Alle.to Det. N. 1413/AV3

del 2 DIC. 2018

asur marche azienda sanitaria unica regionale area vasta n. 3

Guida alla Mobilità sanitaria internazionale

Sommario

Glossario 4
Introduzione 5
Temporaneo soggiorno 6
Paesi UE, SEE, Svizzera 6
Regolamenti Comunitari di sicurezza sociale 6
Rimborso di eventuali spese sostenute 7
Direttiva UE n. 24/ 2011 7
Paesi in convenzione 8
Informazioni generali 8
Eventuali spese sostenute 9
Paesi extra UE 9
Studio 10
Paesi UE, SEE, Svizzera 10
Mantenimento di residenza in Italia - TEAM 10
Trasferimento di residenza – Formulario S1 10
Paesi in convenzione 12
Paesi extra UE 12
Lavoro 15
Paesi UE, SEE, Svizzera 15
Mantenimento di residenza in Italia – tessera TEAM o formulario S1 15
Trasferimento di residenza – Formulario S1 16
Paesi in convenzione 18
Paesi extra UE 20
Ricerca di lavoro 23
Paesi UE, SEE, Svizzera 23
Paesi in convenzione 23
Paesi extra UE 23
Trasferimento di residenza 24
Paesi UE, SEE, Svizzera 24
Familiare residente in uno Stato diverso dal lavoratore a cui è a carico – Formulario S1 24
Pensionato e/o familiare a carico – Formulario S1 25
Richiedente pensione e/o familiare a carico – Formulario S1 26
Paesi in convenzione 27
Familiare residente in uno Stato diverso dal lavoratore a cui è a carico 27
Pensionato e/o familiare a carico 28
Paesi extra UE 29

Cure di alta specializzazione *30*
Paesi UE, SEE, Svizzera *30*
Paesi in convenzione *30*
Paesi extra UE *30*
Rimborso delle spese *34*
Gravidanza e parto *39*
Paesi UE, SEE, Svizzera *39*
Paesi in convenzione *40*
Paesi extra UE *40*
Appendice *41*
Tavole, Diagrammi e Modulistica *42*
Paesi UE, SEE, Svizzera *42*
Paesi in convenzione *63*

Glossario

UE	*Unione Europea*
SEE	*Spazio Economico Europeo*
ASUR	*Azienda Sanitaria Unica Regionale*
AV3	*Area Vasta n. 3*
ASL	*Azienda Sanitaria Locale*
CE	*Comunità Europea*
TEAM	*Tessera Europea Assicurazione Malattia*
SSR	*Servizio Sanitario Regionale*
LEA	*Livelli Essenziali di Assistenza*
CRR	*Centro Regionale di Riferimento*
TECAS	*Trasferimenti all'Estero per Cure di Altissima Specializzazione*
CRT	*Centro Regionale Trapianti*
SIT	*Sistema Informativo Trapianti*
NSMI	*Nuovo Sistema informativo sulla Mobilità Internazionale*

Introduzione

La Mobilità Sanitaria Internazionale è un sistema di assistenza a carico dello Stato ed ha lo scopo di tutelare, dal punto di vista dell'assistenza sanitaria, gli assistiti che si spostano all'interno degli Stati della Unione Europea (UE), dello Spazio Economico Europeo (SEE: Norvegia, Islanda e Liechtenstein), della Svizzera e degli Stati con i quali sono in vigore accordi bilaterali di sicurezza sociale (Australia, Brasile, ex Jugoslavia (Macedonia, Serbia-Montenegro, Bosnia-Erzegovina), Principato di Monaco, San Marino, Argentina, Capo Verde, Città del Vaticano e Santa Sede, Tunisia).

Nei Paesi al di fuori dell'UE, SEE, Svizzera e in cui non vigono accordi bilaterali in materia di assistenza sanitaria, è possibile usufruire, solo in alcuni specifici casi dell'assistenza sanitaria in forma indiretta, anticipando le spese e chiedendo poi il rimborso tramite la Rappresentanza diplomatica italiana all'estero.

In particolare in applicazione dei regolamenti comunitari di sicurezza sociale n. 883/04 e 987/08 che hanno sostituito i regolamenti n. 1408/71 e n. 574/72 e di quanto disposto dalle singole convenzioni, gli assistiti che si recano in Europa e negli Stati in convenzione, per vari motivi (turismo, studio, lavoro, ricerca di lavoro, pensionati che trasferiscono la residenza, cure di alta specializzazione compresi gravidanza e parto), per poter usufruire dell'assistenza sanitaria a carico dello Stato italiano, devono presentare alle istituzioni competenti o ai prestatori di cure degli Stati esteri alcuni formulari che attestano il diritto di godere delle prestazioni sanitarie.

Il formulario viene rilasciato dall'istituzione del luogo ove l'assistito è assicurato, in Italia dalla ASL di residenza (nel caso particolare ASUR Marche – Area Vasta n. 3 (AV3)). L'attestato di diritto permette al suo titolare di ricevere le prestazioni sanitarie in forma diretta alle stesse condizioni dei cittadini di quello Stato e nulla è dovuto se non l'eventuale partecipazione alle spese. Inoltre a seconda dell'attestato e quindi della situazione protetta, e a secondo di quanto previsto dalla singola convenzione, si ha una copertura sanitaria completa o limitata a determinate prestazioni.

Sulla base degli attestati comunitari, viene erogata l'assistenza e, in seguito, gli Organismi di collegamento degli Stati UE inviano le fatture al Ministero della Salute, quale organismo di collegamento, chiedendone il rimborso . Il Ministero, a sua volta, per conto delle Regioni e delle ASL di rispettiva appartenenza, chiede agli Stati esteri il rimborso dei crediti relativi all'assistenza fornita a cittadini stranieri in Italia. Debiti e crediti vengono imputati alle ASL competenti e, in sede di assegnazione della quota di Fondo sanitario nazionale alle regioni, si tiene conto della compensazione debiti-crediti.

L'operatore e/o l'assistito dell'AV3 può consultare la guida interattiva presente nel sito del Ministero della Salute (*www.salute.gov.it*) "Se parto per..." per cercare in modo rapido informazioni sul diritto o meno all'assistenza sanitaria durante un soggiorno o la residenza in un qualsiasi Paese del mondo.

Temporaneo soggiorno

Paesi UE, SEE, Svizzera

Il Regolamento comunitario (CE) 631/2004 ha introdotto il nuovo criterio di assistenza con il c.d. "allineamento dei diritti" per cui a tutte le persone assicurate in caso di temporaneo soggiorno in un altro stato membro viene erogato un livello uniforme di assistenza a prescindere dalla categoria di appartenenza e nonché viene eliminata la distinzione tra "cure immediatamente necessarie" e cure "necessarie", non si parla dunque più di cure urgenti ma solo di **medicalmente necessarie** (non programmate).

Regolamenti Comunitari di sicurezza sociale

Nel caso di temporaneo soggiorno (turismo, motivi personali, ecc.) in uno dei paesi UE, SEE e Svizzera, prima della partenza l'assicurato deve essere in possesso della Tessera Europea di Assicurazione Malattia (TEAM).

Nel caso in cui non fosse in possesso della TEAM e la partenza è prevista in tempi troppo brevi per poterla ottenere (primo rilascio, scadenza, furto, smarrimento) l'assicurato potrà recarsi presso gli uffici territoriali di front-office della Area Vasta n. 3 del distretto di residenza e richiedere il certificato sostitutivo provvisorio.

Durante il soggiorno se dovesse avere bisogno di cure mediche, presentando la TEAM o il certificato sostitutivo al medico, all'ospedale pubblico o alla struttura convenzionata, avrà diritto a tutte le cure medicalmente necessarie anche se non sono urgenti (Nota 21 maggio 2004 – Regolamento 631/04 - Decisione S1 del 12 giugno 2009).

Le prestazioni sono gratuite, salvo il pagamento dell'eventuale ticket o di altra partecipazione alla spesa che è a diretto carico dell'assistito e non rimborsabile.

Si precisa che se il soggiorno all'estero supera i 30 giorni, deve essere comunicato agli uffici anagrafe assistiti della Area Vasta n. 3 per la sospensione del medico di famiglia, come previsto dalle norme in vigore. Al rientro in Italia, alla scadenza prevista o in anticipo rispetto alla stessa, andrà ripristinato il rapporto con il medico di fiducia (Circolare 11 maggio 1984) o effettuata una nuova scelta del medico.

In caso di **trattamenti dialitici** o in **ossigenoterapia** o in **chemioterapia** o di **trattamento speciale per l'asma** o di **ecocardiografia nel caso di malattia cronica autoimmune**, prima di partire, l'assicurato dovrà prendere i dovuti contatti con la struttura che eroga tali prestazioni per continuità di cura (Nota 21 maggio 2004 – Regolamento 631/04 allineamento dei diritti); (Decisione S3 del 12 giugno 2009). Presentando la TEAM possono essere ottenute le prestazioni necessarie.

Rimborso di eventuali spese sostenute

Se, per una qualsiasi ragione, in caso di non utilizzo della tessera TEAM o del certificato sostitutivo provvisorio e nel caso in cui sia richiesto il pagamento delle prestazioni (spesso accade), conservando l'originale delle ricevute fiscali/fatture e della documentazione sanitaria potrà essere richiesto il rimborso, eccetto per il ticket o altra partecipazione alla spesa, al rientro in Italia, al competente ufficio territoriale della Area Vasta n. 3, che lo effettuerà in base alle tariffe dello Stato estero (Nota 30 agosto 2005 – Modello E126 e tariffazione, Nota 28 luglio 2010 – Tariffazione e nuovi regolamenti).

Alcuni Stati come ad esempio la Francia o la Svizzera possono richiedere il pagamento delle prestazioni anche nel caso sia stata presentata la TEAM o il certificato provvisorio; in tal caso è possibile richiedere direttamente durante il soggiorno alla competente Istituzione Francese (CPAM) o Svizzera (LAMal) il rimborso; diversamente la richiesta potrà essere fatta, al rientro in Italia.

Una volta ricevuta la domanda di rimborso, (Allegato 2) l'ufficio dell'AV3 invierà all'istituzione competente oppure agli Organismi di collegamento, un modello S067 (SEDs richiesta di tariffazione ex E126), allegando gli originali o copie conformi delle fatture/ ricevute fiscali nonché la documentazione sanitaria, relative alle prestazioni effettuate per richiedere la tariffazione applicata dallo Stato comunitario.

Nel caso in cui lo Stato non abbia tariffe nazionali (come la Spagna), possono essere utilizzate le tariffe del SSR (Circolare del Ministero della Salute n.13254 del 28/10/2010).

Lo Stato comunitario di dimora, una volta valutata la necessarietà delle prestazioni da parti dei sanitari del luogo in cui sono state erogate, trasmetterà il formulario S068 (SEDs risposta a richiesta tariffazione ex E126) all'ufficio dell'AV3, il quale provvederà al rimborso in base alla tariffazione dell'istituzione competente.

Inoltre nel caso di trasporto dell'ammalato da uno dei Paesi sopra citati all'Italia, le norme comunitarie e statali non prevedono alcuna forma di rimborso delle spese sostenute.

Direttiva UE n. 24/ 2011

La Direttiva UE, recepita con D.Lgs. n. 38/2014, sulla "applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera" consente, inoltre, ai tutti gli assistiti dei Paesi UE, di usufruire di cure sanitarie negli altri Paesi dell'Unione alle stesse condizioni previste dal Sistema Sanitario di appartenenza.

Questo sistema prevede un'assistenza in forma indiretta, in quanto il paziente anticipa i costi dell'assistenza sanitaria (autorizzata nei casi previsti) e successivamente richiede il rimborso al competente ufficio dell'AV3 (Allegato 2).

Il rimborso per le prestazioni sanitarie sarà pari al costo che il Sistema Sanitario di appartenenza avrebbe sostenuto se le cure fossero state erogate nello Stato di appartenenza, senza superare il costo totale della cura.

N.B. Il D.Lgs. n. 38/2014, conformemente alle disposizioni contenute nella Direttiva 2011/24/UE, prevede che l'applicazione delle disposizioni dei Regolamenti di sicurezza sociale debba essere preferita rispetto a quelle del Decreto stesso (sempre che la persona assicurata non abbia chiesto diversamente).

Paesi in convenzione

Informazioni generali

Nel caso di temporaneo soggiorno nei Paesi convenzionati bilateralmente con l'Italia, l'assicurato deve recarsi, prima della partenza, presso i competenti uffici dell'AV3 del proprio Distretto di riferimento per verificare il possesso dei requisiti previsti dalla Convenzione con lo Stato di dimora (cfr tavole appendice) ed eventualmente richiedere (Allegato 1) un attestato di diritto (Tabella 1). Altrimenti sarà necessario stipulare una polizza sanitaria privata.

Presentando il modello rilasciato dall'AV3 all'ospedale pubblico o alla struttura convenzionata dello Stato di soggiorno è possibile ottenere un'assistenza limitata alle sole cure urgenti.

Le prestazioni sono gratuite, salvo il pagamento dell'eventuale ticket o di altra partecipazione alla spesa, che sono a diretto carico dell'assistito e non sono rimborsabili.

Come per i Paesi UE, SEE e Svizzera, se il soggiorno nei Paesi in Convenzione supera i 30 giorni, l'Ufficio Anagrafe Assistiti del Distretto di residenza provvederà a sospendere il medico di medicina generale, come previsto dalle norme in vigore. Al rientro in Italia, alla scadenza prevista o in anticipo rispetto alla stessa, sarà possibile ripristinare il rapporto con il medico di fiducia (**Circolare 11 maggio 1984**) o effettuare una nuova scelta del medico.

Tabella 1

Stato	*Modello*	*Aventi diritto*
ARGENTINA	I/RA-1	Titolari di pensione e loro familiari (tutte le categorie)
AUSTRALIA	Certificazione AV3	Tutti i cittadini iscritti al SSR (per un periodo massimo di 6 mesi)
BRASILE	I/B2	Lavoratori e pensionati e loro familiari a carico (solo settore privato)
CAPO VERDE	111	Lavoratori e pensionati e loro familiari a carico (settore pubblico e privato)

CITTA' DEL VATICANO E SANTA SEDE	nessuno	Non è prevista alcuna tutela
EX JUGOSLAVIA (Macedonia, Serbia-Montenegro, Bosnia-Erzegovina)	OBR 7	Lavoratori e pensionati e loro familiari a carico (solo settore privato)
PRINCIPATO DI MONACO	I/MC8	Lavoratori e pensionati e loro familiari a carico (settore pubblico e privato)
SAN MARINO	I/SMAR 8	Tutti i cittadini iscritti al SSR
TUNISIA	I/TN 11	Vedere tavole in appendice e la guida interattiva "Se parto per"

Eventuali spese sostenute

Poiché l'assistenza in forma indiretta non è prevista in alcun caso negli Stati convenzionati bilateralmente, qualora la prestazione fruita all'estero sia stata pagata dall'assicurato direttamente alla struttura, nonostante la presentazione dell'attestato di diritto, al rientro in Italia non sarà possibile richiederne il rimborso al competente ufficio territoriale.

Anche per gli Stati in convenzione le norme non prevedono la copertura delle spese per il trasferimento dell'infermo da una località estera all'Italia.

Paesi extra UE

Nei Paesi extra UE non è prevista alcuna forma di copertura sanitaria per soggiorno temporaneo.

E' esclusa anche la copertura delle prestazioni di pronto soccorso, quindi, prima della partenza, è necessario che l'assistito stipuli un'assicurazione sanitaria privata.

Studio

Paesi UE, SEE, Svizzera

L'assistenza sanitaria di un assicurato per motivi di studio (studente e/o familiare a carico, stagista e/o familiare a carico, titolare di borsa di studio e/o familiare a carico) in uno dei Paesi UE, SEE e Svizzera può essere limitata alle sole cure necessarie se si mantiene la residenza in Italia oppure completa se si trasferisce la residenza in uno di tali Stati.

Mantenimento di residenza in Italia - TEAM

Nel caso in cui l'assistito conservi la residenza in Italia l'assistenza sanitaria viene garantita tramite la TEAM o il certificato sostitutivo solo limitatamente alle cure medicalmente necessarie, anche se non urgenti.

Pertanto valgono le stesse indicazioni esposte nella sezione relativa al temporaneo soggiorno.

Trasferimento di residenza – Formulario S1

Se lo studente trasferisce la residenza in uno dei Paesi UE, SEE e Svizzera, può chiedere all'ufficio territoriale dell'AV3 del Distretto di ultima residenza il formulario comunitario S1 (ex E106) per un'assistenza sanitaria completa.

Aventi diritto

Possono richiedere il formulario S1:

1. gli studenti (e/o i familiari a carico) che seguono un corso di studio legalmente riconosciuto in uno dei Paesi sopra menzionati;
2. i titolari (e/o i familiari a carico) di borsa di studio rilasciata da un'istituzione italiana;
3. gli studenti (e/o i familiari a carico) che hanno vinto uno stage all'estero organizzato da un'Istituzione italiana.

Procedura di rilascio

Il modello S1 viene rilasciato dal competente ufficio territoriale, su richiesta dell'interessato o dei familiari (Allegato 1), presentando quanto segue:

- documentazione attestante l'iscrizione ad un corso di studio legalmente riconosciuto (per gli studenti) oppure comprovante l'attività da svolgere all'estero (compresa la documentazione da cui si evince l'assegnazione della borsa di studio) nel caso di borsisti e stagisti;

- documento di riconoscimento;
- codice fiscale (autocertificazione);
- tesserino cartaceo di iscrizione al SSR (da ritirare);
- tessera TEAM (da ritirare).

