

**DEMANDE D'INFORMATIONS⁽¹⁾ CONCERNANT LES ASPECTS ECONOMIQUES ET
LOGISTIQUES DES SOINS PROGRAMMES⁽²⁾ S2 (E112)**

*(La présente demande d'informations ne remplace en aucune manière les attestations du
droit prévues par la législation communautaire sur la sécurité sociale)*

Partie A) a remplir par le patient

1. Assuré autorisé par l'institution compétente à bénéficier des soins programmés

Prénom, nom :

Date de naissance :

Adresse dans le pays de résidence :

Numéro d'identification personnel (CODICE FISCALE) du titulaire de l'autorisation S2 (E112)

.....

2. Structure sanitaire fournissant les soins programmés

3.

Dénomination de la clinique, l'hôpital:

Adresse :

Pays :

Partie B) a remplir par l'institution sanitaire de l'Etat qui effectuera les soins programmés

**REQUÊTES EVENTUELLES DE PAIEMENT ET CONDITIONS D'ACCES AUX SOINS QUE LE
PATIENT DOIT CONNAITRE AVANT DE PARTIR
(barrer la case trouvant application et ajouter les informations pertinentes)**

- ☐ **Aucun paiement ne sera requis du patient**
(si cette case est barrée, les informations ci-dessous deviennent sans objet)

Date de la réponse

(Le responsable de l'organisme de contact de l'Etat dans lequel les soins de santé seront fournis)

3.

Date de l'opération/prestation/période des soins de santé :

- La date de l'intervention et/ou la période de prestation a été fixée ☐

Il y a une liste d'attente ☐ indiquer (si connue la date/période prévisible)

Coûts ⁽³⁾ que le patient devra payer au provider:

- pour accéder à la liste d'attente ☐(indiquer le montant)

- comme avance sur coûts ☐ ou ticket modérateur ☐ ou autre participation aux frais ☐
..... (indiquer le montant)

- pour le transport d'une structure sanitaire à une autre ☐ (indiquer le montant)

- pour payer l'équipe qui effectuera l'opération ☐ (indiquer le montant)

- différence entre le coût effectif de la prestation et le tarif DRG ☐ (indiquer le montant)

- pour l'hospitalisation en chambre individuelle plutôt qu'en chambre à plusieurs lits ☐
..... (indiquer le montant)

- Autres prestations à paiement ☐ (indiquer nature et montant):

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

TOTAL DES COUTS POUR LE PATIENT ⁽³⁾

Nous déclarons que les paiements et les conditions d'accès ci-dessus demandés au patient italien s'appliquent de la même manière aux assurés de l'Etat dans lequel les soins programmés seront fournis

Date de la réponse

(Le responsable de l'organisme de contact de l'Etat dans lequel les soins de santé seront fournis)

NOTE

(1) *Coopération entre autorités compétentes – article 76 du règl. CE 883/2004 :“... Les institutions, conformément au principe de bonne administration, répondent à toutes les demandes dans un délai raisonnable et communiquent, à cet égard, aux personnes concernées toute information nécessaire pour faire valoir les droits qui leur sont conférés par le présent règlement ...”;*

(2) *Soins programmés : article 26 du règl. CE 987/2009;*

(3) *Indiquer les dépenses en euros, ou préciser la monnaie dans laquelle elles sont exprimées, si différente.*