

AVVERTENZE PER L'ASSISTITO

Sig/Sig.ra _____

L'eventuale rimborso potrà aver luogo sulla base della tariffazione delle spese sostenute effettuate dall'Istituzione estera di temporanea dimora e comunque non potrà eccedere le spese sostenute dall'assistito.

NOTE

1. l'importo della spesa deve essere indicato nella valuta dello Stato estero;
2. sigla della valuta dello Stato estero;
3. importo riferito al singolo documento prodotto;
4. deve essere specificato dall'assistito il motivo per il quale ha fatto ricorso alla prestazioni sanitarie ed il tipo di cure cui è stato sottoposto;
5. ove la data della domanda fosse posteriore di oltre tre mesi alla data di effettuazione della relativa spesa, dovrà essere motivato il ritardo nella presentazione della richiesta rimborso.

COMPILAZIONE A CURA DELLA STRUTTURA RICEVENTE LA PRESENTE RICHIESTA

PARERE SANITARIO

Tenuto conto di quanto dichiarato dall'assistito nella domanda di rimborso spese per prestazioni sanitarie usufruite in uno degli Stati membri della C.E.E.;

accertato che l'assistito non si è recato all'estero con lo scopo specifico di ricevere cure;

esaminata la documentazione allegata si esprime parere _____ sulla necessità ed indifferibilità delle sotto elencate prestazioni:

prestazioni ospedaliere

prestazioni medico-generiche

prestazioni specialistiche

Data _____

il medico responsabile _____