



## AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

Lungomare Starita, 6 – 70123 BARI – P.I.: 0653434072

### MODULO RIMBORSO TICKET

OGGETTO: Domanda rimborso ticket

NOTA CREDITO: Ricevuta n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ In  
Via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
Per sé o per il familiare \_\_\_\_\_

### CHIEDE

Il rimborso del ticket pagato di € \_\_\_\_\_ per prestazione sanitaria non eseguita per il seguente motivo documentato:

- Prestazione non eseguita e cancellata entro 48 ore dalla prenotazione;
- Per inopportunità o impossibilità come dichiarazione del Medico allegata;
- Per ricovero ospedaliero dell'assistito;
- Prestazione eseguita con ricetta senza l'apposita esenzione cod.: \_\_\_\_\_
- Altro \_\_\_\_\_

Si allega:

- n.2 ricevute del ticket versato n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_
- documento di identità del richiedente.

Lì, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma assistito)

### ASL BA UFFICIO TICKET – CUP

- VISTA la richiesta di rimborso e valutata la sua regolarità si dispone il rimborso.
- VISTA la richiesta di rimborso, si ritiene che NON sussista il diritto al rimborso.

Lì, \_\_\_\_\_

IL REFERENTE

LA DIREZIONE AMMINISTRATIVA

\_\_\_\_\_  
  
\_\_\_\_\_  
(firma per rimborso ricevuto)

\_\_\_\_\_  
  
Data, \_\_\_\_\_