

	REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA
DIREZIONE CENTRALE SALUTE, INTEGR SOCIO SANITARIA, POLITICHE SOCIALI E	
tel + 39 0402775551 fax + 39 0403775523	salute@regione.fvg.it salute@centregione.fvg.it 1 - 34124 Trieste, RI

Logo ASL Allegato 3
Al Direttore dell'AAS n.

**MODELLO UNICO
ASSISTENZA SANITARIA TRANSFRONTALIERA**

D.Lgs n. 38 del 28/2/2014 di recepimento della Direttiva 2011/24/UE

Il/La _____ sottoscritto/a _____
 Nato/a _____ il _____
 Codice Fiscale: _____
 Residente _____ via _____ in _____
 n. _____ civ. _____
 CAP. _____

Chiede

Per se' in qualità di (genitore, familiare, amministratore di sostegno ecc) per

(genitore, amministratore di sostegno)

 (Cognome)
 (Nome)
 Nato/a _____ il _____
 Residente _____ via _____ in _____ n. _____
 Codice Fiscale _____

**l'autorizzazione preventiva con l'indicazione
dell'importo rimborsabile**

**unicamente la comunicazione dell'importo
eventualmente da rimborsare**

**la verifica: con validità anche di autorizzazione
preventiva nel caso in cui sia prevista l'indicazione
dell'importo da rimborsare**

**l'autorizzazione per cure programmate ai sensi
dell'art.20 del Regolamento 883/2004**

il rimborso di spese già fruito

Della seguente prestazione sanitaria:

RICOVERO ORDINARIO dal _____ al _____

RICOVERO DIURNO il _____

PRESTAZIONI AMBULATORIALI il _____

PRESTAZIONE DI TELEMEDICINA (art.8, comam7 D.Lgs
38/2014) il _____

Prestatore di assistenza sanitaria presso cui la persona assicurata
intende curarsi (Struttura sanitaria, Ospedale, Clinica e relativo
indirizzo):


Indicazione Diagnostica o terapeutica

e prestazione sanitaria

caso particolarmente urgente

- no
 Sì (motivare adeguatamente)

Modalità con cui si desidera ricevere l'esito della verifica

- fax al seguente nr _____ 
- raccomandata
- per PEC/mail al seguente indirizzo _____
- di persona

Si allegano:

Prescrizione del medico su ricettario del SSN (ricetta rossa)

preventivo emesso dal prestatore di assistenza sanitaria

Certificazione medica in copia

Certificazione specialistica per sé/per il soggetto rappresentato da cui risulta un sospetto diagnostico di malattia rara (art.9, comma 4 D.Lgs 38/2014)

Data: _____

richiedente

Firma del

Informativa ai sensi del Decreto Legislativo n.196/2003 e successive modifiche. Titolare dei dati è l'[AZIENDA] I dati forniti dall'utente verranno trattati dall'amministrazione, anche informa digitale, per poter gestire la pratica relativa all'assistenza sanitaria transfrontaliera come previsto dal decreto legislativo 38/2014. I dati potranno essere comunicati a soggetti pubblici per finalità previste dalla normativa. All'utente competono i diritti previsti dall'art.7 del 196/2003, come previsto dall'informativa generale per il trattamento dei dati.

Sezione a cura dell'AAS competente

ESITO:

la richiesta di verifica ha avuto esito:

La richiesta è soggetta ad autorizzazione preventiva e si intende quale richiesta di autorizzazione preventiva poiché (barrare voce interessata)

- a. Comporta il ricovero del paziente richiedente per almeno una notte
- b. Richiede l'utilizzo di un'infrastruttura sanitaria o di apparecchiature mediche altamente specializzate e costose, comprese quelle utilizzate nella diagnostica strumentale
- c. Richiede cure che comportano un rischio particolare per il paziente o la popolazione
- d. È prestata da un prestatore di assistenza sanitaria che potrebbe suscitare gravi e specifiche preoccupazioni quanto alla qualità o alla sicurezza dell'assistenza

La richiesta non è soggetta ad autorizzazione preventiva

La richiesta è soggetta all'autorizzazione preventiva ai sensi dell'art. 20 del Regolamento 883/2004

Costo della prestazione sanitaria ammessa al rimborso:

euro.....)

Il parere ai fini dell'autorizzazione preventiva è risultato:

Positivo

Si ricorda che eventuali danni alla salute, derivanti da prestazioni sanitarie transfrontaliere di cui si siano avvalse persone assicurate in Italia, non sono in alcun modo imputabili al Servizio Sanitario Nazionale e Regionale, ancorché le prestazioni stesse siano state preventivamente autorizzate (art. 9, comma 9, del D.lgs 04 marzo 2014, n..38)

Negativo, in quanto

- a. In base ad una valutazione clinica, il paziente sarebbe esposto con ragionevole certezza ad un rischio per la sua sicurezza che non può essere considerato accettabile tenuto conto del potenziale beneficio per il paziente stesso dell'assistenza sanitaria transfrontaliera richiesta;
- b. A causa dell'assistenza sanitaria transfrontaliera in questione, il pubblico sarebbe esposto con ragionevole certezza a notevoli pericoli per la sicurezza;
- c. L'assistenza sanitaria in questione è prestata da un prestatore di assistenza sanitaria che suscita gravi e specifiche preoccupazioni quanto al rispetto degli standard e orientamenti relativi alla qualità dell'assistenza e alla sicurezza del paziente comprese le disposizioni sulla vigilanza indipendentemente dal fatto che tali standard e orientamenti siano stabiliti da disposizioni legislative e regolamentari o attraverso sistemi di accreditamento istituiti dallo Stato membro di cura;
- d. l'assistenza sanitaria in questione può essere prestata nel territorio nazionale entro un termine giustificabile dal punto di vista clinico, tenuto presente lo stato di salute e il probabile decorso della malattia
- e. altro _____

Se d) indicare prestatore di assistenza sanitaria in grado di erogare sul territorio nazionale la prestazione richiesta ed il numero di giorni entro cui possono essere fornite le cure _____

Si ricorda che avverso il parere negativo è possibile proporre ricorso al Direttore Generale dell'Azienda entro 15 giorni dal ricevimento della presente. Il Direttore Generale si esprime entro 15 giorni dalla ricezione del ricorso

Data

Firma/timbro ASL