Mod.Prestazioni: Opzioni Normali+ Convenzionate

Mod.1/a [Sp.Ord]-13/01

FOCAS **Spese ORDINARIE**

Opzioni Normali + Convenzionate

DA COMPILARE A CURA DELL'ISCRITTO

Per velocizzare la liquidazione della pratica si prega di completare **tutti gli elementi identificativi** *richiesti*

Dipendente =		⇐ *Scegliere con "**X**" il proprio stato e indicare qui sotto l'Azienda di appartenenza*:
Pensionato =		
Azienda	.....	

ISCRITTO (Socio)		**Nr.Matric.Az.**
ASSISTITO *[*]*	Data nascita / /	PARENTELA
Medico di base-SSN (da indicare in ogni caso)	Data inizio prestaz. / /	Data fine prestaz. / /

Tipo OPZIONE	Riservato a **Segreteria Fo.C.A.S.**
Nr.RICHIESTA 70377	← Nr identificativo della pratica [pregasi non riutilizzare il Modulo]
Compilatore	
Visto ESECUZ.	

*[*] Per **ogni assistito** (iscritto o familiare) compilare un **Modulo separato**.*
E' possibile raggruppare più prestazioni (con stesso anno di riferimento), se l'assistito è la medesima persona.

TIMBRO: Nr.Protocollo e Data arrivo

+Opz.Spec.3/h ***a cura del Socio*** ***Riservato a Segret.Focas***

Opz.Norm: 1+1/A-D-S+2+2/E [Conv.A+1/aa-a1-b-b1-p +2/a-ae-a1-b-b1-d-f-ff-f1-g-p+P/1.2]					Liquid.contributo [con nota Nr.Franchigie]		
Cod	/Sub	**Prestazioni** *50/40-41 solo Opz.Norm.	Nr.	Spese dichiar.	Sp.riconosciute	Nr.	Imp.rimborso
01	02	Visite medico specialistiche / SSN (tickets)	.....	.....	.....	...	.....
	04	Visite medico special.private/con prescriz.M.Base	.....	.....	.....	...	.....
	01	Visite medico special.private/ORL-Ocul-Ped-Ostetr.	.....	.....	.....	...	.....
05	01/02	Esami sanitari + Analisi labor./SSN (tickets)	.....	.....	.....	...	.....
	40/41.2	Esami sanitari + Analisi labor./non convenzion.	.....	.....	.....	...	.....
08	04	Prestaz.terapeut.integr.supplementari/ SSN (tickets)	.....	.....	.....	...	.....
	40	Prestaz.terapeut.integrat.supplem./ non erogab.SSN	.....	.....	.....	...	.....
	41	Prestaz.terap.integr.sup./effett.xurg. presso Strutt.Priv.	.....	.....	.....	...	.....
	42	Contributo speciale psicoterapie/ in libera profess.	.....	.....	.....	...	.....
09	02/04	Prestazioni mediche ambulator./ SSN (tickets)	.....	.....	.....	...	.....
	03	Prestazioni integrative Medico base (non tickets)	.....	.....	.....	...	.....
	01/10	Prestaz.mediche ambulator./Day Hospital strutt.Priv.	.....	.....	.....	...	.....
	39	Assistenza al parto domiciliare	.....	.....	.....	...	.....
20	10/50	Medicinali prescrivibili SSN/ fascia A-B-C	.....	.....	.....	...	.....
		.....	.....	.....	.....	...	.....
	40	Vaccini antiallergici + altri vaccini non rimbors.SSN	.....	.....	.....	...	.....
	60	Contributo svezzamento *[escluso 2/d-e]*	.....	.....	.....	...	.....
	61	Contributo xdismetabolie alimentari	.....	.....	.....	...	.....
25	01	Cure fango-balneo-term./ su autorizz.SSN (tickets)	.....	.....	.....	...	.....
	02/03	Cure fango-balneo-term./ prescritte da medico special.	.....	.....	.....	...	.....
30	01/03	Interv.chirurg.minori/ SSN (extra Grandi rischi)	.....	.....	.....	...	.....
	21/23	Interv.chirurg.minori/ non convenz. (extra Grandi rischi)	.....	.....	.....	...	.....
40	01	Occhiali/ fornitura completa	.....	.....	.....	...	.....
	02	Occhiali/ sostituzione lenti	.....	.....	.....	...	.....
	03	Occhiali/ sostituzione montatura per rottura	.....	.....	.....	...	.....
	04/05	Lenti corneali/ lenti a contatto	.....	.....	.....	...	.....
50	01/51	Acq.Presidi terapeut./ protesi, tutori, cinti	.....	.....	.....	...	.....
	05/55	Acq.Presidi terapeut./ ausili alla mobilità	.....	.....	.....	...	.....
	10/60	Acq.Presidi terapeut./ apparecchi acustici	.....	.....	.....	...	.....
	12/62	Acq.Presidi terapeut./ laringofoni, ausili respirazione	.....	.....	.....	...	.....
*	40/41	Acq.[40]/Nolo[41] attrezz.rieducaz.funz. o per disfunz.organiche	.....	.....	.....	...	.....
60	01/2-3	Check-Up	.....	.....	.....	...	.....
		TOTALE					

Si chiede accreditamento in conto corrente:

Paese	CIN Eur	CIN	ABI	CAB	N. Conto Corrente

Per le CURE DENTARIE usare Mod. 2

riservato Segret.Focas

Data liquidaz.PRATICA

NOTE: .....

Dichiaro che le spese sopra indicate sono interamente a mio carico e che per le prestazioni oggetto della presente richiesta non ho diritto a rimborso da parte di terzi (SSN, Regione, ecc.); qualora in futuro mi pervenissero indennizzi, mi impegno a darne comunicazione ai sensi dell'Art.23 del Regolamento per le prestazioni assistenziali.

§ *[completare in caso di variazioni]*

§	Tel./ Uff.	Tel./ Casa	Tel.Cell.	Indirizzo E_mail

Data ..... Firma del Socio .....