



**DOMANDA DI RIMBORSO DELLA SPESA PER PRESTAZIONI
DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA OMOLOGA
ALL'ESTERO IN UNIONE EUROPEA
ex DIRETTIVA 2011/24/UE e D.LGS 38/2014**

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 _____

PRESO ATTO

- che le DDGGR n. 822/2011, 1904/2015, 904/2019, 839/2022 e il d.lgs. 38/2014 stabiliscono:
- che l'età di accesso delle coppie:
 - per l'età femminile è fino al compimento di 50 anni;
 - per l'età maschile è fino al compimento di 65 anni;
- che il trattamento con oneri a carico del SSN è stabilito in un numero massimo di:
 - 4 cicli di 1° livello nei limiti di dosaggio previsti dalla nota AIFA 74;
 - 6 cicli di 2°/3° livello (con esecuzione pick-up) di PMA omologa e/o eterologa maschile nei limiti di dosaggio previsti dalla nota AIFA 74;
 - 6 cicli di 2°/3° livello di PMA eterologa femminile nei limiti di dosaggio previsti dalla nota AIFA 74.
- che il rimborso può essere riconosciuto al massimo in misura pari al costo che il sistema sanitario avrebbe sostenuto se le cure fossero state erogate nella Regione di residenza dei pazienti, cioè al massimo alle tariffe vigenti in Regione Veneto ex DGR 904/2019, non potendosi superare il costo effettivo dell'assistenza sanitaria ricevuta;

entro 60 giorni dalla data di erogazione delle prestazioni

CHIEDONO IL RIMBORSO

della spesa sostenuta per le cure di PMA ricevute presso la seguente:

Struttura _____ * dello STATO UE _____ *

I sottoscritti inoltre, consapevoli della responsabilità in caso di dichiarazioni false o mendaci,

DICHIARANO

- ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000, di essere coppia legalmente coniugata per matrimonio registrato presso il Comune di _____ **;
- ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000, di essere coppia convivente con residenza congiunta presso il Comune di _____ **;

*** dato obbligatorio**

Si elencano di seguito le tariffe rimborsabili

- 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.

Per la eventuale diagnosi genetica preimpianto la riconducibilità delle prestazioni ai criteri di accesso definiti nell'allegato C alla DGRV 839/2022 e la conseguente rimborsabilità delle spese vengono sottoposte alla valutazione dei Centri hub regionali. A tal fine è necessaria la documentazione clinica rilasciata dalla struttura estera scelta, contenente le indicazioni cliniche individuate per eseguire la PGD.