

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE

Per tutte le tipologie di richieste sopra riportate, è necessario allegare il documento di identità.

1. TRASPORTO PER DIALISI CON MEZZO PROPRIO/MEZZO PUBBLICO

- DOMANDA DI RIMBORSO DA PRESENTARE ENTRO 60 GIORNI DAL MESE DI EFFETTUAZIONE DELLA DIALISI
- DICHIARAZIONE MENSILE RILASCIATA DAL CENTRO DIALISI, CON INDICAZIONE DEI GIORNI E DEL NUMERO DELLE SEDUTE DIALITICHE
- PER TRASPORTO CON MEZZO PROPRIO: DICHIARAZIONE DEI KM A/R DEI VIAGGI EFFETTUATI
- PER TRASPORTO CON MEZZO PUBBLICO: BIGLIETTI A.T.M.

2. TRASPORTO PER DIALISI FUORI DAL COMUNE DI RESIDENZA CON MEZZO PROPRIO/MEZZO PUBBLICO

- DOMANDA DI RIMBORSO DA PRESENTARE ENTRO 60 GIORNI DAL MESE DI EFFETTUAZIONE DELLA DIALISI
- DICHIARAZIONE MENSILE RILASCIATA DAL CENTRO DIALISI CON INDICAZIONE DEI GIORNI E DEL NUMERO DELLE SEDUTE DIALITICHE
- DICHIARAZIONE DEL CENTRO DIALISI PIU' VICINO AL PROPRIO DOMICILIO, ATTESTANTE LA MANCANZA DI POSTI DISPONIBILI PER IL TRATTAMENTO DIALITICO, QUALORA IL CENTRO DIALISI INDIVIDUATO DALL'ASSISTITO SIA DISTANTE DAL PROPRIO DOMICILIO
- PER TRASPORTO CON MEZZO PROPRIO: DICHIARAZIONE DEI KM A/R DEI VIAGGI EFFETTUATI

3. TRASPORTO PER DIALISI FUORI DAL COMUNE DI RESIDENZA CON AMBULANZA/PULMINO/AUTOVETTURA DELLE ASSOCIAZIONI DI TRASPORTO *Saranno rimborsate le spese di trasporto, di cui alla DGR Lombardia n. 4702/2015, effettuate con il medesimo mezzo autorizzato dal centro dialisi di residenza. Il rimborso non potrà superare l'ammontare della spesa effettivamente sostenuta.*

- DOMANDA DI RIMBORSO DA PRESENTARE ENTRO 60 GIORNI DAL MESE DI EFFETTUAZIONE DELLA DIALISI
- DICHIARAZIONE RILASCIATA DAL CENTRO DIALISI CON INDICAZIONE DEI GIORNI E DEL NUMERO DELLE SEDUTE DIALITICHE
- ORIGINALE FATTURA/RICEVUTA QUIETANZATA DELL'ASSOCIAZIONE DI TRASPORTO, CON INDICAZIONE DEL MEZZO UTILIZZATO, DEL NUMERO, DEI GIORNI E DEI CHILOMETRI A/R DEI VIAGGI EFFETTUATI.
- DICHIARAZIONE DEL CENTRO DIALISI PIU' VICINO AL PROPRIO DOMICILIO, ATTESTANTE LA MANCANZA DI POSTI DISPONIBILI PER IL TRATTAMENTO DIALITICO, QUALORA IL CENTRO DIALISI INDIVIDUATO DALL'ASSISTITO SIA DISTANTE DAL PROPRIO DOMICILIO

4. TRATTAMENTI DIALITICI FUORI DAL COMUNE DI RESIDENZA IN REGIME PRIVATO PREVENTIVAMENTE AUTORIZZATI

- DOMANDA DI RIMBORSO DA PRESENTARE ENTRO 90 GIORNI DALLA DATA DELLA FATTURA
- FATTURA QUIETANZATA INTESATA ALL'ASSISTITO, CON L'INDICAZIONE DEL NUMERO E DELLA TIPOLOGIA DEI TRATTAMENTI EFFETTUATI
- SCHEDA DIALITICA CON LA TIPOLOGIA DI TRATTAMENTO EFFETTUATO NEL CENTRO DIALISI DI RESIDENZA

5. DIALISI DOMICILIARE

- DOMANDA DI RIMBORSO DA PRESENTARE ENTRO 30 GIORNI DALLA FINE DEL TRIMESTRE DI RIFERIMENTO DEL TRATTAMENTO
- DICHIARAZIONE TRIMESTRALE DEL CENTRO DIALISI ATTESTANTE I MESI IN CUI SONO STATE EFFETTUATE LE DIALISI

Spazio riservato all'operatore di ASST NORD MILANO

Importo da pagare € _____

Data _____

Responsabile del Procedimento _____

Responsabile dell'Istruttoria _____