

**Rimborso per assistenza sanitaria presso strutture private altamente specializzate in Italia
(L.R. 66/77) preventivamente autorizzate dalla Regione**

Presentazione di istanza di parere alla Comm. San. Reg.le, corredata di:

- certificazione / relazione specialistica rilasciata da struttura sanitaria pubblica che attesti la necessità che il malato sia sottoposto alle cure del caso;

- cartella clinica;

certificato dell'ospedale che attesti la data di ricovero e di dimissioni del paziente, oppure di inizio e termine delle terapie effettuate;

- dichiarazione di non convenzionamento e di non incompatibilità del personale medico

- dichiarazione del centro pubblico più vicino al luogo di residenza competente per branca specialistica in cui chiaramente sia esplicitata l'impossibilità di ricovero immediato o per lunga lista d'attesa o impossibilità alla effettuazione della prestazione;

- autorizzazione rilasciata dall'autorità competente, alla struttura privata ad esercitare l'attività professionale specialistica per la quale è richiesta la prestazione

- documentazione sanitaria (cartelle cliniche-referti di esami eseguiti(TAC-RMN-ESAMI LABORATORI)

-documentazione amministrativa:

-tessera sanitaria

-dich. Sost. di certificazione (art. 46 DPR 445 del 28/12/2000)(residenza- stato di famiglia – reddito complessivo nucleo familiare)

- preventivo di spesa

Istanza in sanatoria (L.R.66/77 e 20/86) da presentare entro un mese dalla dimissione dell'avvenuto ricovero corredata di:

- certificazione specialistica rilasciata dalla struttura pubblica attestante estrema urgenza, fattura di spesa,

- documentazione sanitaria e amministrativa richiesta per L.R.66/77

RICHIESTA DI RIMBORSO SOSTENUTE PER SPESE SANITARIE

(Riquadro da compilarsi a cura dell'assistito o di un suo familiare)

Spett. *A. S. P.* n. _____

_____ l' _____ sottoscritt _____ nat _____ il _____

a _____ codice fiscale _____

residente in _____ via _____

chiede che vengano concessi i benefici previsti dalla l.r. 66/77 al _____ sig. _____

nat. _____ il _____ a _____ codice fiscale _____

residente in _____ via _____

il quale dovrà recarsi a _____ presso il centro _____

per usufruire di prestazioni sanitarie.

Fa presente che, come da certificazione sanitaria allegata, le condizioni del paziente **NECESSITANO** **NON NECESSITANO** della presenza di un accompagnatore.

Mezzo di trasporto richiesto _____

_____ (data) _____

ALLEGATI :

- Copia codice fiscale del richiedente e del beneficiario
- Certificazione medico-specialistica con diagnosi e piano terapeutico rilasciata da struttura pubblica regionale
- Referti esami strumentali _____
- Relazione precedente ricovero o trattamento ambulatoriale

FIRMA

(Riquadro da compilarsi a cura della azienda USL)

ALLEGATI PRODOTTI DALLA AZIENDA USL

- Copia ultimo parere della commissione sanitaria regionale
-

Estremi del protocollo della presente istanza : n. _____ del _____

Firma dell'addetto al servizio