All'atto dell'emissione del formulario S1, previa richiesta, si emette anche certificato sostitutivo provvisorio della TEAM con validità semestrale (procedura con codice HIC tramite ASUR Marche – Circolare Ministero della Salute prot. n. DG RUERI/II/9004/I.3.b/1 del 18.05.2010 e Circolare ASUR Marche prot. n. 23496 del 22.09.2010), il quale permette di ricevere prestazioni medicalmente necessarie durante temporaneo soggiorno in uno Stato diverso da quello di residenza (compresa l'Italia).

Una volta ottenuto il formulario, lo studente, insieme ai suoi familiari, deve presentarlo presso una Cassa del nuovo Paese di residenza, per godere di un'assistenza completa alla pari degli assistiti del luogo.

Le prestazioni sono gratuite salvo il pagamento dell'eventuale ticket o di altra partecipazione alla spesa che sono a carico dell'interessato e non rimborsabili.

Validità del formulario

Il modello S1 ha validità fino al termine del corso frequentato e comunque al massimo annuale ed è rinnovabile alla scadenza con le stesse modalità di rilascio.

Rientro saltuario in Italia

Nel caso in cui lo studente e/o i familiari rientrino saltuariamente in Italia, hanno diritto alle prestazioni incluse nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) ed anche all'iscrizione del medico di medicina generale/pediatra di libera scelta, presentando agli Uffici Anagrafe Assistiti dell'AV3 l'attestato ex art. 12 del DPR n. 618/1980 rilasciato dalle rappresentanze diplomatiche o atto di notorietà.

Nel caso in cui il tempo di rientro in Italia sia troppo breve e non permetta la reiscrizione nell'elenco degli assistibili del proprio medico di medicina generale/pediatra di libera scelta, è possibile, presentando il certificato sostitutivo provvisorio, l'assistenza medico-generica e pediatrica attraverso il sistema delle visite occasionali ed i servizi di guardia medica con oneri a carico dell'interessato, per i quali si potrà richiedere il rimborso (Allegato 14).

Paesi in convenzione

L'assistenza sanitaria per motivi di studio non rientra nel campo di applicazione delle Convenzioni di sicurezza sociale con l'Italia.

Pertanto le modalità di copertura sanitaria sono analoghe a quelle dei Paesi extra UE e sono illustrate nel successivo paragrafo.

Paesi extra UE

Nei Paesi extra UE, in caso di studio, è possibile usufruire dell'assistenza sanitaria in forma indiretta (attestato ex art. 15 DPR n. 618/1980) solo nel caso di stagista e/o familiare a carico e di titolare di borsa di studio e/o familiare a carico.

Infatti per uno studente che decide di seguire un corso di studi all'estero/master a pagamento o su base volontaria, senza selezione da parte dell'università italiana non è prevista alcuna forma di tutela, è esclusa anche la copertura delle prestazioni di pronto soccorso.

Quindi è necessario provvedere, prima della partenza, alla stipula di un'assicurazione sanitaria privata.

Aventi diritto

L'assistenza sanitaria in forma indiretta è rivolta a coloro che sono titolari di borsa di studio o hanno vinto uno stage all'estero presso università o fondazioni straniere, dopo aver superato una selezione (bando italiano). Rientrano in questa tipologia: borsa di mobilità all'estero, borsa europea, borsa intercultura, dottorato di ricerca con borsa di studio.

Procedura di rilascio

Gli Uffici territoriali dell'AV3 del Distretto di residenza rilasciano l'attestato di diritto, previa richiesta da parte dell'interessato (Allegato 1) e dietro presentazione dei seguenti documenti:

- documentazione attestante la titolarità della borsa di studio o dello stage ed il superamento della selezione;
- documento di riconoscimento;
- codice fiscale (autocertificazione);
- tesserino cartaceo di iscrizione al SSR (da ritirare).

Tali uffici dovranno anche trasmettere al Ministero della Salute copia dell'attestato in formato elettronico all'indirizzo e-mail **minsalute_estero.dgprog@sanita.it**

Se la permanenza all'estero supera i 30 giorni, l'ufficio provvederà anche alla sospensione del medico di medicina generale, il quale verrà riattivato, su richiesta dell'interessato, al rientro in Italia (alla scadenza prevista o in anticipo rispetto alla stessa).

Validità dell'attestato

L'attestato è valido per il periodo di soggiorno all'estero.

Rimborso di eventuali spese sostenute

Nel caso in cui l'interessato, avesse necessità di usufruire di prestazioni sanitarie, dovrà anticipare le spese sanitarie sostenute e, poi, chiederne il rimborso. La richiesta di rimborso deve essere presentata al Ministero della Salute tramite Ambasciata o Consolato italiani all'estero territorialmente competenti, entro tre mesi dalla data di effettuazione dell'ultima spesa sanitaria, allegando la seguente documentazione:

1. **domanda di rimborso** redatta dal titolare dell'assistenza con l'apposizione della data di presentazione e del timbro da parte della Rappresentanza ai fini dell'accertamento dei termini di decadenza;
2. copia dell'**attestato ex art. 15 del DPR n. 618/1980**;
3. **parere motivato** del Capo della Rappresentanza diplomatica o dell'Ufficio consolare circa la congruità dei prezzi, tariffe, onorari del luogo, con il quale venga specificato se l'assistito sia stato costretto a rivolgersi a struttura privata in mancanza o per inadeguatezza di strutture pubbliche;
4. codice fiscale del titolare dell'assistenza, ovvero del titolare di borsa di studio;
5. certificato medico con diagnosi e/o relazione sanitaria;
6. in caso di ricovero ospedaliero dichiarazione, da parte della struttura sanitaria, del costo della degenza ordinaria in vigore nella struttura medesima;
7. documentazione di spesa in originale, regolarmente quietanzata, rilasciata in conformità con le norme fiscali vigenti nel Paese (fatture, quietanze o ricevute di pagamento) dalla quale risulti la distinta dei singoli costi delle prestazioni;
8. traduzione in lingua italiana della documentazione qualora quest'ultima sia in lingua diversa da inglese e francese;
9. modalità di rimborso: domicilio o c/c bancario del titolare in Italia, con i relativi codici ABI/CAB e IBAN;
10. una copia di tutto il carteggio.

L'Ambasciata o l'Ufficio Consolare, previa verifica della completezza degli atti presentati in originale, appone il visto su tutta la documentazione (tranne l'attestato) e la trasmette, debitamente tradotta, al Ministero della Salute.

Adempimenti ministeriali

Il Ministero della Salute, verificata la regolarità e la completezza della documentazione, inoltrerà al competente organo di controllo del Ministero dell'Economia e delle Finanze il provvedimento di liquidazione delle spese sanitarie sostenute nel rispetto dei LEA garantiti dal SSR o, in caso contrario, qualora vengano a mancare i presupposti giuridici, procederà con un provvedimento di reiezione.

Rientro saltuario in Italia

In caso di rientro saltuario in Italia l'interessato ha diritto alle prestazioni garantite alla generalità degli assistiti. In particolare, nel caso in cui il tempo di rientro in Italia sia troppo breve e non permetta la reiscrizione nell'elenco degli assistibili del proprio medico di medicina generale/pediatra di libera scelta, è possibile presentando la TEAM l'assistenza medico-generica e pediatrica attraverso il sistema delle visite occasionali ed i servizi di guardia medica con oneri a carico dell'assistito, per i quali potrà richiedere il rimborso (Allegato 14).

Lavoro

Paesi UE, SEE, Svizzera

L'assistenza sanitaria per motivi di lavoro nei Paesi UE, SEE e Svizzera è garantita dalla tessera TEAM limitatamente alle cure medicalmente necessarie, mentre una copertura completa alla pari degli assistiti del Paese di destinazione è assicurata dal formulario comunitario S1.

In particolare il tipo di modello/tessera dipende dal mantenimento o meno della residenza in Italia del lavoratore e dalla tipologia di lavoro che lo stesso svolge.

Ovviamente l'assistenza sanitaria è una garanzia per i lavoratori di diritto italiano. Pertanto se il soggetto si reca in uno di tali Paesi per un datore di lavoro estero e non versa i contributi in Italia, la copertura sanitaria è a carico del Paese dove svolge l'attività lavorativa.

Mantenimento di residenza in Italia – tessera TEAM o formulario S1

Nel caso in cui il lavoratore di qualsiasi settore conservi la residenza in Italia, l'assistenza sanitaria viene garantita tramite la TEAM o il certificato sostitutivo solo limitatamente alle cure medicalmente necessarie, anche se non urgenti. Pertanto valgono le stesse indicazioni esposte nella sezione relativa al temporaneo soggiorno.

Un'assistenza sanitaria completa è garantita dal formulario S1 per tutte le categorie di lavoratori (ad eccezione del lavoratore dei trasporti internazionali (e/o familiari a carico) che mantiene la residenza in Italia ed utilizza la TEAM), rilasciato con le modalità descritte nel successivo paragrafo.

Il lavoratore frontaliero (e/o familiari a carico), cioè colui che mantiene la residenza in Italia e deve rientrare tutti i giorni o almeno una volta alla settimana, gode di assistenza sanitaria completa con il formulario S1 emesso dall'istituzione del Paese in cui versa i contributi e per cui lavora. Il formulario viene poi presentato all'Azienda Sanitaria dello Stato di residenza e garantisce assistenza sanitaria completa in entrambi gli Stati (quello in cui lavora e quello di residenza).

Se il soggiorno in uno di tali Paesi supera i 30 giorni, l'Ufficio Anagrafe Assistiti del Distretto di residenza provvederà a sospendere il medico di medicina generale, come previsto dalle norme in vigore. Al rientro in Italia, alla scadenza prevista o in anticipo rispetto alla stessa, sarà possibile ripristinare il rapporto con il medico di fiducia (Circolare 11 maggio 1984) o effettuare una nuova scelta del medico.

Rientro saltuario in Italia

In caso di rientro saltuario in Italia l'interessato ha diritto alle prestazioni garantite alla generalità degli assistiti. In particolare, nel caso in cui il tempo di rientro in Italia sia troppo breve e non permetta la reiscrizione nell'elenco degli assistibili del proprio medico di medicina generale/pediatra di libera scelta, è possibile, presentando la tessera TEAM, l'assistenza medico-generica e pediatrica attraverso il sistema delle visite occasionali ed i servizi di guardia medica con oneri a carico del lavoratore, per i quali potrà richiedere il rimborso (Allegato 14).

Trasferimento di residenza - Formulario S1

Se il lavoratore trasferisce la residenza in uno dei Paesi in cui svolge l'attività, prima di partire può richiedere il formulario comunitario S1 per godere di un'assistenza sanitaria completa in questo Paese.

Aventi diritto

Le categorie di lavoratori che possono richiedere il modello S1 sono:

1. lavoratore privato autonomo (e/o familiare a carico);
2. lavoratore privato subordinato (e/o familiare a carico);
3. lavoratore pubblico (e/o familiare a carico);
4. libero professionista (e/o familiare a carico);
5. militare;
6. ministro di culto;
7. personale diplomatico (e/o familiare a carico).

Procedura di rilascio

Gli Uffici territoriali dell'AV3 del Distretto di ultima residenza (in subordine, in casi particolari, l'Azienda Sanitaria del datore di lavoro solo per le categorie di lavoratore pubblico, militare e personale diplomatico) rilasciano l'attestato di diritto, previa richiesta da parte dell'interessato (Allegato 1) e dietro presentazione della seguente documentazione:

- modello A1 rilasciato dall'Istituto previdenziale con validità di due anni (questo documento attesta che il lavoratore resta assicurato con la legislazione sociale italiana per il periodo dello svolgimento del lavoro all'estero);
- autorizzazione del Paese estero (dal terzo anno in poi) alla prosecuzione del regime di sicurezza sociale italiano, notificata per il tramite delle sedi INPS competenti e del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (circolare Ministero della Salute prot. n. 17416 del 11.07.2012);
- contratto di lavoro/provvedimento di incarico o autocertificazione;
- documento di riconoscimento;

- codice fiscale (autocertificazione);
- tesserino cartaceo di iscrizione al SSR (da ritirare);
- tessera TEAM (da ritirare);
- autocertificazione di ciascun familiare fiscalmente a carico (nel caso di richiesta di S1 anche per i familiari).

Per i soli **lavoratori pubblici** il modello A1 è valido per l'intera durata del distacco e non è richiesta l'autorizzazione del Paese estero, in quanto essi rimangono sempre assoggettati alla legislazione dello stato di appartenenza.

Per i **lavoratori privati autonomi** e per i **liberi professionisti**, in caso di difficoltà a ricevere il modello A1, nelle more, potrà essere presentata:

- documentazione comprovante l'attività professionale;
- documentazione o autocertificazione del versamento dei contributi;
- dichiarazione o documentazione di assolvimento degli obblighi fiscali in Italia;
- documentazione o autocertificazione di eventuale iscrizione agli albi professionali.

Per i **ministri di culto** è necessaria la seguente documentazione per il rilascio del formulario S1:

- modello A1 rilasciato dall'istituto previdenziale;
- dichiarazione dell'Istituto centrale del sostentamento del Clero attestante la remunerazione ai sensi della (**Legge 20 maggio 1985 n. 222**) o dichiarazione analoga per altre religioni nella quale si evince il rapporto di lavoro;
- documentazione comprovante il mantenimento all'assoggettamento alla legislazione previdenziale italiana;
- codice fiscale (autocertificazione);
- tesserino cartaceo di iscrizione al SSR (da ritirare).

Per i soli lavoratori che hanno trasferito la residenza nel Paese in cui svolge l'attività, all'atto dell'emissione del formulario S1, previa richiesta, si emette anche certificato sostitutivo provvisorio della TEAM con validità semestrale (procedura con codice HIC tramite ASUR Marche – Circolare Ministero della Salute prot. n. DG RUERI/II/9004/I.3.b/1 del 18.05.2010 e Circolare ASUR Marche prot. n. 23496 del 22.09.2010), il quale permette di ricevere prestazioni medicalmente necessarie durante temporaneo soggiorno in uno Stato diverso da quello di residenza (compresa l'Italia).

Una volta ottenuto il formulario, il lavoratore, insieme ai suoi familiari, deve presentarlo presso una Cassa del Paese in cui compie l'attività lavorativa, per godere di un'assistenza completa alla pari degli assistiti del luogo.

Le prestazioni sono gratuite salvo il pagamento dell'eventuale ticket o di altra partecipazione alla spesa che sono a carico dell'interessato e non rimborsabili.

Validità del formulario

Il modello S1 ha validità annuale ed è rinnovabile per l'intera durata dell'occupazione.

Rientro saltuario in Italia

Nel caso in cui il lavoratore e/o i familiari rientrino saltuariamente in Italia, hanno diritto alle prestazioni incluse nei LEA ed anche all'iscrizione del medico di medicina generale/pediatra di libera scelta, presentando agli Uffici Anagrafe Assistiti dell'AV3 l'attestato ex art. 12 del DPR n. 618/1980 rilasciato dalle rappresentanze diplomatiche o atto di notorietà.

Nel caso in cui il tempo di rientro in Italia sia troppo breve e non permetta la reiscrizione nell'elenco degli assistibili del proprio medico di medicina generale/pediatra di libera scelta, è possibile, presentando il certificato sostitutivo, l'assistenza medico-generica e pediatrica attraverso il sistema delle visite occasionali ed i servizi di guardia medica con oneri a carico dell'interessato, per i quali potrà richiedere il rimborso (Allegato 14).

Paesi in convenzione

I soggetti distaccati per motivi di lavoro negli Stati bilateralmente convenzionati fruiscono dell'assistenza sanitaria in forma diretta o indiretta a seconda di quanto previsto dalla Convenzione. L'assistenza in forma indiretta si applica ai casi non inclusi nella Convenzione e si esplica tramite l'attestato ex art. 15 DPR n. 618/1980. La procedura di rilascio di tale modello è indicato nel successivo paragrafo relativo ai Paesi extra UE.

Se il soggetto si reca in uno di tali Stati per un datore di lavoro estero e non versa i contributi in Italia, la copertura sanitaria è a carico del Paese dove svolge l'attività lavorativa.

Il lavoratore, prima della partenza, può recarsi presso i competenti uffici dell'AV3 del proprio Distretto di residenza per verificare il possesso dei requisiti previsti dalla Convenzione con lo Stato di dimora (cfr tavole appendice) ed eventualmente richiedere (Allegato 1) un attestato di diritto (Tabella 2).

Presentando il modello rilasciato dall'AV3 presso una Cassa dello Stato di destinazione, il lavoratore avrà diritto, insieme ai suoi familiari (ove previsto), a ricevere l'assistenza sanitaria in forma completa alla pari degli assistiti del luogo.

Le prestazioni sono gratuite, salvo il pagamento dell'eventuale ticket o di altra partecipazione alla spesa, che sono a diretto carico dell'assistito e non sono rimborsabili.

Si riporta di seguito l'elenco degli Stati con a fianco il tipo di modulo da richiedere e le categorie che hanno diritto ai benefici.

Si riporta di seguito l'elenco degli Stati con a fianco il tipo di modulo.

