

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

<input type="checkbox"/> TRATTAMENTI DIALITICI Effettuati in VDA e fuori Regione	<input 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

NEFROPATICI CRONICI IN TRATTAMENTO DIALITICO

DGR 1241/2019 - All. A – art. 10

L'Azienda USL Valle d'Aosta è autorizzata a rimborsare le spese di trasporto per trattamenti di dialisi effettuati da soggetti nefropatici **in Regione e fuori dal territorio regionale** in occasione delle vacanze o di soggiorni temporanei.

Sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

Di aver effettuato le sedute dialitiche presso il servizio dialisi con sede in _____

di aver utilizzato mezzi di trasporto pubblici (autobus e treno) sostenendo una spesa di € _____ per il tragitto da _____ a _____ (n. _____ ricevute allegate). **Il rimborso viene riconosciuto limitatamente alla tariffa prevista per la "classe economica".**

di aver utilizzato auto privata, taxi o autonoleggio, per il tragitto da _____ a _____ (allega eventuale ricevuta pedaggio autostradale o fattura Telepass). **Il rimborso viene riconosciuto nella misura di 1/5 del costo della benzina al litro per km percorsi (anche nel caso di utilizzo di taxi o autonoleggio) ed eventuali pedaggi autostradali.**

Requisiti per ottenere il rimborso:

L'Azienda USL Valle d'Aosta rimborsa le spese di trasporto agli assistiti **RESIDENTI in Valle d'Aosta.**

Documentazione obbligatoria da allegare alla domanda entro il termine perentorio di 120 giorni dalla scadenza del trimestre in cui si sono sostenute le spese:

- Dichiarazione sanitaria attestante le date dei trattamenti rilasciata dal centro ospedaliero di riferimento
- Biglietti di viaggio, fatture o ricevute

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 120 giorni dalla scadenza del trimestre in cui si sono sostenute le spese per i trattamenti attestati dal Centro Ospedaliero di riferimento.** 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