| N. | Denominazione del procedimento e descrizione sintetica | Normativa di riferimento | Unità Organizzativa Responsabile dell’istruttoria | Responsabile del procedimento | Ufficio competente all’adozione del provvedimento finale*Responsabile dell’Ufficio* | Modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardino | Modalità di presentazione dell’istanza di parte o della SCIA/DIA | Atti e documenti da allegare all’istanza e modulistica necessaria *(compresi fac simile autocertificazione)* | Termine di conclusione del procedimento | Procedimenti nei quali il provvedimento può essere sostituito da una dichiarazione dell’interessato | Significato del silenzio alla scadenza del termine  | Strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale  | Modalità per effettuare pagamenti eventualmente necessari | Soggetto munito del potere sostitutivo in caso di inerzia |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Cognome e Nome* | *Tel.* | *E-mail* | *Cognome e Nome* | *Tel.* | *E-mail* | *Tel.* | *E-mail* | *Ricevimento del pubblico* | *Pec* | *Fax* | *Presentazione diretta* | *A mezzo servizio postale* | *Altro (specificare)* | *Assenso* | *Rigetto* | *Inadempimento* | *Nome e Cognome* | *Tel.* | *E-mail* |
| 1 | Rimborso spese sostenute per cure in paesi comunitari ed assimilati (soggiorni temporanei per motivi diversi dallecure mediche) | Reg. CEE 631/2004Reg. CEE n. 574/72Art 34 reg CEE 574/72 | Coordinamento di Assistenza Sanitaria Territoriale | Dott. Paolo Di Alessandro -Sig.raRaffaella De Amicis -Dott.ssaLara De Berardinis-Dott.ssaMaria RosaMartella-Dott. Francesco Baiocchi | 0039086142028800390861888220003908580208760039085870783900390861420204 | paolo.dialessandro@aslteramo.itraffaella.deamicis@aslteramo.itlara.deberardinis @aslteramo.itmariarosa.martella@aslteramo.itfrancesco.baiocchi@aslteramo.it | U.O.C. Coordinamento Strutture Amministrative di Distretto e di aree di assistenza  | 00390861420204 | francesco.baiocchi@aslteramo.it | 0039086142028800390861888220003908580208760039085870783900390861420204 | paolo.dialessandro@aslteramo.itraffaella.deamicis@aslteramo.itlara.deberardinis @aslteramo.itmariarosa.martella@aslteramo.itfrancesco.baiocchi@aslteramo.it | dal lunedì al venerdì:9.00/13.00Martedì e giovedì: 9.00/13.00 15.30/17.30 |  |  | X[[1]](#footnote-1) | X[[2]](#footnote-2) |  | Ricevute in originale con relativo dettaglio delle prestazioni mediche ricevute e copia dell’avvenuto pagamento, documento di riconoscimento in corso di validità e tessera sanitaria in corso di validità. Ai fini del rimborso la domanda deve pervenire entro 90 gg. dall’avvenuto pagamento. Ove fosse posteriore di 90 gg. alla data di effettuazione della spesa, dovrà esserne motivato il ritardo.  | 90 giorni[[3]](#footnote-3) |  |  |  |  | Ricorso al TAR | Riscossione diretta presso una filiale TERCAS da parte dell’avente diritto;assegno bancario intestato all’avente diritto;conto corrente bancario/postale intestato all’avente diritto. |  |  |  |
| 2 | Richiesta di autorizzazione al trasferimento all’estero per cure in centri di ALTissima SPECIALIZZAZIONE | Art. 5 della L. 23.10.1985 , n° 595D.M. 03.11.1989Circolare ministeriale n° 33 del 12.12.1989Direttiva CEE 2011/24/UE | Coordinamento di Assistenza Sanitaria Territoriale | Dott. Paolo Di Alessandro -Sig.raRaffaella De Amicis -Dott.ssaLara De Berardinis-Dott.ssaMaria RosaMartella-Dott. Francesco Baiocchi | 0039086142028800390861888220003908580208760039085870783900390861420204 | paolo.dialessandro@aslteramo.itraffaella.deamicis@aslteramo.itlara.deberardinis @aslteramo.itmariarosa.martella@aslteramo.itfrancesco.baiocchi@aslteramo.it | U.O.C. Coordinamento Strutture Amministrative di Distretto e di aree di assistenza  | 0039086142028800390861888220003908580208760039085870783900390861420204 | paolo.dialessandro@aslteramo.itraffaella.deamicis@aslteramo.itlara.deberardinis @aslteramo.itmariarosa.martella@aslteramo.itfrancesco.baiocchi@aslteramo.it | 0039086142028800390861888220003908580208760039085870783900390861420204 | paolo.dialessandro@aslteramo.itraffaella.deamicis@aslteramo.itlara.deberardinis @aslteramo.itmariarosa.martella@aslteramo.itfrancesco.baiocchi@aslteramo.it | In orario di servizio dal lunedì al venerdì dalle ore 08:00 alle 14:00;il martedì e giovedì dalle 15:00 alle 18:00 | cast@pec.aslteramo.it |  | Si  | Si  |  | La richiesta al trasferimento va presentata a cura dell’interessato (ovvero dal familiare) corredata della proposta motivata del medico specialista recante l’indicazione del Centro estero prescelto per la prestazione e dell’impossibilità di fruire delle prestazioni in Italia tempestivamente ovvero in forma adeguata al caso clinico.  | 30 giorni\*.\*termini superiori possono necessitare qualora il C.R.R. adito, ai fini della valutazione della sussistenza dei presupposti, rappresenti all'amministrazione procedente la richiesta d’ integrazione della documentazione presentata dall’interessato.[[4]](#footnote-4) |  |  |  |  | Ricorso al TAR |  |  |  |  |
| 3 | Rimborso spese sostenute per cure effettuate all’estero | D.M. 03.11.1989Circolare ministeriale n° 33 del 12.12.1989[D.M. 24 gennaio 1990](http://bd01.deaprofessionale.it/cgi-bin/FulShow?TIPO=5&NOTXT=1&KEY=01LX0000038650&)Direttiva CEE 2011/24/UE | Coordinamento di Assistenza Sanitaria Territoriale | Dott. Paolo Di Alessandro -Sig.raRaffaella De Amicis -Dott.ssaLara De Berardinis-Dott.ssaMaria RosaMartella-Dott. Francesco Baiocchi | 0039086142028800390861888220003908580208760039085870783900390861420204 | paolo.dialessandro@aslteramo.itraffaella.deamicis@aslteramo.itlara.deberardinis @aslteramo.itmariarosa.martella@aslteramo.itfrancesco.baiocchi@aslteramo.it | U.O.C. Coordinamento Strutture Amministrative di Distretto e di aree di assistenza  | 0039086142028800390861888220003908580208760039085870783900390861420204 | paolo.dialessandro@aslteramo.itraffaella.deamicis@aslteramo.itlara.deberardinis @aslteramo.itmariarosa.martella@aslteramo.itfrancesco.baiocchi@aslteramo.it | 0039086142028800390861888220003908580208760039085870783900390861420204 | paolo.dialessandro@aslteramo.itraffaella.deamicis@aslteramo.itlara.deberardinis @aslteramo.itmariarosa.martella@aslteramo.itfrancesco.baiocchi@aslteramo.it | In orario di servizio dal lunedì al venerdì dalle ore 08:00 alle 14:00;il martedì e giovedì dalle 15:00 alle 18:00 |  |  | Esibendo la documentazione in originale  | Trasmettendo la documentazione in originale |  | La domanda di rimborso delle spese sostenute va presentata a cura dell’interessato (ovvero dal familiare) entro 90 gg. dall’avvenuto pagamento. Le fatture, prodotte in originale e regolarmente quietanzate, devono risultare da certificazione vistata dalle locali rappresentanze diplomatiche o consolari italiane.Dichiarazione ISEE per l’ammissibilità delle domande di rimborso in deroga | 30 giorni\*.termini superiori ai 30 giorni possono essere chiesti qualora la pratica deve essere trasmessa alla Commissione Regionale per la decisione.[[5]](#footnote-5) |  |  |  |  | Ricorso al TAR | Riscossione diretta presso una filiale TERCAS da parte dell’avente diritto;assegno bancario intestato all’avente diritto;conto corrente bancario/postale intestato all’avente diritto. |  |  |  |
