



**DOMANDA DI RIMBORSO SPESE SOSTENUTE PER PRESTAZIONI  
DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA IN REGIONE DIVERSA  
DALLA REGIONE VENETO AUTORIZZATE DAL DISTRETTO**

**Al Direttore del Distretto Est/Ovest dell'Azienda Ulss n. 8 Berica**

**La sottoscritta**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ nata il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ residente nel Comune di \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
codice fiscale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| e-mail \_\_\_\_\_

**Il sottoscritto**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ residente nel Comune di \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
codice fiscale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| e-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDONO IL RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE PER PRESTAZIONI DI PMA**

- Fecondazione omologa IUI: rimborso fino a € 182,20
- Fecondazione omologa ICSI/FIVET: rimborso fino a € 999,05
- Fecondazione eterologa con seme da donatore con IUI: rimborso fino a € 473,60
- Fecondazione eterologa con seme da donatore in vitro: rimborso fino a € 1.301,05
- Fecondazione eterologa con ovociti a fresco da donatrice: rimborso fino a € 904,10
- Fecondazione eterologa con ovociti congelati da donatrice: rimborso fino a € 2.139,10
- Fecondazione eterologa con seme da donatore e con ovociti a fresco: rimborso fino a € 1.806,10
- Fecondazione eterologa con seme da donatore e con ovociti congelati: rimborso fino a € 3.041,10
- Transfer da embrioni congelati: rimborso fino a € 247,75
- Altro \_\_\_\_\_

Per l'approvvigionamento dei gameti maschili e femminili la spesa è compresa nelle tariffe sopra descritte, pertanto non è possibile riconoscere rimborsi ulteriori.

La diagnosi genetica preimpianto è ricompresa nei LEA nazionali di specialistica ambulatoriale da addebitare tra Enti secondo gli accordi relativi alla mobilità sanitaria.

**Riferimenti Autorizzazione Distretto**

Est  Ovest

in data \_\_\_\_\_

**A TAL FINE ALLEGANO**

- fotocopia fronte/retro di un documento di identità valido di entrambi;
- fatture/ricevute originali quietanzate;

- indicazioni sull'effettivo regime di trattamento ambulatoriale (con relativi codici e tariffe) o di ricovero (con relativo DRG) rilasciate dalla struttura scelta dai pazienti, con certificazione\* medica originale dettagliata delle prestazioni eseguite contenente espressa indicazione omologa / eterologa maschile / eterologa femminile / eterologa bilaterale e distinzione tra ovociti a fresco oppure congelati, riportante cognome, nome e data di nascita della coppia, data, timbro e firma scritta o digitale del medico specialista operante nella struttura scelta dai pazienti, qualifica, dati di contatto diretto, indirizzo professionale
- elenco dettagliato di codici e tariffe delle eventuali prestazioni non ricomprese nel Nomenclatore Tariffario della Regione Veneto indicate alla voce "Altro".

### DICHIARANO

di essere stati informati della vigente disciplina in materia di riservatezza dei dati personali e in particolare di quelli sensibili a carattere sanitario (ai sensi del Regolamento Europeo GDPR n. 2016/679 sulla privacy e del D.lgs. 196 del 2003 e ss.mm.ii.) e di aver preso cognizione della necessità del conferimento dei dati richiesti, per cui

### ESPRIMONO IL CONSENSO

al trattamento dei propri dati personali ai fini strettamente necessari per le attività sanitarie e ai sensi di quanto previsto dal DM Salute 1 luglio 2015 "Linee Guida in materia di Procreazione Medicalmente Assistita".

#### Chiedono che il rimborso venga versato sul seguente conto

Codice IBAN | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

Intestato a \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma per esteso di entrambi

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_