



MODELLO Q - Trasmissione dell'istanza per ottenere il rimborso delle spese rimaste a carico dell'assistito dopo il rimborso ordinario, sostenute per fruire di prestazioni autorizzate presso un Centro di altissima specializzazione all'estero (DM Sanità 3 novembre 1989, articolo 7, comma 3 - Circolare ministeriale n. 33 del 12 dicembre 1989)

Alla Commissione Regionale ex. Art. 1 D.M.13/05/93

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> assistenza diretta | <input type="checkbox"/> assistenza indiretta |
| <input type="checkbox"/> cure di neuro riabilitazione | <input type="checkbox"/> L.104/92 |
| <input type="checkbox"/> trapianti e prestazioni collegate | |

Istanza di rimborso in deroga ex articolo 7, comma 3 DM 3 novembre 1989 delle spese rimaste a carico dell'assistito

nato il residente a

in via n

C.F. cittadinanza

telefono fisso telefono cellulare

telefax e-mail

affetto da

e regolarmente autorizzato al trasferimento per le cure nel periodo
dal al

presso il Centro di altissima specializzazione

pubblico privato convenzionato privato non convenzionato

denominato:

..... ubicato nello Stato

città via

n. telefono telefax

e-mail

A tal proposito si dichiara che:

- Il trasferimento all'estero è avvenuto con mezzo di trasporto normale.
- Stanti le esigenze connesse alla gravità del caso clinico il trasferimento all'estero è avvenuto con il seguente mezzo di trasporto speciale:
 - volo di linea volo speciale auto privata ambulanza
 - treno con servizio speciale
 - altre modalità (specificare)



Trattandosi di persona minorenni maggiorenne
non autosufficiente

il trasferimento all'estero è avvenuto con accompagnatore (specificare
generalità):

È stato rilasciato il Modello S2 altro Modello (specificare)
.....

Si attesta che la richiesta di rimborso in deroga è stata inoltrata dall'assistito:

entro il termine di decadenza previsto dalla normativa vigente;

oltre il termine di decadenza previsto dalla normativa vigente per le seguenti
motivazioni:

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

La richiesta è motivata dal fatto che le spese rimaste a carico dell'assistito sono
particolarmente elevate in valore assoluto e soprattutto in relazione al reddito
complessivo del nucleo familiare costituito, ai fini fiscali, da (indicare le generalità dei
componenti):

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

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:.....)

Si attesta che le spese per cui è richiesto il rimborso in deroga sono state debitamente
rendicontate dall'interessato con titoli e documenti idonei ai sensi di legge e che la
documentazione probatoria relativa alle spese risulta essere congrua con gli importi
indicati nelle seguenti schede riepilogative:



SPESE SANITARIE		
Numero e data fattura, ricevuta, giustificativo di spesa o titolo equipollente	Importo in valuta estera	Controvalore in euro (calcolato in base al tasso di cambio del giorno di effettuazione delle relative spese)

Numero totale di fatture, ricevute, giustificativi di spesa o titoli equipollenti	Importo totale in valuta estera	Importo totale in euro	Importo già rimborsato dall'ASL (in euro)	Quota percentuale sul totale già rimborsata dall'ASL	Numero e data del provvedimento di liquidazione	Importo per cui si chiede il rimborso in deroga (in euro)	Quota percentuale sul totale per cui si chiede il rimborso in deroga



SPESE FARMACEUTICHE		
Numero e data fattura, ricevuta, giustificativo di spesa o titolo equipollente	Importo in valuta estera	Controvalore in euro (calcolato in base al tasso di cambio del giorno di effettuazione delle relative spese)

Numero totale di fatture, ricevute, giustificativi di spesa o titoli equipollenti	Importo totale in valuta estera	Importo totale in euro	Importo già rimborsato dall'ASL (in euro)	Quota percentuale sul totale già rimborsata dall'ASL	Numero e data del provvedimento di liquidazione	Importo per cui si chiede il rimborso in deroga (in euro)	Quota percentuale sul totale per cui si chiede il rimborso in deroga



SPESE PROTESICHE		
Numero e data fattura, ricevuta, giustificativo di spesa o titolo equipollente	Importo in valuta estera	Controvalore in euro (calcolato in base al tasso di cambio del giorno di effettuazione delle relative spese)

Numero totale di fatture, ricevute, giustificativi di spesa o titoli equipollenti	Importo totale in valuta estera	Importo totale in euro	Importo già rimborsato dall'ASL (in euro)	Quota percentuale sul totale già rimborsata dall'ASL	Numero e data del provvedimento di liquidazione	Importo per cui si chiede il rimborso in deroga (in euro)	Quota percentuale sul totale per cui si chiede il rimborso in deroga



SPESE PER PRESTAZIONI PROFESSIONALI		
Numero e data fattura, ricevuta, giustificativo di spesa o titolo equipollente	Importo in valuta estera	Controvalore in euro (calcolato in base al tasso di cambio del giorno di effettuazione delle relative spese)