Tabella 2

Stato	*Modello*	*Aventi diritto*
ARGENTINA	Attestato ex art. 15 DPR n. 618/1980	Lavoratori distaccati
AUSTRALIA	Certificazione AV3	Tutti i cittadini iscritti al SSR (per i primi 6 mesi limitata alle sole prestazioni urgenti)
	Attestato ex art. 15 DPR n. 618/1980	Tutti i cittadini iscritti al SSR (per il periodo superiore ai 6 mesi o per integrare l'assistenza sanitaria nei primi 6 mesi)
BRASILE	I/B2	Lavoratori settore privato (presentazione mod. I/B1 rilasciato dall'INPS)
	Attestato ex art. 15 DPR n. 618/1980	Tutti gli altri lavoratori
CAPO VERDE	106	Tutte le tipologie di lavoratori
CITTA' DEL VATICANO E SANTA SEDE	123	Tutte le tipologie di lavoratori (copertura solo per infortuni e malattie professionali)
EX JUGOSLAVIA (Macedonia, Serbia-Montenegro, Bosnia-Erzegovina)	OBR 7	Lavoratori settore privato (presentazione mod. OBR 1 rilasciato dall'INPS)
	Attestato ex art. 15 DPR n. 618/1980	Tutti gli altri lavoratori
PRINCIPATO DI MONACO	I/MC7	Lavoratori italiani e monegaschi
	Attestato ex art. 15 DPR n. 618/1980	Tutti gli altri lavoratori
SAN MARINO	I/SMAR 5	Tutte le tipologie di lavoratori
TUNISIA	I/TN 8	Lavoratori settore privato (presentazione mod. I/TN4 rilasciato dall'INPS)
	Attestato ex art. 15 DPR n. 618/1980	Tutti gli altri lavoratori

Se il soggiorno nei Paesi in Convenzione supera i 30 giorni, l'ufficio territoriale competente provvederà a sospendere il medico di medicina generale, come previsto dalle norme in vigore. Al rientro in Italia, alla scadenza prevista o in anticipo rispetto alla stessa, sarà possibile ripristinare il rapporto con il medico di fiducia (Circolare 11 maggio 1984) o effettuare una nuova scelta del medico.

Paesi extra UE

Nei Paesi extra UE, in caso di distacco lavorativo, è possibile usufruire dell'assistenza sanitaria in forma indiretta tramite l'attestato ex art. 15 DPR n. 618/1980.

Se il soggetto si reca in uno di Paesi per un datore di lavoro estero e non versa i contributi in Italia, la copertura sanitaria è a carico dello Stato dove svolge l'attività lavorativa.

Aventi diritto

L'assistenza sanitaria in forma indiretta è rivolta a tutte le tipologie di lavoratori e/o ai familiari fiscalmente a carico.

Procedura di rilascio

Gli Uffici territoriali dell'AV3 del Distretto di residenza rilasciano l'attestato di diritto, previa richiesta da parte dell'interessato (Allegato 1) e dietro presentazione della seguente documentazione:

- nota di trasferimento all'estero e documentazione comprovante il mantenimento all'assoggettamento al sistema previdenziale italiano;
- documento di riconoscimento;
- codice fiscale (autocertificazione);
- tesserino cartaceo di iscrizione al SSR (da ritirare in caso di distacco per più di 30 giorni).

Tali uffici dovranno anche trasmettere al Ministero della Salute copia dell'attestato in formato elettronico all'indirizzo e-mail **minsalute_estero.dgprog@sanita.it**

I **lavoratori del settore pubblico** possono richiedere il rilascio dell'attestato:

1. all' AV3 – Distretto di residenza;
2. al Ministero della Salute;
3. alla Rappresentanza diplomatica (sede di servizio) nel Paese estero, previa esibizione della documentazione sopra riportata.

L'attestato dovrà essere trasmesso all'AV3 in caso di rilascio da parte di ente diverso, oltre al Ministero della Salute.

La mancata comunicazione all'AV3 – Distretto di residenza comporta la perdita del diritto al rimborso delle spese sanitarie sostenute all'estero.

Se la permanenza all'estero supera i 30 giorni, l'ufficio provvederà anche alla sospensione del medico di medicina generale, il quale verrà riattivato, su richiesta dell'interessato, al rientro in Italia (alla scadenza prevista o in anticipo rispetto alla stessa).

Validità dell'attestato

L'attestato è valido per il periodo di permanenza all'estero, che non può essere superiore a due anni.

Rimborso di eventuali spese sostenute

Nel caso in cui l'interessato, avesse necessità di usufruire di prestazioni sanitarie, dovrà anticipare le spese sanitarie sostenute e, poi, chiederne il rimborso. La richiesta di rimborso deve essere presentata al Ministero della Salute tramite Ambasciata o Consolato italiani all'estero territorialmente competenti, entro tre mesi dalla data di effettuazione dell'ultima spesa sanitaria, allegando la seguente documentazione:

1. domanda di rimborso redatta dal titolare dell'assistenza con l'apposizione della data di presentazione e del timbro da parte della Rappresentanza ai fini dell'accertamento dei termini di decadenza;
2. copia dell'attestato ex art. 15 del DPR n. 618/1980;
3. parere motivato del Capo della Rappresentanza diplomatica o dell'Ufficio consolare circa la congruità dei prezzi, tariffe, onorari del luogo, con il quale venga specificato se l'assistito sia stato costretto a rivolgersi a struttura privata in mancanza o per inadeguatezza di strutture pubbliche;
4. codice fiscale del titolare dell'assistenza, ovvero del lavoratore;
5. certificato medico con diagnosi e/o relazione sanitaria;
6. in caso di ricovero ospedaliero dichiarazione, da parte della struttura sanitaria, del costo della degenza ordinaria in vigore nella struttura medesima;
7. documentazione di spesa in originale, regolarmente quietanzata, rilasciata in conformità con le norme fiscali vigenti nel Paese (fatture, quietanze o ricevute di pagamento) dalla quale risulti la distinta dei singoli costi delle prestazioni;
8. traduzione in lingua italiana della documentazione qualora quest'ultima sia in lingua diversa da inglese e francese;
9. modalità di rimborso: domicilio o c/c bancario del titolare in Italia, con i relativi codici ABI/CAB e IBAN;
10. una copia di tutto il carteggio.

L'Ambasciata o l'Ufficio Consolare, previa verifica della completezza degli atti presentati in originale, appone il visto su tutta la documentazione (tranne l'attestato) e la trasmette, debitamente tradotta, al Ministero della Salute.

Adempimenti ministeriali

Il Ministero della Salute, verificata la regolarità e la completezza della documentazione, inoltrerà al competente organo di controllo del Ministero dell'Economia e delle Finanze il provvedimento di liquidazione delle spese sanitarie sostenute nel rispetto dei LEA garantiti dal SSR o, in caso contrario, qualora vengano a mancare i presupposti giuridici, procederà con un provvedimento di reiezione.

Rientro saltuario in Italia

In caso di rientro saltuario in Italia l'interessato ha diritto alle prestazioni garantite alla generalità degli assistiti. In particolare, nel caso in cui il tempo di rientro in Italia sia troppo breve e non permetta la reiscrizione nell'elenco degli assistibili del proprio medico di medicina generale/pediatra di libera scelta, è possibile, esibendo la tessera TEAM, l'assistenza medico-generica e pediatrica attraverso il sistema delle visite occasionali ed i servizi di guardia medica con oneri a carico del lavoratore, per i quali potrà richiedere il rimborso (Allegato 14).

Ricerca di lavoro

Paesi UE, SEE, Svizzera

Nel caso in cui l'assicurato si rechi in uno dei Paesi UE, SEE, Svizzera per cercare lavoro la copertura sanitaria è garantita solo per le cure medicalmente necessarie tramite la tessera TEAM o il certificato sostitutivo provvisorio .

Pertanto valgono le stesse indicazioni esposte nella sezione relativa al temporaneo soggiorno.

Nel momento in cui il soggetto trova lavoro, si dovrà iscrivere presso una Cassa malattia dello Stato in cui si trova. In questo modo potrà godere di un'assistenza sanitaria completa e diventerà un assistito di tale Paese. Di conseguenza non potrà più utilizzare la TEAM italiana o il certificato sostitutivo.

Il Paese in cui lavora dovrà rilasciargli la nuova TEAM che sarà valida in tutti i paesi compresa l'Italia. Analogo discorso vale per i familiari fiscalmente a carico.

La Cassa malattia dello Stato in questione dovrà informare l'Ufficio Anagrafe Assistiti dell'AV3 della nuova iscrizione.

Paesi in convenzione

L'assistenza sanitaria nel caso in cui l'assicurato ricerchi lavoro non rientra nel campo di applicazione delle Convenzioni di sicurezza sociale con l'Italia. Fanno eccezione l'Australia la cui convenzione, per motivi personali, turismo ecc. prevede una copertura sanitaria tramite certificazione dell'AV3 per un periodo non superiore a 6 mesi e San Marino per il quale è previsto l'attestato I/SMAR8 nel caso di disoccupato in cerca di lavoro. Ovviamente in entrambi i casi la copertura sanitaria è limitata alle sole cure urgenti.

Pertanto, come per i Paesi extra UE, è necessaria una copertura sanitaria privata.

Paesi extra UE

In caso di ricerca di lavoro in uno degli Stati extra UE non è prevista alcuna forma di assistenza sanitaria, è esclusa anche la copertura delle prestazioni di pronto soccorso.

Quindi è necessario provvedere, prima della partenza, alla stipula di un'assicurazione sanitaria privata.

Trasferimento di residenza

Tutti coloro che trasferiscono la residenza dall'Italia verso un altro Stato, perdono il diritto all'assistenza sanitaria, sia in Italia che all'estero, e ciò avviene automaticamente all'atto della cancellazione presso l'anagrafe comunale. Fanno eccezione i casi di studio e lavoro già trattati nei precedenti capitoli e i casi che verranno descritti nei successivi paragrafi.

Paesi UE, SEE, Svizzera

L'assistenza sanitaria, nel caso di trasferimento di residenza in uno dei Paesi UE, SEE, Svizzera, viene garantita, oltre ai casi di studio e lavoro, solo nei seguenti casi:

- familiare che risiede in un Paese diverso da quello del lavoratore (del settore pubblico, del settore privato autonomo o subordinato) capofamiglia a cui risulta fiscalmente a carico;
- pensionato (del settore pubblico, del settore privato autonomo o subordinato) e/o familiare fiscalmente a carico.

Familiare residente in uno Stato diverso dal lavoratore a cui è a carico – Formulario S1

Se l'interessato risulta familiare a carico fiscalmente di un lavoratore italiano e trasferisce la residenza in un Paese diverso da quello in cui risiede il capofamiglia, prima di partire può richiedere il formulario comunitario S1 (ex E109) per godere di un'assistenza sanitaria completa in questo Paese.

Aventi diritto

Possono richiedere il formulario S1 i familiari a carico fiscalmente di lavoratore del settore pubblico e del settore privato autonomo o subordinato che trasferiscono la residenza in un Paese nel quale non risiede né lavora il capofamiglia (assistito italiano sulla base di un contratto di diritto italiano).

Procedura di rilascio

Gli Uffici territoriali dell'AV3 del Distretto di ultima residenza del familiare o in subordine di appartenenza del datore di lavoro del capofamiglia rilasciano il formulario S1, previa richiesta da parte dell'interessato (Allegato 1) e dietro presentazione della seguente documentazione:

- dichiarazione di familiare a carico e di non svolgimento di attività lavorativa nello Stato di residenza;
- documento di riconoscimento;
- codice fiscale (autocertificazione);

- tesserino cartaceo di iscrizione al SSR (da ritirare);
- tessera TEAM (da ritirare).

All'atto dell'emissione del formulario S1, previa richiesta, si emette anche certificato sostitutivo provvisorio della TEAM con validità semestrale (procedura con codice HIC tramite ASUR Marche – Circolare Ministero della Salute prot. n. DG RUERI/II/9004/I.3.b/1 del 18.05.2010 e Circolare ASUR Marche prot. n. 23496 del 22.09.2010), il quale permette di ricevere prestazioni medicalmente necessarie durante il temporaneo soggiorno in uno Stato diverso da quello di residenza (compresa l'Italia).

Una volta ottenuto il formulario, il familiare deve presentarlo presso una Cassa del Paese di residenza che lo iscriverà dopo aver accertato, in base alla propria legislazione, il carico familiare.
Il modello S1 da diritto a ricevere un'assistenza sanitaria completa alla pari degli assistiti del luogo.

Le prestazioni sono gratuite salvo il pagamento dell'eventuale ticket o di altra partecipazione alla spesa che sono a carico dell'interessato e non rimborsabili.

Validità del formulario

Il modello S1 ha validità annuale ed è rinnovabile.

Pensionato e/o familiare a carico – Formulario S1

Per i titolari di pensione italiana contributiva e loro familiari a carico che hanno trasferito la residenza in uno degli stati UE, SEE e Svizzera dopo il 1980 e che non hanno diritto all'assistenza sanitaria a carico del paese di residenza, l'ultima ASL dove l'assistito è stato iscritto deve rilasciare il Mod. E121 (ora S1). Tale modello va invece richiesto al Ministero della Salute Direzione Generale della Programmazione Sanitaria se i pensionati hanno cambiato la residenza prima del 1980.

Il modello da diritto all'assistenza sanitaria alla pari dei cittadini del paese estero dove prenderà la residenza con oneri a carico dello stato italiano.
SE SI E' TITOLARI DI DUE PENSIONI DI CUI UNA CORRISPOSTA DAL PAESE DI RESIDENZA, SPETTERA' A QUEST ULTIMO ASSICURARE L'ASSISTENZA SANITARIA.

Aventi diritto

Pensionati e familiari a carico, con pensione contributiva rilasciata da un ente previdenziale italiano.

Procedura di rilascio

Gli uffici territoriali dell' AV3 del Distretto di ultima residenza rilasciano l'attestato di diritto previa richiesta da parte dell'interessato (Allegato 3) presentando:

- una autocertificazione (Allegato 4 - ai sensi della vigente normativa Circolare Ministero della Salute 07/02/2012), attestante la titolarità di sola pensione italiana contributiva, indicando il numero di categoria e la sede INPS competente;
- documento di riconoscimento;
- codice fiscale (autocertificazione);
- tesserino cartaceo di iscrizione al SSR (da ritirare);
- tessera TEAM (da ritirare).

Spetterà poi al competente ufficio dell'AV3 verificare quanto dichiarato, acquisendo idonea certificazione dall'istituto previdenziale, visto che nel documento portabile S1 non è più previsto il quadro che doveva essere compilato dall'istituto stesso.

All'atto dell'emissione del formulario S1, previa richiesta, si emette anche certificato sostitutivo provvisorio della TEAM con validità semestrale (procedura con codice HIC tramite ASUR Marche - Circolare Ministero della Salute prot. n. DG RUERI/II/9004/I.3.b/1 del 18.05.2010 e Circolare ASUR Marche prot. n. 23496 del 22.09.2010), il quale permette di ricevere prestazioni medicalmente necessarie durante il temporaneo soggiorno in uno Stato diverso da quello di residenza (compresa l'Italia).

Una volta ottenuto il formulario, il pensionato, insieme ai suoi familiari, deve presentarlo presso una Cassa del Paese di residenza, la quale provvederà ad iscriverlo, ricevendo così un'assistenza sanitaria completa alla pari degli assistiti del luogo.

Validità del formulario

Il modello S1 (ex Mod. E 121) ha durata illimitata.

Richiedente pensione e/o familiare a carico - Formulario S1

Nel caso si tratti invece di un assistito che abbia richiesto una pensione contributiva e suoi familiari a carico e che abbia comunque cambiato la residenza il modello, che l'AV3 del Distretto di ultima iscrizione rilascia, è il Mod. E120 (ora S1). E' un modello provvisorio che viene emesso solo in attesa di pensione, dovrà quindi essere chiuso con il relativo Mod. E108 (ora S016 o S018), al momento che la pratica di pensione sarà definita e sarà necessario rilasciare il Mod. E 121 (S1).

Procedura di rilascio

Gli uffici territoriali dell'AV3 del Distretto di ultima residenza rilasciano l'attestato di diritto previa richiesta da parte dell'interessato (Allegato 3) e presentando anche in questo caso una autocertificazione (Allegato 4) in cui si dichiara di aver presentato domanda di pensione specificando l'istituto competente e sarà poi cura dell'AV3 verificare la veridicità di tale autocertificazione presso l'istituto competente.

Validità del formulario

Il formulario è provvisorio fino alla definizione della pratica di pensione.

Paesi in convenzione

Gli Stati bilateralmente convenzionati possono garantire, come i Paesi UE, SEE, Svizzera, assistenza sanitaria anche a:

- familiari che risiedono in un Paese diverso da quello del lavoratore capofamiglia a cui risulta fiscalmente a carico;
- pensionati e/o familiare fiscalmente a carico;

ove previsto dagli Accordi, altrimenti è necessario provvedere, prima della partenza, alla stipula di un'assicurazione sanitaria privata.

Familiare residente in uno Stato diverso dal lavoratore a cui è a carico

Il familiare a carico fiscalmente di lavoratore che svolge la propria attività in Italia e che trasferisca la residenza in uno Stato in Convenzione, prima della partenza, può recarsi presso il competente ufficio dell'AV3 del Distretto di ultima residenza per verificare il possesso dei requisiti previsti dalla Convenzione con lo Stato di residenza (cfr tavole appendice) ed eventualmente richiedere (Allegato 1) un attestato di diritto (Tabella 3).

