

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

**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**

Data \_\_\_\_\_

IL SOTTOSCRITTO

\_\_\_\_\_

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

## RIMBORSO VISITE OCCASIONALI

Delibera DG 460/2016

Richiesta di rimborso per visite occasionali ambulatoriali/domiciliari effettuate al di fuori del proprio comune di residenza secondo le tariffe massime stabilite dagli Accordi Collettivi Nazionali vigenti che regolamentano i rapporti dei Medici di Assistenza Primaria e dei Pediatri Specialisti di Libera Scelta.

### Requisiti per ottenere il rimborso:

L'Azienda USL Valle d'Aosta rimborsa gli 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.

### Allega alla domanda:

1. n. \_\_\_\_\_ ricevute fiscali rilasciate da un Medico convenzionato con il Servizio Sanitario Regionale per un importo pari a € \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_