

| Determinazione dirigenziale N° <u>//// ° (</u> del | Determinazione dirigenziale N° | MH del_ | 1 6 GIU. 2014 |
|--|--------------------------------|---------|---------------|
|--|--------------------------------|---------|---------------|

Oggetto: Signora S.B. Rimborso cure ortodontiche minore M.M.

Il Direttore del Distretto Socio Sanitario di Iglesias

vista

la circolare dell'Assessorato Igiene e Sanità n. 23852 del 24.06.1999 con la quale ha impartito le disposizioni relative alle cure ortodontiche in favore dei pazienti in età inferiore ai 18 anni procedendo al rimborso del trattamento complessivo( apparecchio + cure) per un importo annuo pari a € 538,25 per un massimo di anni tre e per i minori affetti da Labiopalatoschisi

visto il D. A. I. S n. 26/III Serv. del 28.01.1006 con la quale all'art. 1 individua le protesi, i presidi e gli ausili erogabili quali prestazioni straordinarie dalla Aziende USL, ai sensi della L.R. 01.08.1996 n. 34 fra cui apparecchi ortodontici per gravi malformazioni maxillo facciali (es. labiopalatoschisi)

vista

la richiesta presentata dalla Sig. ra S. B. in data 18.02.2014, con la quale chiede il rimborso di cure ortodontiche in favore della proprio figlio M.M.

considerato

che la sig. ra S. B. . per il figlio M.M. con nota prot. PG/5452 del 05.03.2014 è stata autorizzata ad effettuare il trattamento ortodontico per un periodo massimo di tre anni

vista

le certificazioni sanitarie attestanti la necessità delle cure presentate dalla signora e rilasciate dall'ospedale Pediatrico "Bambin Gesù" di Roma e dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia Dipartimento di Chirurgia e Scienze Odontostomatologiche di Cagliari

visto

il certificato sanitario rilasciato di un nostro specialista operante presso il poliambulatorio di Iglesias con la quale conferma la necessità delle cure

constatata

la regolarità della documentazione relativamente alle spese sostenute, presentata in data 22.05.2014, e più precisamente:

fattura n. FCA/00005476/14 del 24.04. 2.014 pari a € 752,00

## ritenuto

opportuno procedere alla liquidazione delle fatture sopra indicate pari alla somma complessiva di € 538,15

## DETERMINA

- di autorizzare il rimborso di € 538,15 (cinquecentotrentotto/15) in favore della Sig. ra S. B
- di demandare al **capo servizio bilancio / contabilità** il provvedimento di pagamento dell'importo autorizzato tramite accredito sul conto corrente così come specificato sull'allegato ad uso interno per il servizio bilancio tratto sul **tesoriere aziendale**;
- di movimentare la spesa pari a € **538,15** (cinquecentotrentotto/15) conto cod. 04400700004 c. c. 13012000 del bilancio anno 2014.

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO SOCIO SANITARIO Dottor Marco/Sulcis

Coord.amm.DSSIglesias/Marcia



AL 7 CARBONIA

# Il Responsabile del Servizio Affari Generali,

Attesta che la Determinazione \_del \_ 1 6 GIU. 2014 è stata pubblicata nell'Albo pretorio dell'Azienda USL n. 7 1 6 GIU. 2014 a partire dal\_

Resterà a disposizione per la consultazione nella sezione Archivio Determinazioni del sito www.aslcarbonia.it

Servizio Affari Generali

# SERVIZIO BILANCIO

## **VISTO**

Ai sensi del Regolamento di cui alla delibere

n. 265/2006 n. 189/2007 n. 414/2007 n. 1160/C/2010 e n.753/2014

# Fattura N° FCA/00005476/14 24/04/2014

Regione

SARDEGNA

Azienda AOU Cagliari

Sede Legale ed Amm.va Via Ospedale, 54 09124 CAGLIARI

Codice Fiscale 03108560925

Partita IVA

03108560925

DOCUMENTO EMESSO A: MARRAS MICHELE

VIA MARRONCELLI 17/B

09016 IGLESIAS (CI)

MRRMHL06C18E281C

| Descrizione              | Codice      | Qt | Importo Un.                            | IMPORTO |
|--------------------------|-------------|----|--|---------|
| ACC. TERAPIA ORTODONTICA |             | 1  | 750,00                                 | 750,00  |
|                          | Imponibile  |    | ······································ | 750,00  |
|                          | ENPAV al 0% |    |  | 0,00    |
|                          | MA (E0)     |    |  | 0,00    |

| Importo Dishipata | ,        |
|-------------------|----------|
| Importo Richiesta | 750 00 1 |
| L                 | 750,00 [ |
|                   |          |

Medico:

Punto di Emissione: AOUCAS02 - Sede di Cassa Pol. Università Monserrato

Richiesta numero: 201432024657 del 24/04/0014

Nota: E0 = Esente IVA art. 10 DPR 633/72 e successivi

Mod. Incasso: Contanti

| Riepilogo | Riepilogo IVA | Bollo                                  | Importo Totale Documento |
|-----------|---------------|--|--------------------------|
| 0,00      | 0,00          | 2.00                                   | 752,00                   |
|           |               | ************************************** | 102,00                   |

Documento a Saldo

**PAGATO** 



LA PRESENTE ANNULLA E SOSTITUISCE LA QUIETANZA N.MONS4258 DEL 04.04.2014

Pagina 1 di 1

stampato il 24/04/2014 12:49