



A.S.L. NA 1 CENTRO
Prot. N. 0068912/2016
USCITA
15/12/2016
AAGG

Unità Operativa Semplice Attività Libero Professionale
Responsabile: Dott.ssa Rosa Ruggiero



PROCEDURA PER IL RIMBORSO DI PRESTAZIONI ALPI NON EROGATE

Per ciò che concerne le prestazioni in attività libero professionale di tipo **AMBULATORIALE** il cittadino ha diritto al rimborso nei casi previsti dal Manuale delle Procedure SI.PA.C – Sistema di pagamento centralizzato – Casse Sportello, di cui alla delibera aziendale n°1864 del 28.11.2014, ovvero:

- per errata prenotazione;
- per mancata fruizione della prestazione per motivi imputabili al servizio sanitario;
- per mancata fruizione della prestazione per motivi imputabili all'utente, ma per la quale è stata effettuata disdetta almeno due giorni prima della data fissata per l'erogazione della prestazione.

L'eventuale rimborso delle prestazioni viene effettuato dal GEFI per il tramite dell'Ufficio ALPI, **cui va inoltrata la documentazione di richiesta rimborso.**

Per ciò che concerne le prestazioni in attività libero professionale di tipo **CHIRURGICO** il cittadino segnala al Referente Presidiale ALPI la mancata erogazione della prestazione chirurgica, fornendo nello specifico a quest'ultimo tutte le notizie utili per accertare la non avvenuta esecuzione dell'intervento.

Tali notizie verranno riportate dal Referente Presidiale in idoneo modulo (all.1), debitamente compilato in ogni sua parte, firmato dall'utente e dal Referente Presidiale.

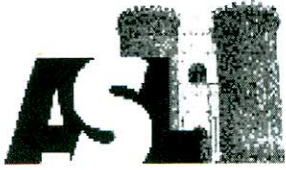
Lo stesso modulo verrà poi consegnato dal Referente Presidiale, con allegata fattura di pagamento in originale, alla Direzione Amministrativa di Presidio.

Sarà cura della stessa Direzione Amministrativa di Presidio trasmettere, dopo averla protocollata ed acquisita copia agli atti, la documentazione all'U.O.C. GEFI, per il tramite dell'Ufficio ALPI.

La Responsabile
UOS Attività Libero Professionale Intramuraria
Dott.ssa Rosa Ruggiero



Il Direttore
U.O.C. Affari Generali
Dott.ssa Liliana Lodato



Regione Campania
A.S.L. Napoli 1 Centro

ALPI

MODULO PER RIMBORSO
PRESTAZIONI CHIRURGICHE
NON EROGATE

PARTE DA COMPILARE A CURA DEL REFERENTE PRESIDIALE ALPI

PRESIDIO O DISTRETTO _____ DATA MANCATA PRESTAZIONE _____

Cognome e nome _____ data e luogo di nascita _____

Indirizzo _____ città _____ rec. telefonico _____

Codice fiscale _____ identificativo prenot. _____

Tipologia della prestazione non erogata _____

Motivo della mancata prestazione _____

Importo da rimborsare euro _____

IBAN (Fornito dal paziente e da usare per il rimborso) _____

N.B: IN ALLEGATO FATTURA ORIGINALE FORNITA DAL PAZIENTE

Data _____ Firma del Paziente _____

Firma e timbro del Referente Presidiale _____

PARTE RISERVATA AL DIRETTORE AMMINISTRATIVO DI PRESIDIO

Prot. _____ del _____

Si trasmette all'Ufficio ALPI, per le opportune verifiche, modulo di richiesta rimborso per il/la sig/sig.ra _____, richiesto causa mancata erogazione di prestazione in ALPI da parte dell'Azienda, da inoltrare successivamente al GEFI a cura del citato Ufficio.

In allegato fattura originale.

Il Direttore Amministrativo Presidiale
(Timbro e firma)