Presentando il modello rilasciato dall'AV3 presso una Cassa dello Stato di destinazione il familiare avrà diritto a ricevere l'assistenza sanitaria in forma completa alla pari degli assistiti del luogo.

Le prestazioni sono gratuite, salvo il pagamento dell'eventuale ticket o di altra partecipazione alla spesa, che sono a diretto carico dell'assistito e non sono rimborsabili.

Si riporta di seguito l'elenco degli Stati con a fianco il tipo di modulo, da richiedere e le categorie che hanno diritto ai benefici.

Tabella 3

Stato	*Modello*	*Aventi diritto*
ARGENTINA	nessuno	Non è prevista alcuna tutela
AUSTRALIA	nessuno	Non è prevista alcuna tutela

BRASILE	I/B3	Solo per familiari di lavoratori del settore privato
CAPO VERDE	109	Familiari di tutte tipologie di lavoratori
CITTA' DEL VATICANO E SANTA SEDE	nessuno	Non è prevista alcuna tutela
EX JUGOSLAVIA (Macedonia, Serbia-Montenegro, Bosnia- Erzegovina)	OBR 5	Solo per familiari di lavoratori del settore privato
PRINCIPATO DI MONACO	I/MC5	Solo per familiari di lavoratori del settore privato
SAN MARINO	I/SMAR 5	Familiari di tutte tipologie di lavoratori
TUNISIA	I/TN 10	Solo per familiari di lavoratori del settore privato

Pensionato e/o familiare a carico

Alcune categorie di pensionati e loro familiari a carico che trasferiscono la residenza in paesi stranieri con i quali è previsto un accordo bilaterale hanno diritto all'assistenza sanitaria con oneri a carico dell'Italia.

Per ottenere questo beneficio è necessario richiedere all'AV3 del Distretto di ultima residenza (Allegato 1) l'attestato previsto.

Tale attestato dovrà essere compilato nelle parti di competenza anche dall'ente previdenziale italiano che eroga la pensione e dovrà essere presentato presso la Cassa Mutua del Paese dove si è trasferita la residenza, così da avere diritto all'assistenza sanitaria completa salvo il pagamento dell'eventuale ticket o di altra partecipazione alla spesa che saranno a carico dell'assistito e non saranno rimborsabili.

Si riporta di seguito l'elenco degli Stati in convenzione, il tipo di modello da richiedere e le categorie che hanno diritto ai benefici.

Tabella 4

STATO	MODELLO	CATEGORIE AVENTI DIRITTO
ARGENTINA	I/RA 2 (Circolare 24 ottobre 1985)	Pensionati settore: privato/autonomo e/o fam. a carico privato/subordinato e/o fam. a carico pubblico e/o fam. a carico
AUSTRALIA	nessuno	Non è prevista alcuna tutela

BRASILE	I/B2	Pensionati settore: privato/autonomo e/o fam. a carico privato/subordinato e/o fam. a carico
CAPO VERDE	IT/CV 121	Pensionati settore: privato/autonomo e/o fam. a carico privato/subordinato e/o fam. a carico pubblico e/o fam. a carico
CITTA' DEL VATICANO	Non è prevista alcuna tutela	
EX JUGOSLAVIA (Macedonia, Serbia Erzegovina, Bosnia Montenegro)	12 OBR	Pensionati settore: privato/autonomo e/o fam. a carico privato/subordinato e/o fam. a carico
PRINCIPATO DI MONACO	I/MC4 (circolare 1 luglio 1987)	Pensionati settore: privato/autonomo e/o fam. a carico privato/subordinato e/o fam. a carico
REPUBBLICA DI SAN MARINO	I/SMAR 11	Pensionati settore: privato/autonomo e/o fam. a carico privato/subordinato e/o fam. a carico pubblico e/o fam. a carico
TUNISIA	I/TN 9 (Circolare 23 luglio 1992)	Pensionati settore: privato/autonomo e/o fam. a carico privato/subordinato e/o fam. a carico

Paesi extra UE

Nei paesi extra UE in caso di cambio residenza (sia per i familiari a carico di lavoratori residenti in Stato diverso, sia per i pensionati e loro familiari a carico) non è prevista alcuna forma di tutela, pertanto è consigliabile provvedere prima della partenza, alla stipula di un'assicurazione privata.

Cure di alta specializzazione

Paesi UE, SEE, Svizzera
Paesi in convenzione
Paesi extra UE

Il sistema delle cure all'estero e di alta specializzazione è regolato dal D.M. 13/11/89, emanato in applicazione dell'art. 5 della legge 23/10/1985 n. 595 e dalla Circolare M.S. 12/12/1989 n. 33.

L'assistenza sanitaria all'estero, preventivamente autorizzata, è eccezionalmente consentita, quando:

1. le prestazioni non siano ottenibili adeguatamente presso le strutture italiane in modo adeguato;
2. i tempi di attesa presso le strutture italiane, siano tali da compromettere lo stato di salute dell'assistito, ovvero precluderebbe la possibilità dell'intervento o delle cure.

Aventi diritto

Possono fruire dell'assistenza sanitaria all'estero con oneri a carico del SSR i cittadini iscritti all'anagrafe assistiti dell'AV3.

Tipologie di assistenza

La normativa in materia prevede due forme di assistenza :

- assistenza diretta - quando le prestazioni all'estero sono rese da **servizi e presidi pubblici o privati convenzionati** che si trovino in Paesi UE Svizzera o SEE o Paesi con i quali vige una Convenzione bilaterale (in quest'ultimo caso il competente ufficio dell'AV3 Distretto di residenza rilascerà il formulario qualora previsto);

- assistenza indiretta - quando l'assistito chiede di poter usufruire di prestazioni all'estero presso strutture sanitarie private non convenzionate, sempre che si tratti di **centri di altissima specializzazione**
    - in strutture pubbliche in regime libero-professionale che si trovino in un Paese U.E. o SEE
    - in strutture sanitarie private non convenzionate, che si trovino in un Paese con il quale vige una Convenzione bilaterale
    - in strutture sanitarie che si trovino in un Paese con il quale non vige una Convenzione bilaterale.

Tabella 5

Strutture Sanitarie	STATI		
	UE, SEE, SVIZZERA	CONVENZIONATI	NON CONVENZIONATI
PUBBLICHE	Diretta	Diretta	Indiretta
CONVENZIONATE	Diretta	Diretta	Indiretta
PRIVATE	Indiretta	Indiretta	Indiretta

Domanda e autorizzazione

L'assistito o suo delegato, per potersi recare all'estero, deve acquisire l'autorizzazione preventiva da parte dell'AV3, presentando :

- la domanda su un apposito modulo, disponibile presso i distretti sanitari territorialmente competenti (Allegato 8);
- la proposta motivata di uno specialista di struttura pubblica o privata dalla quale deve rilevarsi l'impossibilità di fruire in modo adeguato e tempestivo delle prestazioni in Italia con l'indicazione del Centro estero prescelto per la prestazione;
- altra documentazione ritenuta utile.

L'AV3 , entro 3 giorni dal ricevimento invierà la domanda e la documentazione acquisita al Centro di Coordinamento dei Centri Regionali di Riferimento (CRR), nonché la relazione sanitaria di convalida del dirigente medico del Distretto sanitario o di suo delegato e il modulo ministeriale TRS01, compilato nella sola parte anagrafica dell'assistito.

Parere/autorizzazione del CRR

Il CRR valuta la sussistenza dei requisiti richiesti, (l'impossibilità di ricevere le cure in Italia, tempestivamente e in forma adeguata alla particolarità del caso clinico, l'appropriatezza della struttura estera) e comunica entro 7 giorni dal ricevimento della domanda all'AV3 il parere/autorizzazione, compilando la seconda parte del mod. TRS01, che prevede la motivazione solo nel caso di non autorizzazione ed altri elementi: mezzo di trasporto autorizzato, necessità dell'accompagnatore, codice della prestazione richiesta.

Qualora il CRR non autorizzi il trasferimento all'estero, deve indicare almeno un Centro italiano che può effettuare la prestazione entri i tempi massimi stabiliti dai decreti ministeriali in materia.

Riguardo alla forma indiretta il parere del CRR è da ritenersi vincolante per l'Area Vasta, relativamente all'assistenza diretta la valutazione del CRR ha natura di parere obbligatorio ma non vincolante; l'AV3 può conformarsi o meno al parere espresso dal CRR, motivandolo nel caso e comunicando la decisione assunta al CRR stesso.

La decisione assunta dal Direttore di distretto o suo delegato, conforme o meno al suddetto parere, deve essere formalizzata nella terza parte del Mod.TRS01.

Cure di mantenimento e di controllo

La procedura sopra indicata per la richiesta di autorizzazione a trasferirsi all'estero per cure, deve essere seguita per le cure di mantenimento e per ogni successivo controllo, anche se riferite a precedenti cure autorizzate.

Deroghe

Sono previste deroghe alla suddetta procedura qualora l'assistito abbia fruito di prestazioni sanitarie in situazioni di particolare gravità ed urgenza, quando :

- sia affetto da patologie di gravità e urgenza e soggiorna, ricoverato o no in una Regione diversa da quella di residenza, per il quale è competente un altro CRR;
- abbia fruito di prestazioni mentre si trovava già all'estero (art.7 D.M. 03/11/89).

Nel caso di assistenza indiretta l'autorizzazione può essere data direttamente dal CRR, senza seguire la prescritta procedura di autorizzazione e comunicata tempestivamente alla Area Vasta di residenza, nel caso della diretta, ugualmente, può essere autorizzata dalla ASL di dimora e comunicata alla ASL di residenza.

Sia nel caso di assistenza diretta che in indiretta in deroga, per le prestazioni urgenti ed essenziali fruite, può essere fatta la domanda, ma devono sussistere gli stessi presupposti e condizioni previsti per la procedura ordinaria (patologia di alta specializzazione o patologia "residuale" compresa nell'elenco ministeriale, di essere in lista di attesa presso almeno due strutture pubbliche o convenzionate con il SSR da un periodo di tempo superiore a quello previsto dal decreto ministeriale in materia, essersi attivato prima di recarsi all'estero per avere l'autorizzazione del CRR).

Parere negativo

In caso di rigetto della domanda di autorizzazione l'interessato può fare ricorso entro gg.15 dal momento in cui ha avuto conoscenza dell'atto contro cui intende fare osservazioni o opposizioni al Direttore Generale dell'ASUR/Area Vasta.

La presentazione di tali osservazioni ed opposizioni (in carta semplice) non preclude la proposizione di impugnative:

- Al Tribunale amministrativo regionale (TAR) e al Consiglio di Stato (appello)
- Al Presidente della Repubblica (ricorso straordinario).

In conformità alle disposizioni regionali (delibera n.2205 del 02/09/1997), nel caso vi siano elementi nuovi, può essere richiesto il riesame della decisione con domanda da inoltrare al Responsabile del Centro di coordinamento Centri Regionali di Riferimento (CRR).

Esclusioni

Esulano da tali previsioni le prestazioni fruite da cittadini iscritti all'anagrafe assistiti che durante un soggiorno all'estero abbiano bisogno di prestazioni di assistenza sanitaria per patologie naturali o violente.

Tali eventi in ambito UE sono coperti dalla TEAM e/o mod. sostitutivo; per gli stessi non esiste copertura sanitaria pubblica in Paesi extracomunitari.

Procedura di rilascio del formulario Mod. S2 (o attestato analogo)

Gli uffici territoriali dell'AV3 comunica all'interessato il parere:

- si rilascerà tramite procedura ministeriale TECAS (forma diretta), il formulario previsto da Reg. UE Mod. S2 (o attestato analogo) che l'assistito dovrà presentare alla struttura sanitaria estera e che consentirà l'addebito delle spese direttamente all'Area Vasta, salvo le spese che rimangono a carico dell'assistito (vedasi paragrafo Rimborso spese);
- si comunicherà l'autorizzazione in caso di parere favorevole o il diniego (forma indiretta), se autorizzato l'assistito sosterrà tutte le spese presso la struttura estera (vedasi paragrafo Rimborso spese),

Validità del formulario Mod.S2 (o attestato analogo)

La validità del modello non può essere esteso a tutto l'anno solare , potrà coprire solo il periodo strettamente necessario alle cure previste.

Le cure di mantenimento e controllo, anche se riferite ad una precedente autorizzazione devono essere preventivamente autorizzate dal Direttore di distretto o suo delegato, previo parere del CRR e la domanda va ogni volta presentata secondo la procedura ordinaria.

Trapianti (Legge 01.04.1999 n. 91 D.M. 31.03.2008)

Tutti i cittadini assistiti dal SSR, anche gli stranieri o extracomunitari possono essere iscritti in lista di attesa in Italia attraverso i Centri regionali (CRT).

Qualora non sia possibile fruire della prestazione di cui si ha bisogno o qualora i tempi siano troppo lunghi per poter fruire delle cure e dell'intervento in Italia, l'assistito può fare richiesta di autorizzazione preventiva a fruire di prestazioni all'estero secondo la procedura ordinaria già indicata.

Il Centro Regionale Trapianti, verificata la durata dell'iscrizione nelle liste di attesa attraverso Il Sistema informativo Trapianti (SIT), rilascerà idonea certificazione per la iscrizione nelle liste estere. IL CRT si adopererà perché gli accertamenti sanitari pre e post trapianto siano effettuati in Italia.

Validità del formulario mod. S2 (trapianti)

Considerato che il ricovero finalizzato ai trapianti d'organo non può essere programmato, come per le altre patologie (la convocazione è improvvisa), la validità del mod.S2 è estesa ad un semestre e può essere automaticamente rinnovata alla scadenza più volte fino all'effettivo utilizzo del modello.

Dopo l'intervento, per proseguire le cure, per controlli, esami tipizzazione e quanto sia necessario l'assistito deve chiedere una nuova autorizzazione, ancorché sia stato già una volta autorizzato per accertamento/trattamento della patologia.

Rimborso delle spese

Il rimborso delle spese nel caso dell'assistenza in UE è marginale e previsto in casi eccezionali, in quanto le spese sono coperte integralmente dal modello ministeriale rilasciato; essenzialmente dunque il rimborso si riferisce alle prestazioni di assistenza indiretta (art.6 D.M. Salute 03/11/89).

Il rimborso è comunque concesso solo per le prestazioni autorizzate dal Centro Regionale di riferimento (CRR).

Assistenza indiretta

Spese rimborsabili ed entità

Sono rimborsabili solo le spese sostenute di carattere strettamente sanitario per le prestazioni autorizzate dal CRR :

- degenza, onorari medici, diagnostica strumentale e di laboratorio,farmaci, protesi , ecc - 80%;
- trasporto autorizzato (assistito e accompagnatore) , viaggio in aereo autorizzato preventivamente (assistito e accompagnatore) - 80% biglietto aereo in classe turistica;
- trasporto dell'infermo nei casi in cui il soggetto non sia in grado di viaggiare in treno, aereo volo di linea e debba viaggiare con autoambulanza o con aereo sanitario, volo barellato, auto privato o pubblica per necessità derivanti dall'evento sanitario o ad esso conseguenti – 80% (il rimborso spese per utilizzo auto privata o pubblica non potrà superare l'80% del costo della tariffa ferroviaria più economica);
- viaggio in aereo non autorizzato - 80% della tariffa ferroviaria o marittima più economica.

Le spese sono rimborsate all'80% qualora fruite presso centri pubblici ovvero di natura privata senza scopo di lucro e con tariffe applicate e controllate dalle locali autorità sanitarie, tali condizioni vanno attestate dalle locali rappresentanze diplomatiche o consolari italiane.

In caso di fruizione delle prestazioni in centri diversi da quelli sopra detti, il rimborso è sempre effettuato nella misura dell'80%, ma dovrà essere fatto nei limiti delle tariffe per le prestazioni analoghe presso centri pubblici e privati senza scopo di lucro; deve essere prodotta in tal senso la certificazione delle autorità diplomatiche o consolari del luogo.

Le spese per prestazioni libero professionali comprese quelle fruite durante un ricovero ospedaliero sono rimborsabili nella misura del 40%.

Le spese per i farmaci sono rimborsabili nei limiti della somministrazione durante il ricovero presso la struttura estera (sono esclusi i farmaci da banco e acquistati autonomamente); i farmaci prescritti dal Centro di Alta Specializzazione per il periodo successivo al ricovero, devono essere acquistati in Italia. Nel caso siano necessari farmaci irreperibili in Italia, la spesa sostenuta dall'assistito può essere ammessa a concorso sentita la Regione, allo stesso modo anche le spese per protesi sono rimborsabili se il materiale protesico o similare sia richiesto dal Centro Estero nell'ambito del programma di cura, con esclusione di quelle che in applicazione della normativa nazionale sono a carico dell'assistito.

Domanda di rimborso

La richiesta di rimborso può essere presentata utilizzando il modulo (Allegato 11), entro il termine di mesi 3 dal pagamento dell'ultima fattura relativa alle cure autorizzate, a pena di decadenza del diritto (salvo cause di forza maggiore), completa della seguente documentazione:

- copia della cartella clinica o della documentazione sanitaria tradotta in lingua italiana;
- fatture quietanzate o titoli equipollenti originali rilasciati dall'ufficio amministrativo del centro estero e vistate dalle locali autorità consolari, e bonifici con indicazione chiara della causale (eventuale documentazione di spesa non vistata dalle autorità consolari dovrà essere munita di traduzione a cura dell'interessato);
- attestato delle locali autorità diplomatiche o consolari italiane del luogo (la natura pubblica e/o convenzionata del Centro estero, la mancanza dello scopo di lucro e le tariffe approvate o controllate)
- scontrini o biglietti del vettore di viaggio preventivamente autorizzato;
- possono essere accluse le fatture/ricevute fiscali delle spese di soggiorno ai soli fini dimostrativi dell'incidenza della spesa sul bilancio familiare (le spese di soggiorno rimangono di norma a carico dell'assistito).

