

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

intestato a: (indicare tutti gli intestatari) _____

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

SPESE DI TRASPORTO PER TERAPIA RADIANTE E CICLI DI CHEMIOTERAPIA (non effettuabili in Valle d'Aosta)

DGR 1241/2019 - All. D – art. 11

Richiesta di rimborso per le spese di trasporto ai soggetti che si sottopongono, in sedi ospedaliere fuori del territorio della Valle d'Aosta, a terapia radiante e a cicli di chemioterapia, compresa l'impostazione del piano di cura e dei controlli previsti nel semestre successivo alla conclusione della terapia, non effettuabili in Valle d'Aosta, ma eseguite presso l'Ospedale di _____

Sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

☐ di aver utilizzato mezzi di trasporto pubblici (autobus e treno) sostenendo le spese 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 dall'inizio dei trattamenti:

- dichiarazione di un medico specialista della struttura competente in oncologia, radiologia/radioterapia dell'Ospedale regionale attestante che le terapie di cui trattasi non sono effettuabili in Valle d'Aosta o presentano tempi di attesa incompatibili con l'efficacia delle cure;
- dichiarazione rilasciata dal Centro di cura ospedaliero extraregionale attestante le date dei trattamenti effettuati, compresa l'impostazione del piano di cura;
- 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** dall'inizio del ciclo di terapia. 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
