

## INFORMATIVA SULL'UTILIZZO DEL MODELLO S2

Il paziente PRIMA di recarsi all'estero per ricevere le cure programmate deve verificare con la struttura sanitaria estera l'esistenza di eventuali costi posti direttamente a suo carico, pur se già in possesso del modello S2.

Non sempre i titolari dell'autorizzazione S2 accedono alle cure programmate all'estero con oneri immediatamente e totalmente a carico del Servizio Sanitario Nazionale (assistenza diretta). Talvolta infatti, la struttura sanitaria estera richiede direttamente al paziente il versamento di somme di denaro, anche di notevole entità, a copertura di costi vari come, ad esempio: costi di trasporto da una struttura sanitaria ad un'altra, costi dell'equipe che effettua l'intervento, prestazioni libero professionali, ticket, farmaci, differenza tra il costo effettivo della prestazione e la tariffa DRG, supplemento per camera singola, etc ...

Si sottolinea che tali criticità emergono SOLO nel momento in cui l'interessato si trova già all'estero presso la struttura sanitaria di riferimento nella convinzione di essere totalmente coperto dal modello S2. Inconveniente che espone il paziente a difficoltà e costi non preventivati.

Al fine di prevenire tali situazioni è fondamentale che il paziente verifichi presso la struttura sanitaria estera, **PRIMA DELLA PARTENZA**, l'esistenza di eventuali costi aggiuntivi. A tale scopo si fornisce l'allegato modulo di "RICHIESTA DI INFORMAZIONI RELATIVE AGLI ASPETTI ECONOMICI E LOGISTICI DELLE CURE PROGRAMMATE S2 (E112)" da trasmettere (a cura del paziente) alla struttura sanitaria estera di riferimento. Lo stesso è disponibile anche in lingua inglese, francese e tedesca nell'intento di ridurre i tempi di risposta e favorire l'instaurazione di un rapporto di trasparenza tra paziente e struttura sanitaria. Nel modello è prevista la dichiarazione da parte dell'istituzione estera che le eventuali richieste economiche di cui sopra non rivestono carattere discriminatorio per il paziente rispetto agli assistiti del Paese in considerazione.

\*\*\*\*\*

Si precisa inoltre che la deliberazione della Giunta Provinciale di Trento n. 2192 del 15 ottobre 2012 prevede la possibilità di rimborso delle spese di ammontare superiore ad Euro 200,00 (con riferimento ai soli ricoveri e con esclusione delle spese relative a quote di compartecipazione – ticket) addebitate direttamente al cittadino e relative alle prestazioni autorizzate con modello S2 (prestazione 29). Il diritto al rimborso spetta ai soggetti iscritti al Servizio Sanitario Provinciale e residenti in Provincia di Trento da almeno tre anni. Nel caso di soggetti con età inferiore ai tre anni il requisito della residenza triennale è richiesto per i genitori.

La domanda di rimborso della spesa sanitaria deve essere inoltrata all'Ufficio Alta Specializzazione entro un anno dalla data di effettuazione della spesa medesima, presentando:

- modulo di "RICHIESTA RIMBORSO SPESA SANITARIA", compilato in tutte le sue parti e sottoscritto dall'assistito o da chi lo rappresenta giuridicamente;
- certificazione sanitaria attestante le prestazioni fruite (relazione di dimissione ospedaliera);
- fatture quietanzate (in originale o copia a seconda della modalità di invio);
- modulo di "RICHIESTA DI INFORMAZIONI RELATIVE AGLI ASPETTI ECONOMICI E LOGISTICI DELLE CURE PROGRAMMATE S2 (E112)" compilato:
  - nella **parte A** a cura dell'assistito;
  - nella **parte B** a cura della struttura estera che ha erogato le prestazioni sanitarie, con indicazione dell'importo effettivamente corrisposto, debitamente timbrato e firmato.
- copia del documento di identità in corso di validità, qualora il modulo non sia sottoscritto in presenza del funzionario addetto.

### UFFICIO COMPETENTE:

**Servizio Amministrazione Territoriale**

**Ufficio Alta Specializzazione**

Centro per i Servizi Sanitari Viale Verona - Palazzina B – 38123 - Trento

Tel. 0461 902267 – 0461 902797 - 0461 902364 – Fax 0461-902287

E-mail: ufficio.altaspecializzazione@apss.tn.it

L'accesso allo sportello è consentito previo appuntamento

**RICHIESTA DI INFORMAZIONI <sup>(1)</sup> RELATIVE AGLI ASPETTI ECONOMICI E LOGISTICI  
DELLE CURE PROGRAMMATE <sup>(2)</sup> S2 (E112)**

*(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 (CODICE FISCALE) del titolare dell'autorizzazione S2 (E112)

.....

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

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

Indirizzo: .....

Stato: .....

**Parte B) da compilare a cura della 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 <sup>(3)</sup> 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 <sup>(3)</sup>** .....

**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. 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 ..."*;

(2) *Cure programmate: art. 26 Reg. CE 987/2009;*

(3) *Indicare i costi in euro, oppure precisare la valuta in cui sono espressi se diversa dall'euro.*