Spese non rimborsabili

Non sono rimborsabili:

- le spese di maggior confort alberghiero escluse dalla retta di degenza
- i tickets il cui importo va decurtato dalla quota ammessa al rimborso
- <u>le spese di soggiorno nella località estera (salvo i casi nelle ipotesi previste al paragrafo successivo Casi particolari (neuro riabilitazione)</u>
- <u>le spese accessorie a quelle di viaggio.</u>

In caso di rigetto della domanda di rimborso delle spese, l'interessato può ricorrere:

- alla magistratura ordinaria (giudizio di 1° grado)

- alla magistratura ordinaria di appello (giudizio di 2° grado)
- alla magistratura di Cassazione (giudizio di 3° grado)

Spese rimaste a carico - Deroga alla misura di rimborso (art. 7 D.M. 03/11/89)

Le spese sanitarie e di viaggio che non trovano copertura nell'ambito dell'assistenza diretta con il modello comunitario (S2) o non rimborsati in assistenza indiretta, possono essere prese in considerazione ai fini di un ulteriore concorso nella spesa da parte dell'Area Vasta, qualora l'ammontare delle stesse rappresentino o siano superiori al 10% del reddito lordo complessivo del nucleo familiare, riferito all'anno precedente la fruizione delle prestazioni.

La domanda di rimborso delle spese rimaste a carico potrà essere presentata all'AV3 utilizzando il modello dei rimborsi (Allegato 11), allegando il certificato o la dichiarazione sostitutiva della composizione del nucleo familiare, nonché il modello fiscale e/o dichiarazione sostitutiva del reddito complessivo prodotto dai singoli componenti.

La domanda sarà inoltrata a cura dell'ufficio dell'AV3 alla competente Commissione Amministrativa Regionale che valuterà se e in quali limiti le spese rimaste a carico dell'assistito siano da ammettere al concorso in deroga.

Acconti – (Art. 6 comma 13 DM 03/11/1989)

Sul prevedibile rimborso spettante possono essere concessi acconti, anche prima del trasferimento all'estero o dal rientro in Italia, in considerazione della particolare entità della presumibile spesa o delle modalità di pagamento in uso presso la struttura estera; gli acconti non possono in ogni caso superare complessivamente il 70% del prevedibile rimborso spettante.

La domanda di acconto delle presumibili spese sanitarie potrà essere presentata all'AV3 utilizzando il modello di acconto (Allegato 10) allegato il preventivo delle spese sanitarie e delle spese soggiorno ed eventuale altra documentazione utile.

Rimborsi spese cure di neuro-riabilitazione (persone in situazione di handicap che hanno avuto il riconoscimento ai sensi dell'art. 3 comma 3 L. 104/92)

Le spese sostenute per il soggiorno all'estero non sono di norma rimborsabili.
Ai sensi del D.P.C.M. 1/12/2000 " Atto di indirizzo e coordinamento concernente il rimborso delle spese di soggiorno per cure dei soggetti portatori di handicap in centri all'estero di elevata specializzazione" le persone in situazione di disabilità, con connotazione di gravità (e i loro accompagnatori se autorizzati) che necessitano delle cure di neuroriabilitazione, hanno invece diritto al rimborso delle spese di soggiorno in alberghi o strutture collegate al centro estero che sono equiparate alla degenza ospedaliera (legge 104, art.11 D.PC.M. 1/12/2000 D.P.C. M. 29/11/2001).

In caso di ospedalizzazione in costanza di ricovero possono essere rimborsate le spese di soggiorno sostenute dall'accompagnatore se autorizzato, solo dietro dichiarazione del centro attestante la necessità della presenza dell'accompagnatore durante la degenza.

Per avere il rimborso occorre presentare la domanda di rimborso (Allegato 11) con la documentazione probatoria attestante le spese sostenute in occasione delle cure all'estero dall'assistito e dal suo accompagnatore (fatture, ricevute fiscali, attestazione della necessità della presenza dell'accompagnatore).

Le procedure e le regole sono quelle precedentemente indicate (assistenza diretta/indiretta).

Rimborso spese rimaste a carico e spese di soggiorno - Limiti (Accordo Stato-Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano – Rep. Atti n. 1611 del 06/02/2003 – D.G.R.M. n.638 del 23/5/2005)

Le persone in situazione di disabilità grave come sopra individuate e che hanno fruito di cure all'estero di neuroriabilitazione, possono chiedere all'AV3 il rimborso delle spese di soggiorno e delle spese rimaste a carico (spese sanitarie e di viaggio) che saranno rimborsate attenendosi, secondo l'indicatore della situazione economica del nucleo familiare di appartenenza (D.Lgs n. 109/1998) ai seguenti criteri :

ISEE del nucleo familiare	Concorso nella spesa
Inferiore ad euro 8.000	100%
Compreso tra 8.000 e 13.000 Euro	80%
Superiore a 13.000 Euro	80% soltanto delle spese di soggiorno

L'assistito deve presentare la documentazione probatoria delle spese, l'attestazione del Centro sulla necessità dell'accompagnatore e delle prestazioni fruite (trattamenti diagnostici di cura e terapeutici, periodo delle cure) l'attestazione circa le condizioni previste di cui alla L.104/92 (l'accertamento potrà essere effettuato anche d'ufficio), nonché la dichiarazione dell'indicatore equivalente ISEE.

Acconti sulle spese di soggiorno

L'assistito in situazione di disabilità grave che è stato autorizzato a trasferirsi all'estero per le cure di neuroriabilitazione può chiedere all'AV3 un acconto sulle spese di soggiorno, presentando i preventivi del centro estero . Tali spese saranno rimborsate nei seguenti limiti:

ISEE del nucleo familiare	Acconto sulla spesa prevedibile
Nucleo familiare in condizioni di indigenza	100%
ISEE inferiore a 8000 Euro	90%
ISEE compreso fra 8.000 e 13.000	70%

Dal rimborso delle spese già sostenute si intendono esclusi gli interessi e la rivalutazione monetaria delle somme dovute (art.4 Accordo Stato-Regioni 6/02/2003).

Rimborsi (Trapianti e patologie oncologiche)

I rimborsi per i ricoveri all'estero relativi alle spese sostenute per trapianti e patologie oncologiche saranno effettuati nei limiti previsti dalle disposizioni della Legge Regionale 65/1997 e s.m.i. e Legge Regionale 30/1987 e s.m.i.

Casi particolari (neuroriabilitazione)

Ricovero in Austria (Clinica Universitaria di Insnsbruck e altre strutture del Tirolo) circolare Ministero della Salute DGRUERI/10127/1.3b/2004 Circolare regionale n. 14272/DIP5/RUF/MP/2005

Nei casi di ricovero con rilascio mod.S2 presso le strutture di alta specializzazione del Tirolo, l'assistenza indiretta aggiuntiva per prestazioni erogate in regime comunitario e di competenza regionale e il trattamento in classe speciale, saranno rimborsati nella misura del 40%, alla stregua delle prestazioni libero professionali.

Informazioni relative ai costi non coperti da formulario S2 (o similare)

L'assistito può richiedere alla struttura sanitaria estera prima di partire informazioni circa i costi secondo la modulistica ministeriale allegata (Allegato 5).

A volte, infatti, vengono richiesti all'assistito anticipi di somme notevoli per la fruizione delle prestazioni nel presupposto che il formulario S2 non copre o copre parzialmente le prestazioni, ciò spesso in contrasto con la legislazione sulla mobilità sanitaria (eventuali liste di attesa, le scelte obbligate in classe speciale, i trasporti da una struttura all'altra, i costi dell'equipe che effettua l'intervento, alcune prestazioni opzionali quali la degenza in camera singola piuttosto che in camere a più letti ed altre richieste, prestazioni libero professionali, farmaci).
Dalla dichiarazione deve risultare che la richiesta economica non sia discriminatoria, ma prevista anche per i propri assistiti dallo Stato ove ci si trasferisce per cure.

Nel caso sia previsto e disciplinato il trasferimento per cure in **Paesi Extra UE** con i quali l'Italia intrattiene rapporti bilaterali di sicurezza sociale, si applica, per la parte compatibile e per i soggetti tutelati, la Circolare del M.S. n. 33 del 12/12/1989.

L'interessato deve rivolgersi sempre all'AV3 del Distretto di residenza per avere informazioni circa il diritto di ricevere cure all'estero e richiedere se previsto il formulario attivando la procedura precedentemente indicata per ottenere l'autorizzazione.

Gravidanza e parto

Paesi UE, SEE, Svizzera

Il Ministero della Sanità con Circolare n. 1000/II/4652 del 23 dicembre 1996, sulla base di una raccomandazione della Commissione Amministrativa della UE, ha autorizzato il rilascio del formulario Mod.S2 (ex E112) alle cittadine in gravidanza, iscritte al SSR, che intendano programmare il parto in uno Stato membro diverso da quello di residenza.

La normativa comunitaria ha introdotto il principio dell'allineamento dei diritti per cui tutte le persone assicurate, in caso di temporaneo soggiorno in un altro Stato membro e quindi in possesso della TEAM (o del Certificato sostitutivo provvisorio), hanno diritto a fruire di tutte le prestazioni in natura che si rendono necessarie, sotto il profilo medico, erogate dalla Istituzione sanitaria del luogo di dimora per conto dell'Istituzione competente, a parità di condizioni con i propri assicurati, come se gli interessati fossero assicurati in virtù della legislazione dello Stato membro di dimora, tenendo conto tuttavia della natura delle prestazioni e della durata prevista del soggiorno.

La Commissione Amministrativa dell'UE ha precisato che per "prestazioni necessarie sotto il profilo medico" si intendono non solo le prestazioni connesse a patologie sopravvenute durante il soggiorno temporaneo, ma anche quelle connesse a patologie croniche o preesistenti, nonché quelle connesse alla gravidanza ed al parto.

Se però l'obiettivo del soggiorno in altro Stato membro è quello di beneficiare di prestazioni in natura, comprese quelle connesse a malattie croniche o preesistenti od al parto (c.d. "cure programmate mascherate") la TEAM non può essere utilizzata.

La norma nel suo complesso esclude quindi dalla erogabilità tutte le prestazioni in natura sia pur necessarie ma che costituiscono lo scopo stesso del viaggio in altro Stato membro.

Per fruire di tali ultime prestazioni permane la esigenza di preventiva autorizzazione da parte dell'Istituzione competente notificata all'Istituzione del luogo di dimora prescelto per le cure mediante presentazione del nuovo formulario Mod. S2 in sostituzione del vecchio Modello E112.

Per quanto riguarda il parto deve intendersi che rientrano tra le prestazioni erogabili le prestazioni sanitarie relative al parto prematuro e pertanto imprevisto, mentre per il parto programmato è da richiedere il rilascio dell'apposito formulario "per trasferimento per cure" che può essere concesso, senza il parere del Centro Regionale di Riferimento, solo in limitati casi:

- donne che desiderano partorire nello Stato membro ove risiede il marito;
- donne che desiderano ritornare per il parto nello Stato membro di origine per avere l'aiuto e l'appoggio delle loro famiglie;
- titolari di borse di studio che partoriscono nell'arco di tempo in cui svolgono le loro ricerche

in altro Stato membro.

Nel caso in esame l'emissione del formulario non è subordinata alle disposizioni ministeriali od applicative regionali per il "trasferimento per cure"; in particolare non è necessario procedere all'acquisizione del parere del CRR.

Il formulario rilasciato non sostituisce la TEAM ma la integra esclusivamente per l'evento "parto di elezione".

Al momento del rilascio del formulario è opportuno che l'AV3 acquisisca agli atti una "autocertificazione" contenente le motivazioni della richiesta. Va compilata la SCHEDA TRS.01 per il conseguente utilizzo del sistema informatico TECAS/NSMI.

Invece per quanto concerne l'interruzione volontaria della gravidanza, non essendo questa prevista nell'ambito della normativa comunitaria, la prestazione deve essere posta a totale carico dell'assistita, a meno che l'interruzione della gravidanza non sia ritenuta necessaria per motivazioni esclusivamente sanitarie ("medicalmente necessaria").

Paesi in convenzione

Nei Paesi con i quali esistono accordi bilaterali (Argentina, Australia, Brasile, Capoverde, Croazia, Bosnia-Erzegovina, Macedonia, Serbia-Montenegro, Principato di Monaco, San Marino, Tunisia): si può godere dell'assistenza sanitaria solamente se si rientra nelle categorie e nelle situazioni previste dalla convenzione.

È dunque opportuno informarsi presso l'AV3 prima di partire e dotarsi, compilando l'apposita domanda (Allegato 1), dei moduli necessari, che sono diversi per i vari Paesi.

Paesi extra UE

Nei Paesi extra UE con i quali non esistono accordi bilaterali: ogni prestazione sanitaria dovrà essere pagata dall'assistito, a costi che possono essere elevatissimi.

Per questo motivo, prima della partenza, è consigliabile stipulare una polizza assicurativa privata, che preveda la copertura delle cure medico-ospedaliere.

Appendice

Allegato 1 - Modello richiesta attestato di diritto

AL DIRETTORE AREA VASTA TERRITORIALE n. 3

DISTRETTO DI _____

Sede Amministrativa: Belvedere Raffaello Sanzio, 1 – 62100 Macerata

Oggetto: Richiesta attestato di diritto per assistenza sanitaria all'estero.

Il/La sottoscritto/a .....
(cognome e nome)

nato/a a ..... Prov. ..... il .....

residente a ..... Prov. .....

in via ..... n. .....

C.F. _ ___. ___ _ _. Recapito telefonico .....

e-mail .....

- ☐ Lavoratore subordinato .....;
- ☐ Lavoratore autonomo .....;
- ☐ Studente .....;
- ☐ Pensionato dipendente;
- ☐ Pensionato autonomo;
- ☐ Disoccupato;
- ☐ Altro: .....

CHIEDE

il rilascio dell'attestato ..... previsto dalle normative vigenti per recarsi in

..... per il periodo dal ..... al .....
(Stato Estero)

per ☐ temporaneo soggiorno ☐ studio ☐ lavoro ☐ altro .....

Quanto sopra vale anche per i seguenti familiari:

Cognome e nome	*Luogo e data di nascita*	*Rapporto di parentela*

Il/La sottoscritto/a dichiara quanto sopra, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii.).

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data ..... Firma del richiedente .....

AREA RISERVATA ALL'UFFICIO
La firma è stata apposta in mia presenza _____
(l'impiegato addetto al ricevimento)

Temporaneo soggiorno

Allegato 2 - Modello di rimborso mobilità internazionale

Fronte

AL DIRETTORE AREA VASTA TERRITORIALE n. 3

DISTRETTO DI _____

Sede Amministrativa: Belvedere Raffaello Sanzio, 1 – 62100 Macerata

Oggetto: Art. 25 LETT. B del Reg. (CEE) 987/09.
Direttiva UE 2011/24/UE
Richiesta rimborso spese sanitarie, sostenute all'estero, in assistenza indiretta.

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____ Via _____

tel. _____ Cod. Fisc. _____

C H I E D E

☐ per sé

☐ per il familiare Sig./a _____

nato/a a _____ Prov (__) il _____

residente in _____ Prov (__) Via _____ n° ___

Grado di parentela _____

☐ Il rimborso delle prestazioni urgenti fruite durante un soggiorno temporaneo nel Paese U. E.

_____ Città _____ data evento _____

per l'importo complessivo di € _____.

Allo scopo si allega la seguente documentazione:

- Copia cartella clinica e/o certificati specialistici;
- Fatture quietanzate in originale:

Fattura	Importo

- Attestazione originale del pagamento.

Retro

Modalità di pagamento prescelta:

- ☐ Contanti presso tutti gli sportelli della Banca delle Marche (importo inferiore a € 1.000,00)
- ☐ Accredito presso Conto Bancoposta _____
- ☐ Accredito presso conto corrente intestato a _____

Codice IBAN

Le dichiarazioni sono rese ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000; sono a conoscenza delle sanzioni di cui all'art. 76 D.P.R. 445/2000 in caso di false dichiarazioni e della conseguenza che l'accertamento di dichiarazioni mendaci comporterà la decadenza dai benefici conseguiti in relazione alla presente istanza.
Dichiaro altresì di avere ottenuto l'informativa ed autorizzo il trattamento dei dati personali nei limiti della L.R. 196/2003.

_____ (Luogo e data)

_____ (Firma del dichiarante)

Se il presente modulo viene presentato da terzi o a mezzo servizio postale allegare una fotocopia di documento di riconoscimento in corso di validità.

AREA RISERVATA ALL'UFFICIO
La firma è stata apposta in mia presenza _____
(l'impiegato addetto al ricevimento)

Allegato 3 – Modello rimborso attestato di diritto S1 (ex E120 – ex E121)

(Da utilizzare da parte del titolare di pensione o del familiare segnando i casi che ricorrono o depennando quelli che non ricorrono)

Spett. (1)

☐Domanda inoltrata per il tramite dell'Istituto Previdenziale italiano

Oggetto: Regolamenti comunitari di sicurezza sociale: DOMANDA di rilascio formulario CEE E120 o E121 (assistenza sanitaria).

