



**As FO**

Azienda sanitaria Friuli Occidentale

via della Vecchia Ceramica, 1 - 33170 Pordenone (PN) - Italy  
C.F. e P.I. 01772890933 PEC: asfo.protgen@certsanita.fvg.it

**TRASFERIMENTO ALL'ESTERO  
PER CURE DI ALTISSIMA  
SPECIALIZZAZIONE  
(MOD. 4 - ITALIANO)**

Rev. 2020

**RICHIESTA DI INFORMAZIONI <sup>(1)</sup> RELATIVE AGLI ASPETTI ECONOMICI E  
LOGISTICI DELLE CURE PROGRAMMATE <sup>(2)</sup> 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 ( <i>provider</i> ): .....
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 oltre alla presentazione del modello S2 (E112)**

**(Se viene barrata questa casella non è necessario acquisire le successive informazioni)**

Data della risposta

.....

(Il responsabile della struttura sanitaria che erogherà le cure)

Firma/timbro

.....

**(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  ..... (indicare 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)

Firma/timbro

.....

NOTE (1) Cooperazione tra autorità competenti - (art. 84 del Reg. CEE 1408/71) - art. 76 Reg. CE883/2004: "...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.