

Elenco della documentazione sanitaria allegata dimostrativa di quanto sopra, compresa l'indicazione delle consulenze specialistiche rese da Strutture Pubbliche:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

TERAPIA PER LA QUALE SI RICHIEDE IL RIMBORSO

Deve riportare SOLO il farmaco e/o l'integratore prescritto specificandone il principio attivo e la posologia per il/i quale/i si richiede il contributo economico

*** Se RINNOVO**

Specificare le motivazioni a sostegno del rinnovo documentando il beneficio terapeutico ottenuto con il trattamento autorizzato. La struttura specialistica richiedente l'eventuale rinnovo/prosecuzione del piano terapeutico deve allegare la relazione sul follow up del paziente.

Dichiaro inoltre di aver informato il paziente ed averne acquisito il consenso (*obbligatorio in caso di specialità medicinale impiegata al di fuori delle indicazioni di registrazione*).
Dichiaro, altresì, che la cura proposta verrà monitorata e verificata dall'ente prescrittore.

Data _____

* Timbro e Firma del Medico Specialista

***Campo Obbligatorio**