Il/La sottoscritt..... codice fiscale.....

☐ Titolare di pensione italiana erogata dall'Istituto o Ente .....

con sede in .....

Via.....

avendo svolto attività lavorativa in Italia dal.....al.....

☐ familiare del pensionato.....
(generalità del pensionato)

☐ superstite del pensionato.....
(generalità del pensionato)

e che ha svolto attività lavorativa in.....(Stato estero)
dal .....al.....

avendo trasferito la propria residenza all'estero in altro Stato dell'Unione Europea, dello Spazio Economico Europeo, Svizzera e precisamente in.....dalla seguente data.....

CHIEDE

il rilascio del formulario CEE ☐ **E 120** o ☐ **E121** per beneficiare, nel nuovo Paese di residenza, dell'assistenza sanitaria con onere a carico dello Stato italiano, ai sensi delle norme comunitarie di sicurezza sociale contenute nei Regolamenti n.1408/71 e n. 574/72,

☐ per sé, con inizio dell'apertura del diritto dal.....

☐ per i seguenti familiari a carico che residenti nello stesso Stato con inizio

dal.....

☐ a rinnovo ☐ stesso Stato ☐ nuovo Stato..... con inizio dal.....

	Cognome	Nome	Data di nascita	Relazione parentela	Codice fiscale
1					
2					
3					
4					

per i quali il sottoscritto ☐ ***pensionato*** ☐ ***familiare*** dichiara, sotto la propria responsabilità ed ai sensi della legge 127/97 e del DPR 403/98, che

☐ ha diritto ☐ non ha diritto ad altro titolo diretto alle prestazioni sanitarie

☐ beneficia ☐ non beneficia di pensione a carico dello Stato di nuova residenza o di altro Stato dell'Unione Europea , Spazio Economico Europeo o Svizzera.

☐ che svolge ☐ che non svolge lavoro attivo

Il sottoscritto ☐ ***pensionato*** ☐ ***familiare*** del pensionato prende atto che l'attestato E 121 per ogni familiare viene rilasciato (2) per la durata indeterminata se il familiare risiede nello stesso Paese del pensionato, per la durata di un anno, di volta in volta rinnovabile, se risiede in un Paese diverso. (3)

☐ Il sottoscritto ☐ ***pensionato*** ☐ ***familiare*** beneficia anche di altra pensione a carico di altro Stato U.E, S.E.E. o Svizzera che non apre, ad altro titolo, il diritto all'assistenza sanitaria. Si allega fotocopia del cedolino della pensione erogata da.....

☐ **(da compilare solamente da cittadini Italiani)** Il sottoscritto ☐ ***pensionato*** ☐ ***familiare***, ai sensi dell'art. 6 della legge 27 ottobre 1988 n. 470, dichiara di aver presentato in data ..... dichiarazione di trasferimento di residenza all'Ufficio Consolare di ..... (città estera)

Allega l'autocertificazione, rilasciata ai sensi di legge, che costituisce presupposto essenziale per la presa in esame della presente.

☐ Per il futuro si impegna a comunicare ogni eventuale successiva variazione (svolgimento attività lavorativa, revoca pensione italiana, conseguimento pensione a carico anche di un altro Stato U.E., S.E.E. o Svizzera, trasferimento della residenza in Italia o in altro Stato U.E., ecc.) del proprio status che possa modificare il diritto alle prestazioni sanitarie con onere a carico dello Stato italiano (4).

data firma

Indirizzi (telefono, fax, posta elettronica)
del pensionato:

del familiare(quando non risiede nello stesso luogo):

☐ Eventuali altri allegati alla presente :

Avvertenze-
La presente domanda e l'autocertificazione, qualora non vengano presentate direttamente, potranno essere inviate per il tramite di una persona di fiducia, per posta o per fax a condizione che venga allegata la fotocopia di un documento d'identità.
Il formulario E 121 può essere consegnato anche" brevi manu" all'interessato, al familiare del pensionato oppure anche ad una persona di fiducia.
L'Istituto previdenziale che eroga la pensione, dopo aver compilato i quadri 2,3 e 4, provvede ad inoltrare il formulario E121, in triplice copia e con tutta la documentazione, alla ASL di competenza indicata sulla domanda.
L'attestazione del diritto alle prestazioni sanitarie (e la decorrenza del relativo onere) compete esclusivamente alla ASL di ultima residenza o al Ministero della salute per i residenti all'estero prima del 1980. Pertanto il formulario E 121 non è valido per la copertura sanitaria se i quadri n. 5, 6 e 7 del formulario E 121 non sono vidimati dalla ASL o dal Ministero.

Note
(1) - alla ASL di ultima residenza: consultare il sito http://ec.europa.eu/employment_social/cld/public/findInstitution.do
- al Ministero della salute – DGRUERI Ufficio VI presso il MAE - P.le della Farnesina, 1 00194 - Roma per i residenti all'estero prima del 1980
(2) dalla ASL di ultima residenza o dal Ministero della Salute per i residenti all'estero prima del 1980.
(3) per l'accertamento definitivo del carico familiare valgono le norme in vigore nello Stato di residenza (art.1, lett.f del Regolamento CEE n.1408/71)
(4) in ottemperanza all'art. 29 – comma 5 – del Regolamento CEE n.574/72.

Allegato 4 - Modello autocertificazione per pensionati e richiedenti pensione

(Modulo da compilare in ogni sua parte dal titolare di pensione o familiare a carico del pensionato)

AUTOCERTIFICAZIONE LEGGE 127/97 E DEL DPR 403/98
(da allegare alla domanda per il rilascio del formulario E121)

Titolare di pensione erogata dall'Istituto previdenziale italiano(sigla)..... sede di..... numero e categoria..... decorrenza.....

Il sottoscritto dichiara, sotto la propria personale responsabilità, quanto segue:

Cognome e nome..... .....☐ cittadinanza.....

data di nascita ..... luogo di nascita .....

☐ titolare di pensione erogata dall'Istituto previdenziale italiano sopra indicato;

☐ familiare a carico del pensionato.....
(generalità del pensionato)

☐ superstite del pensionato.....
(generalità del pensionato)

☐ superstite del pensionato in attesa pensione reversibilità.....
(generalità del pensionato)

☐ attualmente residente ☐ **in Italia** ☐ **all'estero** (indirizzo completo).....

.....☐ **dalla seguente data**.....

☐ iscritto all'Unità Sanitaria Locale.....

☐ cod. fiscale pensionato.....☐ cod. fiscale familiare .....

☐ indirizzo ultima residenza in Italia del pensionato.....

☐ indirizzo ultima residenza in Italia del familiare.....

☐ non è residente in Italia dal.....

nel (nuovo) Stato di residenza:

☐ **non svolge** ☐ non svolgerà lavoro attivo;

☐ **non beneficia di altre pensioni** ☐ **non ha diritto, ad altro titolo, alle prestazioni sanitarie;**

☐ **beneficia anche di altra pensione** a carico di altro Stato che non apre il diritto all'assistenza sanitaria (riportare tutti gli estremi della pensione estera ed allegare una fotocopia del cedolino alla domanda):.....

.....

Il sottoscritto è consapevole:

1. di essere penalmente sanzionabile se rilascia false dichiarazioni (art.26 L.n.15/68);
2. di decadere dai benefici conseguiti a seguito di un provvedimento adottato sulla base delle false dichiarazioni.

AVVERTENZE IMPORTANTI

L'Amministrazione si riserva di controllare la veridicità delle dichiarazioni rese (art.11 D.P.R. n. 403/98)

I dati forniti dal dichiarante saranno utilizzati solo ai fini del procedimento richiesto (art.10 legge 31 dicembre 1996, n.675)

IL DICHIARANTE

Data.....

_____

RICHIESTA DI INFORMAZIONI [1] RELATIVE AGLI ASPETTI ECONOMICI E LOGISTICI DELLE CURE PROGRAMMATE [2] E 112 (S 2)

(La presente richiesta di informazioni non sostituisce in alcun modo gli attestati di diritto previsti dalla legislazione comunitaria di sicurezza sociale)

Parte A) Da compilare da parte dell'assistito

1. Assicurato autorizzato dall'istituzione competente a ricevere cure programmate

Nome, cognome: .....

Data di nascita: .....

Indirizzo nel Paese di residenza: .....

Numero di identificazione personale
del titolare dell'autorizzazione E 112 (S 2) .....

2. Struttura sanitaria a cui si chiedono le informazioni sulle cure programmate da erogare

Denominazione clinica, ospedale (*provider*): .....

Indirizzo: .....

Stato: .....

Parte B) Informazioni fornite dalla struttura sanitaria che erogherà le cure programmate

EVENTUALI RICHIESTE DI PAGAMENTO E CONDIZIONI DI ACCESSO ALLE CURE CHE IL PAZIENTE DEVE CONOSCERE PRIMA DELLA PARTENZA (barrare la casella che interessa ed aggiungere le pertinenti informazioni)

Nessun pagamento è richiesto al paziente ☐
(Se viene barrata questa casella non è necessario acquisire le successive informazioni)

Data della risposta

(Il responsabile della struttura sanitaria che erogherà le cure)

3.

Data intervento/prestazione/periodo delle cure:

- E' stata fissata la data dell'intervento e/o il periodo di erogazione ☐ .....

Esistenza di liste di attesa ☐ indicare (se conosciuta la prevedibile data/periodo) .....

Costi [3] che il paziente deve pagare al *provider*:

- per accedere alla lista di attesa ☐ ..... (indicare importo)

- quale anticipo dei costi ☐ o ticket ☐ o altra partecipazione alla spesa ☐ . ..... (indicare importo)

- per il trasporto da una struttura sanitaria ad un'altra ☐ .... (indicare importo)

- per il costo dell'equipe che effettua l'operazione ☐ ..... (indicare importo)

-differenza tra il costo effettivo della prestazione e la tariffa DRG ☐ .....(indicare importo)

- per la degenza in camera singola piuttosto che in camera a più letti ☐ ..... (indicare importo)

- Altre prestazioni a pagamento ☐ ..... (indicarne natura ed importo):

_____

_____

_____

TOTALE COMPLESSIVO DEI COSTI PER IL PAZIENTE [3].....

Si dichiara che i suddetti pagamenti e condizioni di accesso richiesti al paziente italiano si applicano anche agli assicurati dello Stato in cui le cure programmate saranno erogate

Data della risposta

(Il responsabile della struttura sanitaria che erogherà le cure)

NOTE (1) Cooperazione tra autorità competenti - (art. 84 del Reg. CEE 1408/71) - art. 76 Reg. CE 883/2004: "...Le istituzioni, secondo il principio di buona amministrazione, rispondono a tutte le domande entro un termine ragionevole e comunicano in proposito alle persone interessate qualsiasi informazione necessaria per far valere i diritti loro conferiti dal presente regolamento". Va compilata solo la parte B (2) Cure programmate: art. 26 Reg. CE 987/2009 (art. 22 del Reg. 574/72); (3) Indicare i costi in euro, oppure precisare la valuta in cui sono espressi se diversa dall'euro.

DEMANDE D'INFORMATIONS[1] CONCERNANT LES ASPECTS ECONOMIQUES ET LOGISTIQUES DES SOINS PROGRAMMES[2] E 112 (S 2)

(La présente demande d'informations ne remplace en aucune manière les attestations du droit prévues par la législation comunautaire sur la sécurité sociale)

Partie A) A remplir par le patient

1. Assuré autorisé par l'institution compétente à bénéficier des soins programmés

Prénom, nom : .....

Date de naissance : .....

Adresse dans le pays de résidence : .....

Numéro d'identification personnel
du titulaire de l'autorisation E 112 (S 2) .....

2. Structure sanitaire fournissant les soins programmés

Dénomination de la clinique, l'hôpital (*provider*): .....

Adresse : .....

Pays : .....

Partie B) A remplir par l'institution sanitaire de l'Etat qui effectuera les soins programmés

REQUÊTES EVENTUELLES DE PAIEMENT ET CONDITIONS D'ACCES AUX SOINS QUE LE PATIENT DOIT CONNAITRE AVANT DE PARTIR (barrer la case trouvant application et ajouter les informations pertinentes)

Aucun paiement ne sera requis du patient ☐
(si cette case est barrée, les informations ci-dessous deviennent sans objet)

Date de la réponse

(Le responsable de l'organisme de contact

de l'Etat dans lequel les soins de santé seront fournis)

3.

Date de l'opération/prestation/période des soins de santé :

- La date de l'intervention et/ou la période de prestation a été fixée ☐ .....

Il y a une liste d'attente ☐ indiquer (si connue la date/période prévisible) .....

Coûts [3] que le patient devra payer au *provider*:

- pour accéder à la liste d'attente ☐ .....(indiquer le montant)

- comme avance sur coûts ☐ ou ticket modérateur ☐ ou autre participation aux frais ☐ ..... (indiquer le montant)

- pour le transport d'une structure sanitaire à une autre ☐ ..... (indiquer le montant)

- pour payer l'équipe qui effectuera l'opération ☐ ..... (indiquer le montant)

-différence entre le coût effectif de la prestation et le tarif DRG ☐ ..... (indiquer le montant)

- pour l'hospitalisation en chambre individuelle plutôt qu'en chambre à plusieurs lits ☐ ..... (indiquer le montant)

- Autres prestations à paiement ☐ (indiquer nature et montant):
_____
_____
_____

TOTAL DES COUTS POUR LE PATIENT [3] .....

Nous déclarons que les paiements et les conditions d'accès ci-dessus demandés au patient italien s'appliquent de la même manière aux assurés de l'Etat dans lequel les soins programmés seront fournis

Date de la réponse

(Le responsable de l'organisme de contact

de l'Etat dans lequel les soins de santé seront fournis)

NOTES (1) Coopération entre autorités compétentes – (article 84 du règl. CEE 1408/71) - article 76 du règl. CE 883/2004 :"...Les institutions, conformément au principe de bonne administration, répondent à toutes les demandes dans un délai raisonnable et communiquent, à cet égard, aux personnes concernées toute information nécessaire pour faire valoir les droits qui leur sont conférés par le présent règlement". Seul la partie B devra être renseignée (2) Soins programmés : article 26 du règl. CE 987/2009 (article 22 du règl. 574/72) ; (3) Indiquer les dépenses en euros, ou préciser la monnaie dans laquelle elles sont exprimées. si différente.

REQUEST FOR INFORMATION [1] ON ECONOMIC AND LOGISTIC ASPECTS OF PLANNED TREATMENT ABROAD[2] E 112 (S 2)

(This request for information does not replace in any way the certificates envisaged by the Community legislation on social security)

Part A) To be filled in by the patient

1. Patient authorized by the relevant institution to receive planned treatment

Name, surname: .....

Date of birth: .....

Address in the Country of residence: .....

Personal identification number
indicated in the E 112 (S 2) form of authorization .....

2. Health institution that will deliver the planned treatment

Name of clinic, hospital (*provider*): .....

Address: .....

State: .....

Part B) To be filled in by the Health institution concerned in the State where treatment is going to be provided

REQUEST FOR PAYMENT, IF ANY, AND CONDITIONS PROVIDING ACCESS TO TREATMENT THAT PATIENTS MUST BE AWARE OF BEFORE GOING ABROAD (tick boxes of interest and add relevant information)

No payment by patient ☐
(If this box is ticked the information requested below is not to be provided)
Date of reply

(Person in charge of liaison body of the State where treatment is to be delivered)

3.

Date of surgery/treatment/duration of treatment:

- Date of surgery has been set and/or period of treatment ☐ .....

There is a waiting list ☐ (indicate expected date/period for delivery of service) .....

Costs [3] that patient must pay to the *provider*:

- to have access to waiting list ☐ ..... (indicate amount)

- advance payment ☐ co-payment charge ☐ other contribution to costs ☐ . ..... (indicate amount)

- for transportation from one health facility to another ☐ ..... (indicate amount)

- for cost of surgery team ☐ ..... (indicate amount)

- difference between actual cost of service and DRG rate ☐ ....(indicate amount)

- for single room as against rooms with several beds ☐ ....(indicate amount)

- Other services for which payment is requested ☐ (indicate nature and amount):

_____

_____

_____

TOTAL COST TO BE PAID BY PATIENT [3].....

It is hereby declared that the above payments and conditions for access charged to Italian patients also apply to the residents of the State where planned treatment is to be delivered.

Date of reply

(Person in charge of liaison body of the State where treatment is to be delivered)

NOTES (1) Cooperation between competent authorities - (Article 84 of EEC Reg. n° 1408/71) – Article 76 EEC Reg. n° 883/2004: "...The institutions, in accordance with the principle of good administration, shall respond to all queries within a reasonable period of time and shall in this connection provide the persons concerned with any information required for exercising the rights conferred on them by this Regulation". Only part B is to be filled in (2) Planned treatment: Article 26 of EEC Reg. n° 987/2009 (Article 22 of Reg. n°. 574/72); (3) Indicate costs in Euro, or specify currency if payment is not made in Euros.

Informazioni per Assistenza sanitaria estero e ricerca CSE o midollo osseo.

L'assistenza sanitaria all'estero preventivamente autorizzata, è consentita, in via di eccezione, solo per le prestazioni di altissima specializzazione che non siano ottenibili nel nostro Paese tempestivamente o in forma adeguata alla particolarità del caso clinico.

