

AL CENTRO DI RIFERIMENTO REGIONALE MALATTIE RARE

OGGETTO: Rimborso spese sostenute per prestazioni fuori regione per pazienti affetti da malattie rare - **RICHIESTA PARERE**

In riferimento all'argomento riportato in oggetto, in allegato si invia prima/successiva istanza presentata dal /la sig/sig.ra _____
in qualità di familiare/tutore di _____
affetto da malattia rara _____ codice _____, per ottenere
l'autorizzazione ad usufruire di prestazioni /trattamenti fuori Regione.

Pertanto, in ossequio al Regolamento adottato con D.D.G. AreSS Puglia n.85 del 17/04/2023, si chiede di riscontrare entro e non oltre 15 giorni dalla data della presente nota, ovvero entro il _____ specificando _____ che l'assistito/a _____

- è curabile presso il vs. Centro
- non è curabile presso il vostro Centro
- non è possibile prendere in carico il caso clinico

Nell'eventualità il/la paziente possa essere curato/a presso codesta Struttura accreditata ai sensi della DGR n 1757/2023, si chiede di fornire allo/a scrivente indicazioni su data ed ora di visita specialistica/trattamento, da effettuare con regolare richiesta del Pediatra di Libera Scelta o del Medico di Medicina Generale, per la necessaria informativa all' assistito/a o ai familiari/tutore/amm. di sostegno.

Si allega documentazione clinica dell'assistito e fac-simile di risposta
Per eventuali riscontri o chiarimenti in merito si inviano i seguenti recapiti:

Tel _____

E-mail _____

Il Referente Malattie Rare

Il Direttore del Distretto SS _____

