

RICHIESTA RIMBORSO TICKET

Il sottoscritto/a

nome _____ cognome _____
nato/a il _____ a _____ prov. _____ stato di nascita _____
nazionalità _____ codice fiscale _____
residente a _____ prov. _____ CAP _____ via _____ n. _____
telefono (fisso o mobile) _____ e-mail (facoltativa) _____

in qualità di:

diretto interessato familiare altro (specificare) _____

di: nome _____ cognome _____
nato/a il _____ a _____ prov. _____ grado di parentela (specificare) _____
residenza (se diversa) _____ codice fiscale _____

CHIEDE

il rimborso della somma di € _____, ricevuta n. _____ del _____

erroneamente corrisposta a fronte di:

(indicare la prestazione effettuata) _____

fruita in data _____ presso _____

per i seguenti motivi:

A tal fine si allega, oltre alla ricevuta di pagamento, l'eventuale documentazione (Impegnativa / Giustificativo per prestazione non effettuata rilasciato dal Medico erogante e/o ambulatorio) attestante il diritto al rimborso.

Il/la sottoscritto/a richiede che il rimborso sia effettuato con accredito su c/c bancario n. _____ intestato

a _____ Codice IBAN _____.

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. Lgs. 196/2003 ("PRIVACY"): "Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati in conformità al D.Lgs 196/2003 ss.m.i. dall'ASL CN1 esclusivamente ai fini del presente procedimento e che potrà reperire ulteriori informazioni sulle modalità di utilizzo degli stessi sul sito internet aziendale nonché presentando richiesta all'Ufficio Relazioni con il Pubblico".

data _____ firma (per esteso) _____

Cittadino riconosciuto a mezzo documento n. _____ del _____

Riservato ASL CN1

Operatore responsabile della pratica di rimborso (sportello nome firma) _____

INFORMAZIONI

A COSA SERVE IL MODULO

Il presente modulo serve agli assistiti che, in base alla normativa vigente, possono richiedere il rimborso del ticket pagato per prestazioni di tipo diverso (prestazioni non effettuate, prestazioni effettuate solo parzialmente, prestazioni erogate in difformità a quanto prescritto). A tal fine deve essere consegnato presso qualunque sportello cassa o dell'ospedale o del territorio.

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

Il modulo di richiesta è compilato dall'interessato o, in alternativa, dai soggetti sotto indicati:

- genitore esercente la potestà
- tutore
- interessato con assistenza del curatore
- coniuge, figlio o altro parente in linea diretta fino al 3° grado

MODALITA' DI CONSEGNA DEL MODULO ALL'ASL

Il modulo può essere:

- a) firmato e consegnato di persona presso qualunque sportello cassa o dell'ospedale o del territorio ASL CN1
- b) firmato e spedito per posta, telefax, da PEC o da casella di posta elettronica ordinaria all'indirizzo: protocollo@aslcn1.legalmailPA.it,
- c) firmato digitalmente e trasmesso mediante invio telematico da PEC all'indirizzo: protocollo@aslcn1.legalmailPA.it.

Avvertenze

- NON sono rimborsabili:
 - le prestazioni pagate, non effettuate e non disdettate entro i termini previsti
 - le prestazioni per le quali non sia stato indicato sull'impegnativa il codice di esenzione per patologia, anche se aventi diritto
 - le prestazioni per le quali non sia stato indicato sull'impegnativa il codice di esenzione per reddito, anche se titolari di esenzione.
- Alla richiesta inviata con le modalità indicate al punto b) deve essere allegata fotocopia di documento di identità in corso di validità del richiedente
- se la richiesta viene fatta da una persona delegata è obbligatorio allegare delega scritta alla compilazione della presente richiesta e fotocopia del documento di identità in corso di validità del delegante
- si ricorda che l'utilizzo di casella di posta elettronica ordinaria non garantisce la riservatezza dei dati durante la trasmissione

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- Ricevuta di pagamento Ticket si cui si richiede il rimborso (in originale)
- Eventuale documentazione attestante il diritto al rimborso richiesto

MODALITÀ E TERMINI DI RISPOSTA

Il rimborso ticket viene effettuato dalla S.C. Bilancio e Contabilità su richiesta del Servizio competente.

RIFERIMENTI

Sportelli cassa distrettuali	http://www.aslcn1.it/assistenza-territoriale/sportelli-cassa-distrettuali/
Punti cassa dei Presidi ospedalieri	http://www.aslcn1.it/azienda/sovrintendenza-sanitaria-del-presidi-ospedalieri/cup/sportelli-cassa/