

MODULO RICHIESTA RIMBORSO TICKET O TARIFFE

Da presentare alle Casse CUP dell'ASL di Imola

o tramite e-mail all'indirizzo: rimborsi@ausl.imola.bo.it

(Il rimborso verrà accreditato entro 60 giorni dalla data di presentazione della richiesta)

Il sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____

Nato il ___/___/___ a _____ Prov. _____

Codice fiscale _____

Residente a _____ Prov. _____ CAP _____

Via _____ n° _____

Telefono (fisso o cellulare) _____

e-mail _____

IN QUALITA' di:

- diretto interessato genitore del minore
 tutore/curatore/amministratore di sostegno altro _____

(se diverso dal diretto interessato, specificare i dati della persona per la quale si chiede il rimborso)

Cognome _____ Nome _____

Nato il ___/___/___ a _____ Prov. _____

CHIEDO il rimborso/restituzione di € _____ versati all'ASL di Imola per

- Ticket di Specialistica Ambulatoriale Tariffa Libera Professione
 Ticket di Pronto Soccorso Altro (specificare) _____

Data di esecuzione della prestazione o dell'accesso in P.S. _____

Importo pagato € _____ Importo da rimborsare € _____

Motivazione del rimborso:

1. Prestazione **NON EROGATA** dal servizio/professionista (allegare dichiarazione del servizio)
2. Prestazione **NON EROGATA** per volontà dell'utente
3. Prestazione erogata in sede di Pronto Soccorso per la quale, in base alla normativa vigente, sia prevista l'esenzione
4. Duplice pagamento per la stessa prestazione
5. Mancato/parziale) resto da parte del riscuotitore (allegare scontrino riscuotitore automatico)
6. Altro _____

