

## 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 COMPILEARE 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 spedalità 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.