

**!!! seguente modulo non è da utilizzare per la richiesta di rimborsi per ricoveri!!!**

## RICHIESTA DI RIMBORSO

Vi invitiamo a compilare attentamente TUTTE LE PARTE del seguente modulo. Una volta ricevuta, la richiesta sarà valutata dal nostro ufficio competente e sarà dato un riscontro sull'esito della valutazione.

\_ / \_ / \_ Data di richiesta rimborso

### DATI DEL PAZIENTE

NOME DEL PAZIENTE \_\_\_\_\_ COGNOME DEL PAZIENTE \_\_\_\_\_

(Per i minori – presenta la richiesta il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_ grado di parentela/potestà  
genitoriale/ tutore/ curatore/istituto \_\_\_\_\_ Tipo di  
documento \_\_\_\_\_ nr \_\_\_\_\_ Rilasciato  
da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ )

RECAPITO TELEFONICO \_\_\_\_\_

EMAIL \_\_\_\_\_

\_ / \_ / \_ Data della prestazione da rimborsare: se la data della richiesta è **oltre 5 giorni lavorativi** di distanza dalla data della prestazione, questa non verrà presa in carico.

Inserire la descrizione della prestazione (es. ecografia...), il codice cliente e il numero della fattura:

- Descrizione Prestazione \_\_\_\_\_
- Codice cliente \_\_\_\_\_
- Numero di fattura \_\_\_\_\_

### Motivo della richiesta di rimborso

#### Tipologia di Prenotazione:

- Visita in struttura prenotata tramite APP GSD

Ospedale San Raffaele S.r.l.  
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Via Olgettina 60 – 20132 Milano (MI) | Tel. +39 02.26431 | info@hsr.it  
C.F., P.IVA e Reg. Imp. Milano 07636600962 – C.C.I.A.A. 1972938  
Capitale Sociale € 60.817.200 i.v.

www.hsr.it

- Visita in struttura prenotata tramite altri canali
- Visita effettuata tramite Telemedicina

**Motivo Richiesta Rimborso**

- Impossibilità di esecuzione della prestazione per motivi legati alla struttura
- Doppio pagamento in fase di Accettazione
- Motivi Personale del richiedente
- Prenotazione Errata
- Altro

Descrivere l'episodio di rimborso nel campo sottostante

È necessario allegare (anche format foto)

1. il giustificativo del medico per la prestazione per cui viene richiesto il rimborso.
2. Copia della Carta d'identità valida
3. Il presente modulo debitamente compilato
4. Per richiedere una richiesta di rimborso delle spese dei mezzi di trasporto e dei pernottamenti allegare tutti i biglietti e tutta l'eventuale documentazione.

**In assenza dei documenti, la richiesta non sarà presa in carico.**

Importo della visita o dell'esame non eseguito da restituire: \_\_\_\_\_ €

Eventuali altri importi da restituire: \_\_\_\_\_ €

Modalità di rimborso: !!Attenzione l'intestatario del conto deve essere UGUALE all'intestatario che ha effettuato il pagamento per il quale si richiede il rimborso.!!

Bonifico bancario

FIRMA DEL PAZIENTE (o di chi ne fa le veci)

---

**DATI PER RIMBORSO TRAMITE BONIFICO BANCARIO**

Cognome e nome paziente \_\_\_\_\_

Cognome e nome intestatario conto \_\_\_\_\_

Residenza intestatario:

Località: \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Istituto bancario \_\_\_\_\_

IBAN : 

--	--

--	--

--

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Codice Swift o BIC \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PAZIENTE (o di chi ne fa le veci)

---