1. La malattia deve rientrare nell'elenco delle patologia/terapie indicate nei DD.MM. 24/01/1990 – 30/08/1991 – 17/06/1992.
   Il medico specialista deve controllare se la patologia dell'assistito rientra nell'elenco allegato al presente foglio di informazioni.
2. Il cittadino deve presentare la domanda alla ASUR Area Vasta n. 3 di Macerata corredandola con la proposta di un medico specialista.
   La proposta del medico specialista deve essere adeguatamente motivata in ordine all'impossibilità di fruire delle prestazioni in Italia tempestivamente o in forma adeguata al caso clinico.
   L'istanza o la proposta del medico deve contenere l'indicazione della struttura estera prescelta per la prestazione.
3. La Area Vasta di competenza provvede alla trasmissione della domanda e della documentazione al Centro di Riferimento Regionale territorialmente competente per la patologia.
4. Il Centro di Riferimento Regionale deve rispondere con parere favorevole o diniego e/o può, eventualmente, richiedere ulteriore documentazione.

N.B.: Nel caso di **Nulla Osta** per prestazioni finalizzate all'attività di ricerca e di **reperimento di Cellule Staminali Emopoietiche (CSE)** per finalità di trapianto sia da donatore non consanguineo che da cordone ombelicale, in Italia o all'estero da riconsegnare al Registro Nazionale Italiano Donatori di Midollo Osseo, il cittadino deve presentare la domanda alla ASUR Area Vasta n. 3 di Macerata corredandola con la proposta di un medico specialista. (Stessa prassi per pratica estero).

Inviare quindi il nulla osta e l'assistito all'ufficio Assistenza Indiretta Estero Area Vasta3
Distretto di _____
Sede Amministrativa: Belvedere Raffaello Sanzio, 1 – 62100 Macerata

RIMBORSO SPESE SOSTENUTE PER CURE ALL'ESTERO AUTORIZZATE: **PROMEMORIA PER L'UTENZA**

- Tutte le spese sostenute (sanitarie e non) devono essere documentate con fatture quietanzate/ricevute fiscali in originale.

- La documentazione delle spese sostenute, unitamente alla documentazione sanitaria sulle prestazioni usufruite (copia cartella clinica, referti, ecc. tradotti in lingua italiana) viene trasmessa dall'interessato all'Ufficio competente dell'Area Vasta n. 3 (Distretto Sanitario di residenza) entro 3 mesi dalla data di effettuazione dell'ultima spesa.

- Le spese di carattere strettamente sanitario (spese sostenute per **onorari professionali**, **degenza**, **diagnostica strumentale e di laboratorio**, **farmaci**, **protesi** ed **endoprotesi**, ecc.) necessitano di:

  - **fatture/ricevute fiscali vistate dalle locali rappresentanze diplomatiche o consolari italiane**;
  - **dichiarazione delle locali rappresentanze diplomatiche o consolari italiane sulla natura pubblica, mancanza dello scopo di lucro e tariffe approvate o controllate del centro sanitario estero**.

- Le spese di confort alberghiero, non comprese nella retta di degenza, non sono considerate spese di carattere sanitario.

- I **farmaci** prescritti dal centro sanitario estero successivamente al ricovero devono essere acquistati in Italia attraverso le normali procedure esistenti. Qualora si dovesse verificare l'ipotesi che i farmaci prescritti non possano essere reperiti sul territorio nazionale, la Regione Marche è deputata ad esprimersi sulla rimborsabilità delle spese, sentito il parere del Ministero della Salute.

- Le fatture e gli scontrini fiscali relativi alle **spese di vitto** ed **alloggio** sostenute all'estero non devono essere vidimati dalle Autorità diplomatiche/consolari.

Allegato 8 - Richiesta autorizzazione per la fruizione di prestazioni assistenziali all'estero

AL DIRETTORE AREA VASTA TERRITORIALE n.3

DISTRETTO DI _____

Sede Amministrativa: Belvedere Raffaello Sanzio, 1 – 62100 Macerata

Oggetto: Richiesta autorizzazione per la fruizione di prestazioni assistenziali all'estero

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Prov (__) il _____

residente in _____ Prov (__) Via _____ n° _____

tel. _____ Cod. Fisc. _____

☐ per sé

☐ per il familiare Sig./a _____

nato/a a _____ Prov (__) il _____

residente in _____ Prov (__) Via _____ n° ___

Grado di parentela _____

Affetto/a da _____

CHIEDE

1. di essere autorizzato/a a fruire di prestazioni assistenziali all'estero presso

   _____

   Stato _____ per essere sottoposto a:

   - Accertamenti diagnostici
   - Trattamenti terapeutici
   - Intervento chirurgico
   - Altro _____

2. di essere autorizzato ad usufruire del trasporto con il seguente mezzo: _____

   anche per il familiare: _____

A tal fine allega la proposta redatta dallo specialista dr.: _____

della struttura ospedaliera _____

Le dichiarazioni di cui a tergo sono rese ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000; sono a conoscenza delle sanzioni di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di false dichiarazioni e della conseguenza che l'accertamento di dichiarazioni mendaci comporterà la decadenza dai benefici conseguiti in relazione alla presente istanza.
Dichiaro altresì di avere ottenuto l'informativa ed autorizzo il trattamento dei dati personali nei limiti del D.Lgs. 196/2003.

_____ (Luogo e data)

_____ (Firma del dichiarante)

Se il presente modulo viene presentato da terzi o a mezzo servizio postale allegare una fotocopia di documento di riconoscimento in corso di validità.

AREA RISERVATA ALL'UFFICIO

La firma è stata apposta in mia presenza _____ (l'impiegato addetto al ricevimento)

ELENCO PATOLOGIE /TERAPIE PER CURE ALL'ESTERO

Neurologia:

Stati subacuti costituiti da malattie infiammatorie e autoimmuni:

* polineuriti e poliradicoloneuriti
* polimiositi
* miastenia in fase evolutiva
* patologia cerebro-vascolare non chirurgica
* epilessia a crisi ricorrenti
* sclerosi multipla

Diagnostica neurologica con alte tecnologie:

* tomografia assiale computerizzata
* tomografia a risonanza magnetica
* angiografia midollare superselettiva

Neurochirurgia:

Paralisi ostetriche del plesso brachiale

Paralisi traumatiche del plesso brachiale

Patologia tumorale endocranica e rachidea:

* biopsie stereotassiche
* tumori a lenta evoluzione
* tumori benigni senza segni di compromissione di funzioni
* terapie radianti tradizionali o stereotassiche
* patologia malformativa e tumorale dell'orbita
* terapia interstiziale negli astrocitomi di I e II grado

Malformazioni vascolari non trattabili chirurgicamente:

* embolizzazione
* terapia con alte energie
* altre

Epilessia:

* trattamento chirurgico.

Neuroriabilitazione:

* post-chirurgia cerebrale
* post-chirurgia vertebro-midollare
* paratetraplegie acquisite o congenite
* sindromi post-coma o coma apallico

Cardiologia invasiva:

* coronarografia nell'angina stabile in trattamento
* angioplastica coronarica nell'angina stabile

Cardiochirurgia:

* aneurismi dell'aorta toracica non fissurati, non dissecanti
* ostruzioni coronariche in angina stabile o asintomatica in terapia, escluse ostruzioni critiche del tronco comune sinistro o prossimali della discendente anteriore e circonflessa
* complicanze croniche dell'infarto del miocardio in compenso clinico (classe NYHA (minore di 3)) con terapia medica
* stenosi aortica sintomatica
* insufficienza aortica:
  sintomatica
  asintomatica (classe NYHA (minore di 3))
* valvulopatia mitralica:
  sintomatica
  asintomatica
* valvulopatie multiple:
  sintomatiche
  asintomatiche
* valvulopatie associate a coronaropatie:
  stenosi aortica.
  altre valvulopatie.
* cardiopatie congenite con shunt S-D senza grave ipertensione polmonare (dotto arterioso pervio, difetto del setto interatriale, ritorno anomalo parziale delle vene polmonari, canale A-V parziale)
* cardiopatie congenite con shunt S-D piu' complesso (difetto del setto interventricolare, tronco arterioso, difetto aorto-polmonare, canale A-V completo)
* cardiopatie congenite complesse (Tetralogia di Fallot, atresia polmonare, trasposizione dei grossi vasi, ventricolo destro a doppia uscita, ritorno anomalo totale delle vene polmonari)
* ostruzioni all'efflusso (coartazione aortica, stenosi polmonare, stenosi aortica congenita)

Chirurgia vascolare:

* aneurismi dell'aorta addominale viscerali, periferici
* lesioni ostruttive carotidee sintomatiche
* lesioni dell'arteria anonima
* lesioni carotidee asintomatiche
* furto della succlavia
* lesioni ostruttive delle arterie viscerali sintomatiche
* arteriopatie ostruttive degli arti II stadio
* arteriopatie ostruttive degli arti III e IV stadio
* reinterventi arteriosi
* fistole artero-venose
* lesioni ostruttive della vena cava superiore
* patologia venosa

Trapianto d'organo:
Trapianto di rene
* iscrizione in lista trapianti di rene per insufficienza renale terminale
*trapianto di rene eseguito
*proseguimento cure rene – controlli
*invio campioni biologici – rene
*trapianto di rene da vivente
*ri-trapianto di organo di rene
Trapianto di rene e pancreas:
*pazienti in lista per nefropatia diabetica
*trapianto rene e pancreas eseguito
Trapianto di fegato
*iscrizione in lista trapianti di fegato per insufficienza epatica terminale
*iscrizione in lista trapianto di fegato per neoplasie maligne
*trapianto di fegato eseguito
*proseguimento cure fegato – controlli
*invio campioni biologici – fegato
*trapianto di fegato da vivente
*ri-trapianto di organo di fegato
Trapianto di cuore
*iscrizione in lista trapianti di cuore per insufficienza cardiaca terminale refrattaria ad altra terapia
*trapianto di cuore eseguito
*proseguimento cure cuore – controlli
Trapianto di polmone
*iscrizione in lista trapianto di polmone
*trapianto di polmone eseguito
*proseguimento cure polmone – controlli
Trapianto di intestino
*iscrizione in lista trapianto di intestino
*trapianto di intestino eseguito
*proseguimento cure intestino - controlli
*invio campioni biologici - intestino
Trapianto pediatrico
Rene
*pazienti pediatrici in lista nazionale per trapianto di rene
*trapianto pediatrico di rene eseguito
*pediatria - proseguimento cure rene - controlli
*pediatria - invio campioni biologici – rene
Fegato
*Pazienti pediatrici in lista nazionale per trapianto di fegato
*trapianto pediatrico di fegato eseguito
*pediatria - proseguimento cure fegato - controlli
*pediatria - invio campioni biologici – fegato

Cuore
*pazienti pediatrici in lista nazionale per trapianto di cuore
*trapianto pediatrico di cuore eseguito
*pediatria - proseguimento cure cuore – controlli
Polmone
*pazienti pediatrici in lista nazionale per trapianto di polmone
*trapianto pediatrico di polmone eseguito
*pediatria - proseguimento cure polmone – controlli
Multi viscerale
*pazienti pediatrici in lista nazionale per trapianto multi viscerale
*trapianto pediatrico multi viscerale eseguito
*pediatria - proseguimento cure trapianto multi viscerale - controlli

Oculistica:
trapianto di cornea

Urologia:
Patologia neoplastica maligna in ambito urologico
Patologia ostruttiva acuta delle vie escretrici superiori
Terapia riabilitativa per neuro-vesciche in neurolesi

Chirurgia plastica ricostruttiva:
chirurgia plastica ricostruttiva a seguito di interventi demolitivi

Casi particolari
.....

Allegato 10 - Richiesta acconto spese sanitarie per fruire cure di altissima specializzazione estero

AL DIRETTORE AREA VASTA TERRITORIALE n.3

DISTRETTO DI _____

Sede Amministrativa: Belvedere Raffaello Sanzio, 1 – 62100 Macerata

Oggetto: D.M. 03/11/1989 - Richiesta acconto spese sanitarie per fruire di cure di altissima specializzazione all'estero.

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____ Via _____

tel. _____ Cod. Fisc. _____

C H I E D E

❑ per se

❑ per il proprio familiare .....
(indicare nome, cognome e grado di parentela)

un acconto sul prevedibile rimborso spettante ai sensi del Decreto Ministeriale 3/11/1989 art. 6 comma 13, a seguito di autorizzazione rilasciata dalla ASUR Area Vasta n.3 su parere del Centro Regionale di riferimento in data _____ per recarsi presso _____

Si impegna a restituire le somme ricevute in eccesso qualora le spese sostenute siano inferiori all'ammontare riconosciuto e liquidato dall'AV3 in acconto.

Allega la seguente documentazione in originale Importo in euro/valuta estera

- ☐ Preventivo spese sanitarie
- ☐ Preventivo spese di soggiorno (dell'art. 3 della Conferenza Stato-Regioni del 06.02.2003)
- ☐ Biglietti di viaggio dell'interessato/accompagnatore _____
- ☐ Altra documentazione: _____

Totale spese di cui si chiede l'acconto : _____

Modalità di pagamento prescelta:

- ❑ Contanti presso tutti gli sportelli della Banca delle Marche
- ❑ Accredito presso la Banca _____ filiale di _____)

Codice IBAN

Le dichiarazioni di cui a tergo sono rese ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000; sono a conoscenza delle sanzioni di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di false dichiarazioni e della conseguenza che l'accertamento di dichiarazioni mendaci comporterà la decadenza dai benefici conseguiti in relazione alla presente istanza.
Dichiaro altresì di avere ottenuto l'informativa ed autorizzo il trattamento dei dati personali nei limiti del D.Lgs. n. 196/2003.

_____ (Luogo e data)

_____ (Firma del dichiarante)

Se il presente modulo viene presentato da terzi o a mezzo servizio postale allegare una fotocopia di documento di riconoscimento in corso di validità.

AREA RISERVATA ALL'UFFICIO

La firma è stata apposta in mia presenza _____
(l'impiegato addetto al ricevimento)

Allegato 11 - Richiesta rimborso spese sanitarie, sostenute all'estero in assistenza indiretta.

AL DIRETTORE AREA VASTA TERRITORIALE n.3

DISTRETTO DI _____

Sede Amministrativa: Belvedere Raffaello Sanzio, 1 – 62100 Macerata

Oggetto: D.M. 03/11/1989 - Richiesta rimborso spese sanitarie, sostenute all'estero, in assistenza indiretta.

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____ Via _____

tel. _____ Cod. Fisc._____

C H I E D E

❑ per se

❑ per il proprio familiare .....
(indicare nome, cognome e grado di parentela)

il rimborso della spesa di euro (o altra valuta estera se diversa) ..... sostenuta per prestazioni sanitarie avvenute dal ..... al ..... presso il Centro estero ..... a seguito di autorizzazione rilasciata dalla ASUR Area Vasta n.3 su parere del Centro Regionale di riferimento in data .....

Allega la seguente documentazione in originale Importo in euro/valuta estera

- ☐ Fattura/e rilasciata/e dal Centro estero _____
- ☐ Dichiarazione autorità diplomatiche italiane
- ☐ Biglietti di viaggio dell'interessato/accompagnatore _____
- ☐ Documentazione sanitaria attestante le prestazioni a cui si è fatto ricorso
- ☐ Altra documentazione:_____

Totale spese di cui si chiede il rimborso: _____

D I C H I A R A

di non aver percepito o ricevuto da altri enti pubblici e/o privati rimborsi per le medesime prestazioni.

Modalità di pagamento prescelta:

❑ Contanti presso tutti gli sportelli della Banca delle Marche

❑ Accredito presso la Banca_____filiale di_____)

Codice IBAN

Le dichiarazioni di cui a tergo sono rese ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000; sono a conoscenza delle sanzioni di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di false dichiarazioni e della conseguenza che l'accertamento di dichiarazioni mendaci comporterà la decadenza dai benefici conseguiti in relazione alla presente istanza.
Dichiaro altresì di avere ottenuto l'informativa ed autorizzo il trattamento dei dati personali nei limiti del D.Lgs. n. 196/2003.

