

Parere di congruità ex art. 7 D.P.R. 31 luglio 1980, n. 618

Titolare:

Assistito:

L'assistito sopra indicato ha fruito delle sottoelencate prestazioni (1):

1)dal al.....

2)dal al.....

3)dal al.....

4)dal al.....

presso (2):

I) la struttura di un'istituzione pubblica o non avente scopo di lucro (3)

.....

II) una clinica privata (3)

III) l'ambulatorio di un libero professionista (3)

Attese le direttive emanate dal Ministero della Sanità con nota 1000-1225 dell'11 luglio 1981 (vedere circolare di trasmissione M.A.E. n. 090/1033 in data 14 settembre 1981), si dichiara che le spese sostenute **SONO / NON SONO** (4) congrue in relazione ai prezzi, tariffe ed onorari del luogo, tenuto conto delle possibilità di assistenza sanitaria e degli usi locali.

-
- (1) Indicare le prestazioni sommariamente in base alle branche di appartenenza (specialistiche, ospedaliere, medico generiche, ecc.)
 - (2) Barrare i punti che interessano
 - (3) Denominazione del luogo di cura ovvero del libero professionista
 - (4) Cancellare la voce che non interessa

**DA COMPILARE SOLO SE LE PRESTAZIONI SONO STATE EROGATE
DA STRUTTURE SANITARIE PRIVATE**

Si attesta infatti che (1):

- A) non esistono in loco strutture sanitarie pubbliche o istituzioni sanitarie senza scopo di lucro;
- B) le strutture pubbliche non sono a disposizione degli stranieri;
- C) le strutture pubbliche sono accessibili agli stranieri solo per ricoveri d'urgenza;
- D) le locali strutture pubbliche, in relazione alla qualificazione professionale degli operatori sanitari e para - sanitari ed al livello tecnico - sanitario delle strutture, non offrono adeguate garanzie per la terapia dell'evento morboso in questione;
- E) non sono in vigore tariffe predeterminate con provvedimento governativo per quanto riguarda le prestazioni erogate dai medici generici o specialistici;
- F) le tariffe e gli onorari, di cui si chiede il rimborso, non si discostano da quelli praticati dalla generalità delle strutture private per analoghe prestazioni;
- G) (altre indicazioni non contemplate nei punti precedenti):.....

.....
.....

Data,

**IL CAPO DELLA RAPPRESENTANZA
(timbro e firma)**

(1) Barrare i punti che interessano

Attesa la non congruità delle spese per le prestazioni fruite dall'assistito sopraindicato, si indicano di seguito gli onorari e le tariffe che si ritengono congrui:

.....
.....
.....

Data,

**IL CAPO DELLA RAPPRESENTANZA
(timbro e firma)**

N.B. La presente deve essere compilata nell'eventualità di dichiarazione di non congruità in quanto:

- si tratta di oneri di ospitalità non strettamente connessi all'assistenza sanitaria, ma riferiti a benefici di carattere strettamente alberghiero: camera singola, telefono, televisore, infermiera personale, ecc. (in tal caso devono essere indicate le tariffe relative alle condizioni ordinarie di degenza)
- per le prestazioni fruite presso strutture sanitarie private non può essere attestata la sussistenza delle condizioni enunciate sub A), B), C), D), E), F) G);
- gli onorari libero professionali, di cui si chiede il rimborso, sono più elevati di quelli generalmente praticati in loco per analoghe prestazioni.