| 4 | PROVVIDENZE A FAVORE DEI NEFROPATICI. RIMBORSI SPESE SOSTENUTE DAI PAZIENTI DI TUTTA L’AZIENDA RELATIVI A DIALISI OSPEDALIERA, PERITONEALE E TRAPIANTI DI RENI. | L.R. 21.4.1998 N.29: MODIFICHE ED INTEGRAZIONI LL.RR. N.19/77 E N.60/83 | Coordinamento di Assistenza Sanitaria Territoriale | Dott.ssa Raffaella Colleluori | 0861420282 | raffaella.colleluori@aslteramo.it | U.O.C. Coordinamento Strutture Amministrative di Distretto e di aree di assistenza  | 0039086142028200390861420204 | francesco.baiocchi@aslteramo.it | 00390861420204 | francesco.baiocchi@aslteramo.it | dal lunedì al venerdì dalle ore 08:30 alle 13:30; | x | x | x | x |  | Elenco dettagliato delle prestazioni mediche ricevute, originale dei tagliandi autostradali, biglietti aerei e ferroviari, documento di riconoscimento in corso di validità e tessera sanitaria in corso di validità.  | 150 giorni[[6]](#footnote-6) |  |  |  |  | Ricorso al TARriflettere | riscossione diretta presso una filiale TERCAS da parte dell’avente diritto;assegno bancario intestato all’avente diritto;conto corrente bancario/postale intestato all’avente diritto ovvero degli eredi |  |  |  |
| 5 | CONTRIBUTI PER MODIFICHE AGLI STRUMENTI DI GUIDA E AGLI AUTOVEICOLI PRIVATI A FAVORE DI SOGGETTI PORTATORI DI HANDICAP | L.R. 20.06.1980, N.60, ART.7 BIS, INTRODOTTO DA L.R.28.07.1998, N.57, ART.2 E ART.204 L.R. 08.02.2005 N.6 | Coordinamento di Assistenza Sanitaria Territoriale | Dott.ssa Raffaella Colleluori | 00390861420282 | raffaella.colleluori@aslteramo.it | U.O.C. Coordinamento Strutture Amministrative di Distretto e di aree di assistenza  | ~~00390861420282~~00390861420204 | francesco.baiocchi@aslteramo.it | 0039086142028200390861420204 | raffaella.colleluori@aslteramo.itfrancesco.baiocchi@aslteramo.it | In orario di servizio dal lunedì al venerdì dalle ore 08:00 alle 14:00; | cast@pec.aslteramo.it |  | Esibendo la documentazione in originale  | Trasmettendo la documentazione in originale |  | Elenco dettagliato delle prestazioni mediche ricevute, originale dei tagliandi autostradali, biglietti aerei e ferroviari, documento di riconoscimento in corso di validità e tessera sanitaria in corso di validità.  | 365 giorni[[7]](#footnote-7) |  |  |  |  | Ricorso al TAR | riscossione diretta presso una filiale TERCAS da parte dell’avente diritto;assegno bancario intestato all’avente diritto;conto corrente bancario/postale intestato all’avente diritto ovvero degli eredi |  |  |  |

1. È necessaria documentazione in originale [↑](#footnote-ref-1)
2. Idem c.s. [↑](#footnote-ref-2)
3. Acquisizione domanda. Trasmissione con mod. E126 o S067 all’istituzione straniera competente (CE) per la tariffazione della prestazione o parere negativo (obbligatorio e vincolante). Eventuale sollecito di norma dopo 20 gg circa. [↑](#footnote-ref-3)
4. È un caso di sospensione del procedimento ex l. 241/90. (il CRR ha 20 gg. di tempo per rendere il parere come da L. 241/90) [↑](#footnote-ref-4)
5. Se è necessario il parere, obbligatorio e vincolante della Commissione regionale (ha 30 giorni di tempo – ipotesi di sospensione). Nei seguenti casi:

 1) cure riabilitative

 2) se il richiedente chiede un ulteriore 10% (oltre all’80% spettante) corredato da ISEE del nucleo familiare [↑](#footnote-ref-5)
6. L.R. …..prevede rimborso trimestrale (gen-mar, apr.-giu, lug.-sett., ott.-dic). Entro la fine del mese successivo al trimestre di riferimento, si acquisisce la documentazione necessaria. Occorrono altri 30 giorni per l’adozione del provvedimento (ordinanza). [↑](#footnote-ref-6)
7. Il termine è legato alla necessità di acquisire le risorse finanziarie……………….. [↑](#footnote-ref-7)