prestazione in relazione alla situazione d'emergenza COVID19
 - Prestazione erogata al Pronto Soccorso per titolarità di esenzione certificata (allegare copia tesserino esenzione)
 - Prestazione erogata al Pronto Soccorso per la quale si ritiene non dover pagare (specificare la motivazione)
 - Duplice pagamento per la stessa prestazione
 - Errore di determinazione dell'importo in relazione alla prestazione erogata
 - Prestazione erogata diversa da quella prenotata
 - Prestazione eseguita in regime libero professionale per rinuncia dell'onorario da parte del medico
 - Altro _____
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi</p>	<p>MODULO RICHIESTA DI RIMBORSO PAGAMENTO PRESTAZIONE SANITARIA</p>	<p>RA 46 Rev. 0 Appl. 25.05.2020</p>
--	--	---

CHIEDO DI RICEVERE IL RIMBORSO

tramite accredito su conto corrente bancario o postale

Intestatario del conto corrente

Cognome * _____ Nome* _____

(N.B.: nel caso in cui l’intestatario del conto sia diverso rispetto all’avente diritto al rimborso o dal richiedente, la sottoscrizione del presente modulo costituisce espressa delega all’incasso delle somme indicate)

IBAN (27 caratteri obbligatori) *

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

Importo * _____

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - REGOLAMENTO EUROPEO nr. 2016/679 (GDPR)
Dichiara infine di essere stato informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., sul trattamento dei dati personali raccolti nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. I dati forniti saranno trattati nell’ambito delle attività istituzionali dell’Azienda e nel rispetto delle vigenti disposizioni di legge. Per avere informazioni sul trattamento e sulla tutela dei suoi dati personali, si invita a leggere la pagina internet all’indirizzo www.aosp.bo.it/content/privacy

Data _____ **Firma** _____

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi</p>	<p>MODULO RICHIESTA DI RIMBORSO PAGAMENTO PRESTAZIONE SANITARIA</p>	<p>RA 46 Rev. 0 Appl. 25.05.2020</p>
--	--	---

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- ✓ Copia documento di identità del richiedente il rimborso: **(obbligatoria)**
- ✓ Copia ricevuta di pagamento **(obbligatoria)**
- ✓ Copia documento di identità della persona per la quale si sta chiedendo il rimborso **(obbligatorio in caso di delega)**
- ✓ Tesserino esenzione **(se in possesso del medesimo):**
- ✓ Copia impegnativa **(se in possesso della medesima)**
- ✓ Modulo autorizzazione rimborso rilasciato dal servizio erogatore della prestazione **(se in possesso del medesimo):**

§-Esempio -Documenti comprovanti la giustificazione in caso di mancata o tardiva disdetta appuntamento:

- Malattia: allegare certificato medico - es. giustificativo dell'assenza dal lavoro
- Ricovero presso struttura sanitaria: allegare certificato di ricovero qualora la struttura non sia il Policlinico S.Orsola Malpighi
- Accesso al Pronto Soccorso: allegare verbale di Pronto Soccorso qualora la struttura non sia il Policlinico S.Orsola Malpighi
- Altra prestazione specialistica effettuata in urgenza riguardante il sottoscritto o parente entro 2° grado o coniuge o convivente: allegare certificato qualora la struttura non sia il Policlinico S.Orsola Malpighi
- Nascita di figlio/figlia, entro due giorni antecedenti alla prestazione: allegare certificato di nascita
- Lutto, entro due giorni antecedenti alla prestazione, se riguarda familiari fino al 2° grado di parentela e conviventi/coniuge (in quest'ultimo caso appartenente allo stesso nucleo familiare): allegare certificato di decesso
- Incidente stradale avvenuto entro le 6 ore che precedono l'appuntamento: allegare CID o verbale dell'autorità competente (carabinieri, polizia, polizia municipale)
- Ritardo treni: allegare documento rilasciato dall'ente dei trasporti interessato (TPER, Ferrovie dello Stato, etc.)
- Calamità naturali: allegare documentazione comprovante