

DOMANDA DI RIMBORSO PER PRESTAZIONI SANITARIE VARIE

| | | |
|----------------------|---------------|----|
| Il/la sottoscritto/a | | |
| Nato/a a | Prov. | il |
| Residente a | via/fraz/loc. | |

Codice fiscale

sotto la propria responsabilità,

CHIEDE**Il rimborso della spesa sostenuta per:** se stesso per il minore _____ per il quale esercita la potestà parentale
Cognome e nome, data di nascita

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> TRATTAMENTI DIALITICI Effettuati in VDA e fuori Regione | <input checked="" type="checkbox"/> SOGGIORNI CLIMATICI E TERAPEUTICI Per soggetti invalidi |
| <input type="checkbox"/> TRAPIANTI D'ORGANO Effettuati in Italia | <input type="checkbox"/> TICKET NON DOVUTO |
| <input type="checkbox"/> TERAPIA RADIANTE E CICLI DI CHEMIOTERAPIA Non effettuabili in Valle d'Aosta | <input type="checkbox"/> VISITE OCCASIONALI Ambulatoriali/domiciliari |
| <input type="checkbox"/> VACCINI IPOSENSIBILIZZANTI CURATIVI DELLE MALATTIE ALLERGICHE | <input type="checkbox"/> PRESTAZIONI SANITARIE USUFRUITE NEGLI STATI MEMBRI UE (Unione Europea) |

Che il contributo sia accreditato sul c/c bancario/postale:

Codice IBAN

Allega alla presente fotocopia del documento di identità (in caso di consegna della domanda da parte di un terzo).

L'assistito deve aver sottoscritto il consenso al trattamento dei dati da parte dell'Azienda USL Valle d'Aosta

IL SOTTOSCRITTO

Data _____

N.B. NON vengono rilasciate copie della documentazione allegata alla presente domanda

RIMBORSO DA EROGARE AI SOGGETTI INVALIDI DI GUERRA E CATEGORIE EQUIPARATE CHE USUFRUISCONO DI CURE TERMALI O SOGGIORNI CLIMATICIE TERAPEUTICI

Delibera DG 341/2016

Richiesta di rimborso delle spese sostenute per cure termali o soggiorni climatici e terapeutici.

Sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

di aver effettuato le cure termali o soggiorni climatici e terapeutici presso _____
dal _____ al _____ per un totale di giorni _____

Requisiti per ottenere il rimborso:

L'Azienda USL Valle d'Aosta riconosce tali rimborsi agli assistiti **iscritti al Servizio Sanitario Regionale, residenti e domiciliati in Valle d'Aosta**. Tali requisiti devono perdurare sia al momento dell'erogazione delle prestazioni che a quello della presentazione della domanda.

Documentazione obbligatoria da allegare alla domanda:

- Fotocopia dell'istanza che attesta il riconoscimento dell'invalidità di guerra o di servizio o di altre categorie equiparate
- Fotocopia della ricetta del Servizio Sanitario Regionale rilasciata dal Medico curante relativa alla prescrizione del ciclo di cure
- Fattura/ricevuta fiscale attestante il periodo di soggiorno

La documentazione comprovante la spesa sostenuta deve essere presentata **entro e non oltre il termine di 60 giorni** dalla data di emissione.

Conclusione del procedimento

La pratica di rimborso si concluderà entro 60 giorni dalla data di presentazione della domanda. I suddetti termini saranno sospesi nel caso in cui le domande siano presentate nel primo trimestre di ogni anno, corredate da fatture emesse dopo il 1° gennaio di ogni anno solare di riferimento, in quanto in attesa del recepimento del finanziamento.

Data,

IL SOTTOSCRITTO