

Sistema Socio Sanitario  <b>Regione Lombardia</b> <b>ASST Nord Milano</b>	<b>MODULO</b> <b>RICHIESTA ONLINE DI RIMBORSO</b> <b>TICKET/FATTURA PER PRESTAZIONI NON</b> <b>EROGATE</b>	Rev. 2	Pag. 1 di 3
		ASSTNM-M-283	

All'Asst Nord Milano  
 Viale Matteotti, 83  
 20099 Sesto SG (MI)

Il/La sottoscritto/a .....

Nato/a a ..... il ...../...../.....

Codice fiscale .....

Residente a ..... Via ..... n. ....

Tel. ....

E-mail: .....

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii., sotto la propria responsabilità

**DICHIARA DI ESSERE**

Il diretto interessato (o suo delegato)

Da compilare il caso di delega: Nome e Cognome del delegato .....
Nato/a a ..... il ...../...../.....
Codice fiscale .....

Il genitore del minore .....

Nato il ..... a ..... (.....)

Il tutore            Il curatore            l'Amministratore di sostegno

di .....

Nato il ..... a ..... (.....)

**CHIEDE**

all'ASST Nord Milano il rimborso della somma di € .....  
 (in lettere ..... ) mediante accredito in c/c bancario

intestato a .....

IBAN .....

Banca .....

(allegando la ricevuta/fattura attestante il pagamento)

Il/La sottoscritto/a in data ..... non ha usufruito della prestazione sanitaria per i seguenti motivi:

- pagamento Ticket in eccesso rispetto al dovuto;
- prestazione sanitaria SSN annullata regolarmente (disdetta effettuata con almeno 2 giorni lavorativi di anticipo rispetto alla data dell'appuntamento) attraverso i canali di prenotazione (sportello CUP, call center regionale, FSE);
- mancata/errata trascrizione del codice esenzione sulla ricetta (solo dietro presentazione di una nuova ricetta che riporta il codice esenzione corretto e solo se la prestazione sanitaria non è stata erogata);
- mancata fruizione della prestazioni sanitaria su indicazione del Medico presso l'ambulatorio (allegare copia autorizzazione del Medico per prestazione non effettuata e compilare sezione riservata al personale sanitario);
- mancata fruizione della prestazione per motivi organizzativi e/o tecnici della struttura (da compilare sezione riservata al personale sanitario);
- altro.....(v. pagina 3/3)

**RISERVATO ALL'OPERATORE DELL'ASST NORD MILANO**

Dopo aver verificato che la prestazione oggetto dell'allegata ricevuta/fattura non è stata erogata e dopo aver esaminato la documentazione allegata:

si provvede allo storno/nota di credito e al rimborso della ricevuta/fattura n. .... emessa in data ..... pari ad € ..... (in lettere .....)

non si provvede

Timbro e Firma dell'Operatore

Luogo e data, .....

**Informativa al trattamento dati personali ai sensi degli artt. 13-14 Reg. UE 2016/679:**

In riferimento all'informativa relativa al trattamento dei dati personali per finalità istituzionali da lei letta ed esposta presso le sedi dell'Ente si comunica che i dati di cui sopra verranno trattati dall'Ente ai sensi art. 6 par. 1 lett. c) (*Adempimento di obblighi di legge cui è soggetto il titolare del trattamento*) ed, eventuale, art. art. 9 par.2. lett. f) (*Accertamento, esercizio o difesa di un diritto in sede giudiziaria*) del Reg. UE 2016/679 ai fini dell'espletamento della procedura di rimborso in argomento.

Il Richiedente

.....

Luogo e data, .....

Si allegano:

- copia del documento d'identità di chi richiede il rimborso ( e dell'eventuale suo delegato);
- copia dell'avvenuto pagamento (scontrino POS o carta di credito, quietanza di pagamento, ricevuta PAGOPA);
- copia della ricevuta/fattura di pagamento;
- copia della documentazione attestante eventuale motivo di giustificazione (all.to pag.3).

N.B. la prestazione rimborsata non può essere portata a detrazione nella dichiarazione dei redditi



## MOTIVI DI GIUSTIFICAZIONE

### **Ricovero in una struttura sanitaria**

Se il ricovero riguarda l'interessato o i familiari fino al 2° grado di parentela, il coniuge e i conviventi che fanno parte dello stesso nucleo familiare. E' necessario presentare il certificato di ricovero o lettera di dimissione.

### **Accesso al Pronto Soccorso**

Se l'accesso al P.S. riguarda l'interessato oppure i familiari fino al 2° grado di parentela, il coniuge e i conviventi che fanno parte dello stesso nucleo familiare. E' necessario presentare il referto di P.S.

### **Altra prestazione sanitaria effettuata con urgenza**

Se la prestazione sanitaria urgente riguarda l'interessato oppure i familiari fino al 2° grado di parentela, il coniuge e i conviventi che fanno parte dello stesso nucleo familiare. E' necessario presentare la documentazione che attesta la prestazione urgente.

### **Malattia**

Se la malattia riguarda l'interessato oppure i familiari fino al 2° grado di parentela, il coniuge e i conviventi che fanno parte dello stesso nucleo familiare. E' necessario presentare il certificato medico (ad esempio quello per motivare l'assenza dal posto di lavoro).

### **Nascita di un/una figlio/a**

Se la nascita avviene nei due giorni che precedono l'appuntamento. E' necessario indicare nella richiesta di giustificazione il nome e il cognome del neonato, la data e il luogo di nascita. In alternativa è possibile presentare il certificato di nascita rilasciato dalla struttura dove è avvenuto il parto.

### **Decesso di un familiare**

Se il decesso riguarda un familiare fino al 2° grado di parentela, il coniuge e i conviventi che fanno parte dello stesso nucleo familiare. E' necessario indicare nella richiesta di giustificazione il nome e il cognome del defunto, la data del decesso e il grado di parentela.

### **Incidente stradale**

Se l'incidente avviene nelle 6 ore che precedono l'appuntamento. E' necessario allegare il verbale di denuncia di sinistro o la copia della constatazione amichevole.

### **Ritardo di treni, mezzi pubblici, calamità naturali, furto**

Queste cause di impedimento devono essere opportunamente documentate.

### **Ciclo mestruale**

In caso di visita ginecologica o per altre prestazioni correlate (ecografie, isteroscopia, esame urine, ecc...).