|  |  |
| --- | --- |
| **PROCEDURA RICHIESTA RIMBORSO SPESE SOSTENUTE PER L’ACQUISTO DI FARMACI CHE HANNO OTTENUTO L’ACCESSO AL FONDO 5% AIFA (Legge n.326/2003)** | |
| La richiesta deve essere presentata utilizzando il modulo allegato “Domanda di rimborso” entro 60 giorni dalla conclusione del trattamento autorizzato.  Tale documento dovrà essere inoltrato, per conoscenza, all’assessorato regionale di competenza. | |
| **LINEE GUIDA PER LA COMPILAZIONE DELLA NOTA:**   * Deve essere riportata l’autorizzazione Aifa (nota autorizzativa o determina) a cui fa riferimento l’ordine e l’acquisto del farmaco; * Deve essere scritto esplicitamente il totale richiesto a rimborso; * Si deve presentare una domanda per ciascun paziente; * Devono essere allegate copie delle fatture ricevute dall’azienda produttrice del farmaco ed eventualmente, quando previsti dall’autorizzazione i costi del trasporto (fornendo apposita documentazione giustificativa); * Se possibile si chiede di accorpare più fatture in una singola richiesta per limitare il numero complessivo delle stesse, purché relative allo stesso paziente; * Nel caso di acquisti effettuati tramite un terzo soggetto intermediario fornire sia le fatture intestate al soggetto intermediario da parte della ditta produttrice sia quelle che tale soggetto terzo intesta a sua volta alla struttura richiedente il rimborso o documento analogo; * L’IVA è rimborsabile esclusivamente nella misura in cui la stessa rappresenta un costo per la struttura. Pertanto, qualora venisse richiesto il rimborso dell’IVA, la struttura dovrà fornire l'autocertificazione, utilizzando il modello allegato; * Devono essere riportate le coordinate bancarie della struttura su cui effettuare il rimborso. | |
| La spedizione potrà avvenire seguendo una delle due modalità indicate. E’ preferito l’invio tramite PEC | |
| Via posta ordinaria (in originale) all’indirizzo:  Agenzia Italiana del Farmaco  Ufficio Contabilità e bilancio  Via del Tritone 181  00187 Roma | **via PEC (in formato elettronico .pdf) all’indirizzo:**  [*protocollo@pec.aifa.gov.it*](https://webmail.aifa.gov.it/owa/M.Fiaccavento@aifa.gov.it/redir.aspx?C=yKRGwETjoyyjMaB36TEg6ycnsMt2C9kCUcsZqeN5rroua5z0OMfXCA..&URL=mailto%3Aprotocollo@pec.aifa.gov.it)  ***specificare nell’oggetto della PEC***  **·    *CB – Richiesta Fondo 5% Farmaco NOME\_FARMACO Paziente SIGLA\_DATA DI NASCITA*** |