



# AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALE SANT'ANNA DI COMO

## Presidio Ospedaliero Sant'Anna

Via Ravona - 22020 San Fermo della Battaglia

**Codice accettazione:** XXXXXXXX

**Data accettazione:** 01-03-2012

COGNOME NOME
Nato/a il DD-MM-YYYY
VIA ROMA 1
22100 COMO (CO)

Egregia Signora/e, di seguito trova esposto il valore complessivo del rimborso corrisposto alle strutture ambulatoriali della Lombardia per il costo sostenuto per tipologie di attività e di prestazioni simili a quelle da Lei usufruite, che risulta costituito dalle seguenti voci:

- La quota di ticket da lei eventualmente pagata.
- La quota di eventuale ulteriore partecipazione alla spesa da lei pagata (quota fissa per ricetta) stabilita dalla Legge Nazionale n.111/2011
- La quota eventualmente riconosciuta dal Servizio Sanitario Regionale alla struttura ambulatoriale a saldo/completamento di quanto da lei eventualmente già corrisposto come ticket.

a. Quota ticket:	36 . 00	euro
b. Quota fissa per ricetta:	22 . 80	euro
c. Quota Servizio Sanitario Regionale:	47 . 93	euro