

INAIL

ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE
CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO

Sede di

Caso n.
del
Vs. RIF.

Data

Sig/Sig.ra

Oggetto: Richiesta rimborso spese farmaci.
Infortunio/malattia professionale n. del

In riferimento alla richiesta in oggetto, si comunica che la stessa è stata parzialmente accolta, limitatamente ai farmaci dell'allegato elenco.

Seguirà apposita comunicazione inerente il pagamento del rimborso in oggetto.

Si comunica, altresì, che la richiesta è stata parzialmente respinta in quanto:

- o non è pervenuta la documentazione richiesta;
- o la richiesta è pervenuta oltre i limiti previsti dalle vigenti disposizioni di legge;
- o i farmaci non sono stati ritenuti indicati e necessari per il miglioramento dello stato psico-fisico in relazione alla patologia causata dall'evento di origine lavorativa;
- o i farmaci non rientrano tra quelli rimborsabili.

Distinti saluti.

Il Responsabile del provvedimento

Allegato: Elenco farmaci rimborsati