

DOMANDA RIMBORSO SERVIZIO MEDICINA TURISTICA

Cognome e Nome

Data di nascita

Indirizzo di residenza: via e numero:

Comune:

C.A.P.:

Codice fiscale:

Telefono:

Se il paziente è minore d'età, liquidare a:

Cognome e Nome:

Codice Fiscale

Indirizzo, se diverso da quello dell'assistito:

Prestazioni	Spesa sostenuta

Località in cui sono state effettuate le prestazioni:

Codice IBAN (obbligatorio) (1):

Data (2)

firma del richiedente

NB: allegata ricevuta medica in originale

Ai sensi della Dgr. 1335 del 16/08/2017 Allegato A pag 3 che modifica la Circolare regionale n. 7 del 19/6/96 e successiva Deliberazione della Giunta Regionale 20 aprile 2001, n. 939 si rimborsano ai seguenti soggetti non residenti nella località turistica:

minori anni 12 e cittadini superiori ai 60 anni;	ripetizione ricetta o atto medico: euro 5 max
lavoratori e studenti, dimoranti per lavoro o studio,	visita ambulatoriale: " 25 "
portatori handicaps, con grado superiore all'80% att.tà.	visita domiciliare: " 40 "

(1) in caso contrario verrà decurtato il costo di un assegno

(2) la domanda deve essere presentata entro 3 mesi dalla data di effettuazione della relativa spesa come da Circolare 1000/VI/3490 16/06/1982.