Numero totale di fatture, ricevute, giustificativi di spesa o titoli equipollenti	Importo totale in valuta estera	Importo totale in euro	Importo già rimborsato dall'ASL (in euro)	Quota percentuale sul totale già rimborsata dall'ASL	Numero e data del provvedimento di liquidazione	Importo per cui si chiede il rimborso in deroga (in euro)	Quota percentuale sul totale per cui si chiede il rimborso in deroga



TICKETS		
Numero e data fattura, ricevuta, giustificativo di spesa o titolo equipollente	Importo in valuta estera	Controvalore in euro (calcolato in base al tasso di cambio del giorno di effettuazione delle relative spese)

Numero totale di fatture, ricevute, giustificativi di spesa o titoli equipollenti	Importo totale in valuta estera	Importo totale in euro	Importo già rimborsato dall'ASL (in euro)	Quota percentuale sul totale già rimborsata dall'ASL	Numero e data del provvedimento di liquidazione	Importo per cui si chiede il rimborso in deroga (in euro)	Quota percentuale sul totale per cui si chiede il rimborso in deroga



SPESE DI TRASPORTO O VIAGGIO		
Numero e data fattura, ricevuta, giustificativo di spesa o titolo equipollente	Importo in valuta estera	Controvalore in euro (calcolato in base al tasso di cambio del giorno di effettuazione delle relative spese)

Numero totale di fatture, ricevute, giustificativi di spesa o titoli equipollenti	Importo totale in valuta estera	Importo totale in euro	Importo già rimborsato dall'ASL (in euro)	Quota percentuale sul totale già rimborsata dall'ASL	Numero e data del provvedimento di liquidazione	Importo per cui si chiede il rimborso in deroga (in euro)	Quota percentuale sul totale per cui si chiede il rimborso in deroga



SPESE DI SOGGIORNO ¹		
Numero e data fattura, ricevuta, giustificativo di spesa o titolo equipollente	Importo in valuta estera	Controvalore in euro (calcolato in base al tasso di cambio del giorno di effettuazione delle relative spese)

Numero totale di fatture, ricevute, giustificativi di spesa o titoli equipollenti	Importo totale in valuta estera	Importo totale in euro	Importo già rimborsato dall'ASL (in euro)	Quota percentuale sul totale già rimborsata dall'ASL	Numero e data del provvedimento di liquidazione	Importo per cui si chiede il rimborso in deroga (in euro)	Quota percentuale sul totale per cui si chiede il rimborso in deroga

¹ Da compilare solo in caso di trasferimenti all'estero per trapianti o per cure di neuro riabilitazione per portatori di handicap. Negli altri casi, **unicamente ai fini della valutazione percentuale delle spese residue e non del rimborso**, possono essere incluse le sole spese di soggiorno in alberghi o strutture assimilate e solo se risultanti da titoli idonei specificatamente intestati al solo soggetto autorizzato all'esecuzione delle prestazioni sanitarie. Non sarà preso in considerazione il soggiorno in strutture diverse, il soggiorno di eventuali accompagnatori e le spese di vitto o soggiorno non intestate e/o risultanti da scontrini fiscali o simili.



TOTALE²							
Numero totale di fatture, ricevute, giustificativi di spesa o titoli equipollenti	Importo totale in valuta estera	Importo totale in euro	Importo già rimborsato dall'ASL (in euro)	Quota percentuale sul totale già rimborsata dall'ASL	Numero e data del provvedimento di liquidazione	Importo per cui si chiede il rimborso in deroga (in euro)	Quota percentuale sul totale per cui si chiede il rimborso in deroga

² Inserire il totale complessivo ottenuto sommando i totali parziali riferiti alle diverse tipologie di spesa (sanitarie, farmaceutiche, protesiche, ecc....)



Si allegano alla presente:

- copia della proposta motivata rilasciata dal medico specialista;
- copia del Mod. TRS01, compilato e firmato in tutte le sue parti;
- copia del Mod. S2 o equivalente (specificare).....;
- copia del certificato di dimissione rilasciato dal Centro estero con indicazione del periodo di cure e descrizione dettagliata delle prestazioni fruite;
- copia del parere del CRR sulle spese ordinariamente rimborsabili, ai sensi dell'art. 6 del D.M. 03.11.1989, resa in forma analitica sulle singole spese prodotte a rimborso³;
- copia di valida dichiarazione ISEE;
- copia dell'attestazione dello stato di handicap - L. 104/92, art. 3, comma 3;
- copia della certificazione prodotta dalle rappresentanze diplomatiche o consolari italiane in loco, sulle caratteristiche della struttura sanitaria (natura privata convenzionata della struttura sanitaria estera, avente o meno lo scopo di lucro) e sulle tariffe applicate (solo nel caso di strutture private convenzionate);
- copia di n. fatture quietanzate o titoli equipollenti, secondo le norme e gli usi locali;
- la seguente eventuale documentazione ritenuta utile a supporto della domanda:

.....

Data

Timbro e firma del Responsabile del DSS

.....

Timbro e firma del Dirigente ASL

.....

³ la Commissione Regionale non potrà autorizzare concorsi in deroga nell'ipotesi in cui la spesa, o una parte delle spese, non siano considerate rimborsabili in via ordinaria dal CRR competente



**REGIONE
PUGLIA**

**DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE ,
DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO
SPORT PER TUTTI**

SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA