



**MODELLO M - Domanda per ottenere il rimborso delle spese sanitarie rimaste a carico dell'assistito presso un Centro di altissima specializzazione all'estero in assistenza in forma indiretta (DM Sanità 3 novembre 1989, articolo 7, comma 3 - Circolare ministeriale n. 33 del 12 dicembre 1989)**

All'ASL .....

DSS di .....

Il sottoscritto .....  
nato il ..... residente a .....  
in via ..... n .....  
C.F. .... cittadinanza .....  
telefono fisso ..... telefono cellulare .....  
telefax ..... e-mail .....  
regolarmente iscritto al SSN negli elenchi degli assistiti di codesta ASL e regolarmente autorizzato al trasferimento per cure all'estero presso un Centro di altissima specializzazione con nota VS. prot. n. .... del .....  
adeguatamente informato e preso atto che:

- il presente modello di domanda deve essere utilizzato per la richiesta di rimborso delle spese strettamente sanitarie rimaste a carico dell'assistito, sostenute per fruire di prestazioni presso un Centro di altissima specializzazione all'estero pubblico o privato, in assistenza in forma indiretta, e che più dettagliate informazioni sono riportate in calce al presente modello;
- nel caso l'interessato sia di minore età od incapace la domanda va sempre compilata con i dati di chi ha fruito delle cure ma va sottoscritta da chi esercita la potestà genitoriale o dal tutore o dal curatore;
- quanto dichiarato nella presente domanda assume valore di contestuale "autocertificazione" ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e/o 47 del DPR 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, con perdita dei benefici e conseguenze anche penali in caso di dichiarazioni non veritiere, così come previsto dagli articoli 75 e 76 del citato DPR;

**DOMANDA**

ai sensi dell'articolo 7, comma 3, del DM Sanità 3 novembre 1989 il rimborso in deroga delle spese di carattere strettamente sanitario rimaste a proprio carico, sostenute per cure all'estero presso il Centro di altissima specializzazione:

→ pubblico      → privato convenzionato      → privato non convenzionato  
denominato:

.....  
ubicato nello Stato ..... città .....



via ..... n. .... telefono .....  
telefax ..... e-mail .....

La richiesta è motivata dal fatto che tali spese rimaste a proprio carico sono particolarmente elevate in valore assoluto e soprattutto in relazione al reddito complessivo del proprio nucleo familiare.

Dichiara che il proprio nucleo familiare ai fini fiscali è costituito da:

.....  
.....  
.....  
.....

e che il reddito complessivo dichiarato nell'anno (*indicare l'anno precedente quello in cui sono state erogate le cure all'estero*) ..... è stato di € ..... (in lettere:..... )

**Allega alla presente domanda:**

1. n. .... fatture quietanzate o titoli equipollenti in originale, secondo le norme e gli usi locali, di spese strettamente sanitarie rimaste a proprio carico;
2. la seguente eventuale documentazione a supporto della domanda:

.....  
.....  
.....

**Data** .....

**Firma** .....

(Firma leggibile dell'interessato o di chi esercita la potestà genitoriale o del tutore o del curatore valida per la sottoscrizione della domanda con contestuale "autocertificazione")

**Documento di riconoscimento** .....

**rilasciato da** ..... **il** .....  
(da allegare in copia qualora la presente domanda venga inoltrata per posta o telefax)

\*\*\*

**Informativa (articolo 13 del DL.vo 196 del 30 giugno 2003)**

Quanto dichiarato ai fini del rilascio del presente attestato assume valore di "autocertificazione" ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000. I dati personali verranno utilizzati su cartaceo o per via informatica esclusivamente per dar seguito al relativo procedimento amministrativo il cui responsabile è anche il responsabile del trattamento dei dati.

**Consenso (articolo 23 del DL.vo n. 196 del 30 giugno 2003)**

Preso atto dell'Informativa di cui sopra il sottoscritto esprime il consenso al trattamento dei dati personali secondo le modalità indicate.



Data .....

Firma .....

*(Firma leggibile dell'interessato o di chi esercita la potestà genitoriale o del tutore o del curatore valida per il consenso al trattamento dei dati personali)*

#### **ULTERIORI INFORMAZIONI PER L'INTERESSATO**

#### **Deroga sull'ammontare dei "rimborsi" per prestazioni fruitive in assistenza indiretta (articolo 7, comma 3, DM Sanità 3 novembre 1989)**

Se le spese complessive (**strettamente sanitarie**) che restano a carico dell'assistito dopo applicazione del regime ordinario dei "rimborsi" sono particolarmente elevate, in senso assoluto ma soprattutto in relazione al reddito complessivo del nucleo familiare dell'assistito, tanto da comprometterne le condizioni economiche, è possibile presentare **DOMANDA** alla propria ASL per ottenere il "rimborso" totale o parziale di tali spese, documentate in originale e quietanzate, completando il modello di domanda con le informazioni relative alla composizione ed al reddito complessivo del nucleo familiare.

Nella valutazione delle deroghe sui "rimborsi" la Regione Puglia si attiene ai seguenti principi:

- le spese residuali (strettamente sanitarie) rimaste a carico dell'assistito devono essere debitamente documentate e di per sé particolarmente elevate;
- se l'interessato documenta spese per le quali è richiesta preventiva specifica autorizzazione, che nel caso specifico è mancata, le spese in questione vanno considerate solo nei limiti previsti dal regime ordinario di concorso nelle spese;
- nella valutazione della onerosità di tali spese deve tenersi conto anche del reddito complessivo del nucleo familiare il quale in questo caso rappresenta una delle componenti essenziali;
- devono essere escluse dalla deroga le spese residuali di limitato importo (indicativamente inferiori al 10% del reddito complessivo annuo del nucleo familiare).

Una volta che la Regione ha espresso il suo parere sul concorso delle spese sostenute rimaste a carico dell'assistito, lo comunica all'ASL che liquida all'assistito il "rimborso" eventualmente concesso, con oneri a proprio carico e secondo le procedure in uso.