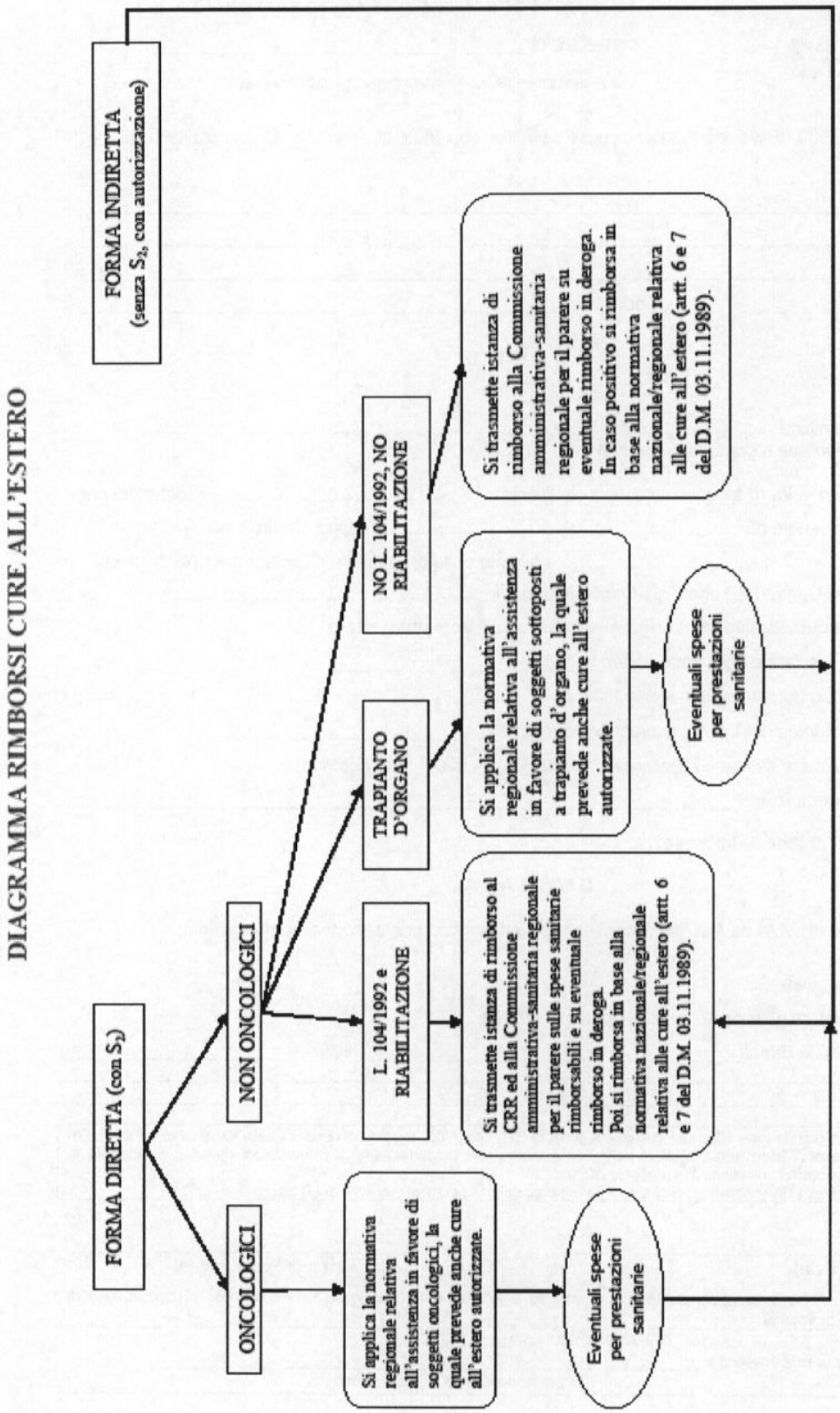
_____ _____
(Luogo e data) (Firma del dichiarante)

Se il presente modulo viene presentato da terzi o a mezzo servizio postale allegare una fotocopia di documento di riconoscimento in corso di validità.

AREA RISERVATA ALL'UFFICIO

La firma è stata apposta in mia presenza _____
(l'impiegato addetto al ricevimento)

Allegato 12 – Diagramma rimborsi cure all'estero



Convenzione

Argentina

limitata all'assistenza sanitaria per i pensionati e loro familiari

a) **decorrenza**
1/1/1984
ratifica: legge 18 gennaio 1983 n. 32 (firmata a Buenos Aires il 3.11.1981)

b) **campo di applicazione**
persone protette: solo i titolari di pensione e loro familiari (di tutte le categorie)

esclusioni: tutte le altre categorie di lavoratori

c) **rischi protetti**
malattia

d) **situazioni protette**
titolari di pensione e familiari in temporaneo soggiorno nell'altro Stato (I/RA-1);

titolari di pensione e familiari residenti nel territorio dell'altro Stato (I/RA-2

NB. E' escluso il rimborso delle prestazioni in forma indiretta fatta eccezione per i lavoratori distaccati per motivi di lavoro (DPR 618/80).

Dall' Aprile 2003 è stata attivata, su iniziativa del MAE, una procedura di aggiornamento della suddetta convenzione intesa ad ampliare la portata di quella vigente a favore dei lavoratoti e familiari

Australia

a) **decorrenza**
1/9/1988
ratifica: legge 7 giugno 1988 n. 226 (firmata a Roma il 9.1.1986)

b) **campo di applicazione**
persone protette: tutti i cittadini italiani ed australiani che hanno diritto all'assistenza sanitaria
personale delle rappresentanze diplomatiche e familiari conviventi

c) **rischi protetti**
malattie impreviste: cure necessarie urgenti, in forma diretta

d) **situazioni protette**
temporaneo soggiorno per un periodo non superiore a 6 mesi (prorogabile se interviene malattia);

distacco

esclusioni
rimborso delle spese in forma indiretta

e) **modalità particolari**
il cittadino australiano dovrà esibire alla ASL:
- passaporto
- certificato di residenza in Australia
- tessera "Medicare Card" oppure autocertificazione di iscrizione al Medicare

il cittadino italiano dovrà esibire:
- passaporto
- attestato di diritto rilasciato dalla ASL su carta intestata oppure autocertificazione

NB. E' escluso il rimborso delle prestazioni in forma indiretta fatta eccezione per i lavoratori distaccati per motivi di lavoro (DPR 618/80).

Brasile

a) **decorrenza**

26/2/1965 Accordo di emigrazione
ratifica: legge 2 marzo 1963 n. 509 (firmato a Roma il 9.12.1960)

5/8/1977 Protocollo aggiuntivo all'Accordo di emigrazione
ratifica: legge 6 aprile 1977 n. 236 (firmato a Brasilia 30.1.1974)

Norme di applicazione del Protocollo aggiuntivo all'Accordo di emigrazione (firmato a Brasilia il 30.1.1974)

b) **campo di applicazione**

persone protette: lavoratori subordinati ed assimilati settore privato e lavoratori autonomi assimilati ai lavoratori subordinati

pensionati delle predette categorie

familiari a carico delle predette categorie

esclusioni
pubblici dipendenti

c) **rischi protetti**
maternità
infortuni e malattie professionali (solo per i lavoratori)

d) **situazioni protette**
temporaneo soggiorno (mod. IB/2)
trasferimento di residenza del pensionato e dei familiari a carico (mod. IB/2)
Familiare di lavoratore che risiede nel territorio dell'altro Stato (mod. IB/3)
Distacco (mod. IB/2 dopo presentazione mod. IB/1 rilasciato da INPS)

esclusioni
trasferimento per cure

NB. E' escluso il rimborso delle prestazioni in forma indiretta fatta eccezione per i lavoratori distaccati per motivi di lavoro (DPR 618/80).

Capo Verde

a) decorrenza : **1/11/1983** – ratifica: legge 25 gennaio 1983 n. 34; Accordo amministrativo per l'applicazione della convenzione del 7.5.1987.

b) campo di applicazione

persone protette : -cittadini dei due Stati ed i profughi e gli apolidi residenti in uno dei due Stato che siano. Per l'Italia la Convenzione si applica a tutti gli assistiti iscritti a carico del Servizio Sanitario Nazionale mentre per Capo Verde si applica ai soli cittadini capoverdiani.
- lavoratori subordinati (pubblici o privati) ed autonomi;
- titolari di pensione (delle predette categorie);
- familiari a carico (delle predette categorie) in base alla legislazione di residenza.

c) rischi protetti : malattia- maternità;
infortuni e malattie professionali.

d) situazioni protette :
- Temporaneo soggiorno - cure urgenti (111)
- Trasferimento per cure (112)
- Infortuni sul lavoro (123)
- Distacco del lavoratore (106 previo rilascio 101 da parte dell'INPS)
- Familiare di lavoratore che risiede nel territorio dell'altro Stato (109)
- Residenza del titolare di pensione (e familiari) nell'altro Stato (121)

e) altra modulistica
- sospensione/cessazione del diritto: 108
- notifica ricovero ospedaliero: 113
- concessione protesi e grandi apparecchi:114

NB E' escluso il rimborso delle prestazioni in forma indiretta fatta eccezione per i lavoratori distaccati per motivi di lavoro (DPR 618/80).

Città del Vaticano e Santa Sede

a) **decorrenza**
1/01/2004 Convenzione
Ratifica: Legge 19 Agosto 2003 n. 244 (firmata a Roma il 16.6.2000)

Accordo Amministsrativo

b) **campo di applicazione**
persone protette:
- tutti i lavoratori e le persone assicurate al SSN a prescindere dalla loro cittadinanza
- titolari di pensione
- disoccupati
- familiari a carico delle predette categorie

c) **rischi protetti**
infortuni e malattie professionali

esclusioni
assistenza sanitaria per malattie comuni

d) **situazioni protette**
Distacco del lavoratore (mod. 123 dopo presentazione certificato di distacco rilasciato da INPS). Inoltre, la ASL dovrà chiedere alla sede INAIL competente, una certificazione in cui si dichiari che il lavoratore da distaccare è assicurato in base al DPR n. 1124 del 30/6/1975 e successive modificazioni ed integrazioni

e) **modulistica**
mod. 001
mod. 107
mod. 113
mod. 114
mod. 123
mod. 125

f) **sistema di addebito delle spese**
In base al costo effettivo (gli addebiti sono emessi solo da parte italiana in quanto la Santa Sede non dispone sul proprio territorio di strutture ospedaliere

Ex Jugoslavia

SERBIA MONTENEGRO – BOSNIA ERZEGOVINA

a) **decorrenza**

1/11/1961 ratifica: legge 11 giugno 1960 n. 885 (firmata a Roma il 14.11.1957)

10/10/1958 Accordo amministrativo

b) **campo di applicazione**

persone protette: lavoratori subordinati del settore privato ed autonomi assimilati

pensionati delle predette categorie

familiari a carico in delle predette categorie

c) **rischi protetti**

malattia
maternità
infortuni e malattie professionali

d) **situazioni protette**

Temporaneo soggiorno, limitatamente alle cure urgenti (mod. 7)
Trasferimento per cure (mod. 8)
Distacco del lavoratore (mod. 7 dopo presentazione mod. 1 rilasciato da INPS)
Residenza del familiare di lavoratore che risiede nel territorio dell'altro Stato (mod. 5)
Per cessazione diritto (mod. 6)
Residenza del titolare di pensione (e familiari) nell'altro Stato (mod. 12)
Per cessazione diritto (mod. 6)

NB. E' escluso il rimborso delle prestazioni in forma indiretta fatta eccezione per i lavoratori distaccati per motivi di lavoro (DPR 618/80).

Principato di Monaco

a) **decorrenza**

1/10/1985 ratifica: legge 5 marzo 1985 n. 130 (firmata a Monaco il 12.2.1982)

12/2/1982 Accordo amministrativo

b) **campo di applicazione**

persone protette: cittadini dei due Stati ed i profughi e gli apolidi residenti in uno dei due Stati che siano:

- lavoratori subordinati del settore privato ed autonomi assimilati
- titolari di pensione delle predette categorie
- familiari a carico delle predette categorie in base alla legislazione di residenza

limitazioni: i dipendenti pubblici ed i pensionati di tale categoria, in applicazione dell'art. 11 della Convenzione, hanno diritto alla copertura della maternità solo per:

temporaneo soggiorno, limitatamente alle cure urgenti

trasferimento per cure

esclusioni: agenti diplomatici e consolari (i dipendenti dei Consolati possono optare)

c) **rischi protetti**

malattia
maternità
infortuni e malattie professionali

d) **situazioni protette**

Temporaneo soggiorno, limitatamente alle cure urgenti (mod. MIC/8)
Temporaneo soggiorno di lavoratori (mod. MIC/6)
Trasferimento per cure (mod. MIC/9)
Infortuni sul lavoro (mod. MIC/8)
Frontalieri (mod. 1MC/IM – 2MC/IM – 3MC/IM)
Distacco del lavoratore (mod. MIC/7 dopo presentazione mod. MIC/1 rilasciato da INPS)
Residenza del familiare di lavoratore che risiede nel territorio dell'altro Stato (mod. MIC/5)
Trasferimento del titolare di pensione e familiari nell'altro Stato (mod. MIC/4)

e) **altra modulistica**

sospensione/cessazione del diritto (mod. I/MC10 – I/MC10 bis)
notifica ricovero ospedaliero (mod. I/MC13
concessione protesi e grandi apparecchi (I/MC14)

NB. E' escluso il rimborso delle prestazioni in forma indiretta fatta eccezione per i lavoratori distaccati per motivi di lavoro (DPR 618/80).

San Marino

a) **decorrenza**

1/11/1975 ratifica: legge 26 luglio 1975 n. 432 (firmata a Roma il 10.7.1974)

19/5/1978 Accordo amministrativo

1/5/1996 Modifica convenzione (firmata a Roma il 21.12.1991)

b) **campo di applicazione**

persone protette:
- tutti i lavoratori e le persone assicurate al SSN a prescindere dalla loro cittadinanza
- titolari di pensione
- disoccupati
- familiari a carico delle predette categorie

c) **rischi protetti**

malattia
maternità
infortuni e malattie professionali

d) **situazioni protette**

Temporaneo soggiorno, limitatamente alle cure urgenti (mod. ISMAR/8)
Trasferimento per cure (mod. ISMAR/8 bis)
Distacco del lavoratore (mod. ISMAR/5 dopo presentazione mod. ISMAR/1 rilasciato da INPS)
Residenza del familiare di lavoratore che risiede nel territorio dell'altro Stato (mod. ISMAR/5)
Trasferimento del titolare di pensione e familiari nell'altro Stato (mod. ISMAR/11)
Tariffazione delle prestazioni mod. (ISMAR13 (rimborso delle prestazioni urgenti sostenute direttamente dall'assicurato)

Tunisia

a) **decorrenza**

1/6/1987 ratifica: legge 7 ottobre 1986 n. 735 (firmata a Tunisi il 17.12.1984)

12/3/1987 Accordo Amministrativo

b) **campo di applicazione**

persone protette: lavoratori subordinati ed assimilati e lavoratori autonomi

titolari di pensione delle predette categorie

familiari a carico delle predette categorie

superstiti delle predette categorie

esclusioni: pubblici dipendenti

agenti diplomatici o consolari di carriera

altro personale delle missioni diplomatiche di ruolo

N.B. gli altri lavoratori, assunti dalle Ambasciate o Consolati in Italia, sono assicurati obbligatoriamente la S.S.N.: questi lavoratori possono optare per la legislazione tunisina se sono in possesso della cittadinanza italiana

c) **rischi protetti**

malattia
maternità
infortuni e malattie professionali

d) **situazioni protette**

Temporaneo soggiorno, limitatamente alle cure urgenti (mod. ITN/11) e limitato ai soli lavoratori occupati nel territorio dell'altro Stato ed ai familiari che risiedono con il lavoratore.

Distacco del lavoratore fino a 36 mesi (mod. ITN/8 dopo presentazione mod. ITN/4 rilasciato da INPS). I familiari a carico dei distaccati italiani sono determinati in base alla legislazione italiana

Residenza del familiare di lavoratore che risiede nel territorio dell'altro Stato (mod. ITN/10). I predetti familiari non hanno diritto all'assistenza sanitaria in caso di soggiorno temporaneo nell'altro Stato

Infortuni e malattie professionali (mod. ITN/14)

Trasferimento del titolare di pensione e familiari nell'altro Stato (mod. ITN/9) che non hanno diritto all'assistenza sanitaria in caso di soggiorno temporaneo nell'altro Stato

esclusioni

Oltre quelle sopra indicate: Assistenza indiretta
Trasferimento per cure

Allegato 14 - Domanda rimborso visite occasionali

AL DIRETTORE AREA VASTA TERRITORIALE n.3

DISTRETTO DI _____

Sede Amministrativa: Belvedere Raffaello Sanzio, 1 – 62100 Macerata

Oggetto: Domanda di rimborso spese

- ☐ Soggetti in trattamento radioterapico L.R. 30/1987 e s.m.i.
- ☐ Soggetti sottoposti a trapianto d'organi L.R. 65/1997 e s.m.i.
- ☐ Soggetti affetti da sensibilità chimica multipla DGR 643/2007
- ☐ Soggetti affetti da uremia cronica (dializzati) L.R. 15/1984 e s.m.i.
- ☐ Soggetti sottoposti a terapia iperbarica L.R. 7/2000 e s.m.i.
- ☐ Visite mediche occasionali

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____ Via _____

tel. _____ Cod. Fisc. _____

D I C H I A R A

ai fini del rimborso spese e ai sensi della normativa citata in oggetto

☐ di essersi recato/a dalla propria residenza/domicilio sita/o in _____ al Centro di _____ mediante:

- Mezzo pubblico (si allegano i biglietti di viaggio)
- Mezzo proprio / familiari / terzi
- Altri mezzi (specificare _____)

☐ di aver soggiornato a _____

☐ di essere stato/a accompagnato/a da _____

nato/a a_____ il _____ residente a _____

Ai fini del rimborso allega la seguente documentazione:

1. _____
2. _____
3. _____

Modalità di pagamento prescelta:

☐ Contanti presso tutti gli sportelli della Banca delle Marche

☐ Accredito presso Banca/Conto Bancoposta _____

conto corrente intestato a _____

Codice IBAN

Le dichiarazioni di cui a tergo sono rese ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000; sono a conoscenza delle sanzioni di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di false dichiarazioni e della conseguenza che l'accertamento di dichiarazioni mendaci comporterà la decadenza dai benefici conseguiti in relazione alla presente istanza.
Dichiaro altresì di avere ottenuto l'informativa ed autorizzo il trattamento dei dati personali nei limiti della L. 675/96.

_____ (Luogo e data)

_____ (Firma del dichiarante)

Se il presente modulo viene presentato da terzi o a mezzo servizio postale allegare una fotocopia di documento di riconoscimento in corso di validità.

AREA RISERVATA ALL'UFFICIO

La firma è stata apposta in mia presenza _____

(l'impiegato addetto al ricevimento)