DOMANDA DI RIMBORSO PER PRESTAZIONI SANITARIE VARIE

Il/la sottoscritta
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

☐ **TRATTAMENTI DIALITICI** Effettuati in VDA e fuori Regione	☐ **SOGGIORNI CLIMATICI E TERAPEUTICI** Per soggetti invalidi
☐ **TRAPIANTI D'ORGANO** Effettuati in Italia	☐ **TICKET NON DOVUTO**
☐ **TERAPIA RADIANTE E CICLI DI CHEMIOTERAPIA** Non effettuabili in Valle d'Aosta	☐ **VISITE OCCASIONALI** Ambulatoriali/domiciliari
☒ **VACCINI IPOSENSIBILIZZANTI CURATIVI DELLE MALATTIE ALLERGICHE**	☐ **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**

ESTRATTI IPOSENSIBILIZZANTI CURATIVI DELLE MALATTIE ALLERGICHE

DGR 1241/2019 - All. D – art. 4-5

L'Azienda USL Valle d'Aosta erogherà, in forma indiretta, agli assistiti residenti in Valle d'Aosta, estratti iponsensibilizzanti curativi delle malattie allergiche, su presentazione della prescrizione di un medico specialista del Servizio sanitario Nazionale e della fattura quietanzata.
Il rimborso, escluse le spese di spedizione, sarà nella misura del:

- **60% del costo dell'estratto iposensibilizzante per i minori compresi nella fascia di età da zero a 14 anni**
- **40% del costo dell'estratto iposensibilizzante per gli altri assistiti.**

L'Azienda USL Valle d'Aosta rimborserà in misura intera (100%) la spesa per il vaccino iniettivo per imenotteri, in quanto farmaco "salvavita".

Allega alla domanda:

1. fatture quietanziate:

   n. _____ del _____

   n. _____ del _____

   n. _____ del _____

2. impegnativa rilasciata su ricettario del Servizio Sanitario Regionale dal Medico Specialista iscritto al Servizio Sanitario Nazionale.

Per ottenere il rimborso, gli assistiti presentano, a pena di esclusione, istanza all'Azienda USL Valle d'Aosta - con il presente modulo - **entro il termine perentorio di 60 giorni dalla data della fattura,** in caso di necessità di acquisire ulteriore documentazione, il termine perentorio è sospeso per una sola volta e per un periodo non superiore a 30 giorni.

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

_____