MODULO
RIMBORSO ASSISTENZA TRANSFRONTALIERA
CURE PRIMARIE

DATI RICHIEDENTE		
Cognome	Nome	
Luogo di nascita	Data di nascita	
Codice fiscale		
Residente in	Via/Piazza	n.
N.°tel. / cellulare	Indirizzo e-mail	

CHIEDE

☐ per sé stesso		
☐ in qualità di _____ per conto di: (genitore, amministratore di sostegno, o altro soggetto formalmente delegato)		
Cognome	Nome	
Luogo di nascita	Data di nascita	
Codice fiscale		
Residente in	Via/Piazza	n.

Il rimborso delle spese di € _____ sostenute per prestazioni sanitarie cui ha dovuto far ricorso

☐ PER SE' STESSO

☐ PER IL FAMILIARE_____
_____
(Indicare nome, cognome e relazione di parentela)

Ai fini dell'erogazione del rimborso, si indicano i seguenti riferimenti bancari:

Nome banca _____
filiale di_____
codice IBAN conto corrente

intestato a _____
Codice SWIFT/BIC per i conti esteri _____

Dichiara di non aver potuto usufruire dell'assistenza diretta per i seguenti motivi:

Si allegano:

- ☐ certificazione in originale del prestatore di assistenza, che attesti il trattamento erogato con diagnosi di dimissione o il referto dell'esame diagnostico effettuato in originale
- ☐ fatture quietanzate in originale
- ☐ Documento di identità in corso di validità del richiedente
- ☐ eventuale documentazione che legittimi la presentazione della domanda per conto altrui (delega con copia sottoscritta di documento del delegante in corso di validità; provvedimento di nomina in sede tutelare etc.)
- ☐ Traduzione e in lingua italiana - a carico dell'assistito - della documentazione sanitaria e di spesa, se richiesto
- ☐ Prescrizione del medico su ricettario del SSN in originale

O in alternativa

- ☐ Prescrizione del medico o di altro professionista abilitato in altro Stato UE in originale (che contenga gli elementi essenziali per l'identificazione del paziente; l'identificazione del prescrittore con qualifica professionale, dati di contatto diretto, indicazione dello Stato membro in cui esercita la professione, firma originale leggibile e data di emissione; indicazione della prestazione sanitaria)

I documenti sopra riportati possono essere anticipati via e-mail o PEC, e successivamente prodotti in originale dove precisato.

SE NON È STATA PRECEDENTEMENTE PRESENTATA ISTANZA DI VERIFICA O ISTANZA DI AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA ALL'ASSISTENZA TRANSFRONTALIERA PER PRESTAZIONI DI PMA È NECESSARIO COMPILARE LA PARTE CHE SEGUE:

IL SOTTOSCRITTO	
Cognome e nome	Codice fiscale

DICHIARA che la prestazione è avvenuta in regime di

☐ RICOVERO ORDINARIO ☐ RICOVERO DIURNO – DAY HOSPITAL ☐ PRESTAZIONE AMBULATORIALE

Indicazione diagnostica o terapeutica:

DATI PRESTATORE DI ASSISTENZA SANITARIA CHE EROGA LA PRESTAZIONE
Denominazione prestatore di assistenza sanitaria che eroga la prestazione:
Indirizzo completo:

Si allegano i seguenti documenti aggiuntivi:

- ☐ Prescrizione del medico su ricettario del SSN in originale

O in alternativa

- ☐ Prescrizione del medico o di altro professionista abilitato in altro Stato UE in originale (che contenga gli elementi essenziali per l'identificazione del paziente; l'identificazione del prescrittore con qualifica professionale, dati di contatto diretto, indicazione dello Stato membro in cui esercita la professione, firma originale leggibile e data di emissione; indicazione della prestazione sanitaria)

- ☐ Traduzione e in lingua italiana - a carico dell'assistito - della documentazione sanitaria, se richiesto

Si precisa che la prescrizione del medico su ricettario SSN oppure la prescrizione del medico o di altro professionista abilitato in altro Stato UE deve recare data antecedente l'avvio del percorso di PMA e è indispensabile: senza di essa il rimborso non può essere accettato.

I documenti sopra riportati possono essere anticipati via e-mail o PEC, e successivamente prodotti in originale dove precisato.

Il presente modulo può essere inviato a: protocollo@pec.asst-brianza.it oppure ufficio.protocollo@asst-brianza.it.

Trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), la informiamo che l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale della Brianza, con sede legale in via Santi Cosma e Damiano 10, 20871 Vimercate (MB) – Tel.: 039 66541 – PEC: protocollo@pec.asst-brianza.it, in qualità di Titolare del trattamento, procede al trattamento dei Suoi dati personali per le finalità di seguito descritte. Il Titolare ha nominato il Responsabile per la Protezione dei Dati (DPO), contattabile all'indirizzo: rpd@asst-brianza.it.

I dati personali sono trattati ai fini della gestione della presente richiesta, ivi incluse le attività di verifica dei requisiti previsti dalla normativa vigente e la valutazione dell'istanza.

La base giuridica del trattamento è da ravvisarsi nell'art. 6, par. 1, lett. c) (adempimento di obblighi normativi) e lett. e) (esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il Titolare), nonché nell'art. 9, par. 2, lett. h), in quanto il trattamento è necessario per finalità di cura e assistenza sanitaria. Il conferimento dei dati è necessario per le finalità sopra indicate; in caso di mancato conferimento, il Titolare non sarà in grado di ricevere e gestire la richiesta.

Il trattamento avviene in forma cartacea e/o elettronica, con l'adozione di misure tecniche e organizzative adeguate a garantirne la sicurezza.

I dati personali saranno conservati per il tempo strettamente necessario al perseguimento delle finalità per cui sono raccolti, in conformità alle tempistiche indicate nel vigente Massimario di Scarto della Regione Lombardia e nel rispetto degli obblighi di legge cui è tenuto il Titolare.

I dati potranno essere comunicati, nei limiti strettamente necessari al perseguimento delle finalità indicate, alle seguenti categorie di destinatari: personale interno dell'ASST operante in qualità di soggetto autorizzato al trattamento; responsabili del trattamento ex art. 28 GDPR espressamente individuati; Enti Socio Sanitari e strutture accreditate con il Servizio Sanitario Regionale; Autorità Pubbliche; Enti Previdenziali; soggetti destinatari per legge o per regolamento. I dati non saranno in ogni caso diffusi.

L'interessato ha il diritto di esercitare, nei casi e nei limiti previsti dal Regolamento UE 2016/679, i seguenti diritti: accesso ai propri dati personali (art. 15); rettifica dei dati inesatti (art. 16); cancellazione dei dati (art. 17); limitazione del trattamento (art. 18); portabilità dei dati, ove applicabile (art. 20); opposizione al trattamento (art. 21). I suddetti diritti possono essere esercitati inviando una richiesta scritta al seguente indirizzo PEC: protocollo@pec.asst-brianza.it.

L'interessato ha inoltre il diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, ai sensi dell'art. 77 del GDPR, ai seguenti recapiti: e-mail protocollo@gpdp.it – PEC protocollo@pec.gpdp.it.

Per maggiori informazioni sul trattamento dei dati si rimanda all'Informativa sul trattamento dei dati personali degli utenti delle prestazioni sanitarie, disponibile sul sito internet aziendale.

Data _____ Firma _____