

DA COMPILARE A CURA DELL'ISCRITTO		
Per velocizzare la liquidazione della pratica si prega di compilare <u>tutti gli elementi identificativi</u> richiesti		
Dipendente =	← Scegliere con "X" il proprio stato e indicare qui sotto l'Azienda di appartenenza:	
Pensionato =		
<b>Azienda</b> : .....		
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	← Nr identificativo della pratica [pregasi <u>non riutilizzare</u> 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

**Promemoria per l'Associato:**

Al Fondo dovrà, sempre, essere inviata la documentazione originale della spesa. E' quindi opportuno, per ovviare ad eventuali disguidi nell'invio o nel recapito dei documenti, che il Consocio ne faccia preventivamente copia ai fini documentativi.

+Opz.Spec.3/h

<b>Copertura spec. Grandi Rischi</b>	<b>Opz.Normali: 1+1/A-D-S +2+2/E [Convenz.A +1/aa-a1-b-b1-p +2/a-a1-b-b1-d-f-ff-f1-g-p+P/1-2]</b>
Evento	.....

Cod	Sub	Rimborso spese x Prestazioni	a cura del Socio		riservato Segret.Focas	
			Nr.	Importo	Nr.	Importo
GA	01	Oonorari chirurgo, assistente, anestesista	.....	.....	.....	.....
	02	Diritti di sala operatoria, materiale d'intervento	.....	.....	.....	.....
	03	Assistenza medica, cure, medicinali, esami sanitari	.....	.....	.....	.....
	04	Rette di degenza	.....	.....	.....	.....
	05	Spese di trasporto in autoambulanza	.....	.....	.....	.....
<b>TOTALE</b>						

99 N.B.-E' stato concesso un anticipo in data ..... € .....

Cod	Sub	In alternativa: DIARIA GIORNALIERA*	Nr.	Inizio / Termine	Nr.	Importo
GD	01	Giornate intere di ricovero x intervento chirurg.G.Rischi	.....	.....	.....	.....
<i>Deconto dei giorni di uscita x permesso →</i>						[GG.netti liquid.]

\*[spetta in caso di prestazioni erogate dal SSN, senza oneri a carico dell'assistito, o nell'eventualità che l'assistito non richieda comunque alcun rimborso di spesa]

+Opz.Spec.3/h [+ altre Opzioni, a pagamento]

<b>Copertura spec. Ricov.Osped. per qualsiasi causa</b>	<b>Opz: 1+1/A-D-S+2+2/E [Conv.A+1/aa-a1-b-b1-p+2/a-a1-b-b1-d-f-ff-f1-g-p+P/1-2]</b>
Evento	.....

Cod	Sub	DIARIA GIORNALIERA per Ricovero*	a cura del Socio		Riservato Segret.Focas	
			Nr.	Inizio / Termine	Nr.	Importo
31	01	Giornate intere ricov. x malattia/accertam. (Strutt.Pubblica)	.....	.....	.....	.....
	04	Giornate intere ricov. x malattia/accertam. (Clinica Privata)	.....	.....	.....	.....
<i>Deconto dei giorni di uscita x permesso →</i>						[GG.netti liquid.]
31	03	Giornate intere ricov. x interv.chirurgico (Strutt.Pubbl.)	.....	.....	.....	.....
	02	Giornate intere ricov. x interv.chirurgico (Clinica Priv.)	.....	.....	.....	.....
<i>Deconto dei giorni di uscita x permesso →</i>						[GG.netti liquid.]

\*[spetta sia per prestazioni a pagamento che anche per prestazioni erogate dal SSN, senza oneri a carico dell'assistito]

**NOTE:** .....

Si chiede accreditamento in conto corrente:

Paese	CIN Eur	CIN	ABI	CAB	N. Conto Corrente

Per **Spese Sanit.ORDINARIE** usare **Mod. 1/a**

riservato Segret.Focas

Data liquidaz.PRATICA

§ Tel./Uff.	Tel./ Casa	Tel.Cell.	Indirizzo E_mail	§ [completare in caso di variazioni]

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 dare comunicazione ai sensi dell'Art.23 del Regolamento prest.az. assistenziali.

Data .....

Firma del Socio .....