

DA COMPILARE A CURA DELL'ISCRITTO		
Per velocizzare la liquidazione della pratica si prega di completare <u>tutti gli elementi identificativi richiesti</u>		
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. / /

FOCAS Spese DENTARIE	
Modulo per Opz. Normali + Convenz.1/B, 2/B, 2/FF Straord.2/F-P/1-P/2-D/1-D/2 + Integr.1/C-2//C-CC	
↓ Inserite qui un numero a vostra scelta che permetta l'identificazione della pratica per eventuali contatti	
Nr.RICHIESTA	← Nr identificativo della pratica [pregasi <u>non riutilizzare</u> lo stesso numero]
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.Normali: 1, 1/A, 1/D, 1/S, 2, 2/E opz. convenzionate: 1/B, 2/B, 2/FF
Opz. Straordinarie: P/1, P/2, D/1, D/2, e Opz.Integrative: 1/C, 2/C, CC

a cura del Socio

Riservato a Segret.Focas

/6 ← anz. < 3 anni

Cod /Sub	Prestazioni in regime di assistenza dir.SSN	Nr.	Spese dichiar.
10 06/08	Forniture protesiche dentarie da SSN (tickets)	.....	.....
07	Cure mediche dentarie in assistenza diretta erogata da SSN (tickets)	.....	.....
10.06/10/08 raggruppa le analoghe prestazioni in libera professione da 10.9		TOTALE	
10.07 raggruppa le analoghe prestazioni in libera professione da cod 10.03 a cod 10.84			

Sp.riconosciute	Nr.	Imp.rimborso
.....
.....
.....

/3 ← anz. < 3 anni

a cura del Socio

Cod /Sub	Prestazioni in regime di libera professione	Nr.	Spese dichiar.
10 03/04	Visite mediche, diagnostica e piani terap.	.....	.....
13/14	Radiologia odontoiatrica	.....	.....
23/24	Igiene orale ambulatoriale	.....	.....
33/34	Chirurgia orale	.....	.....
43/44	Parodontologia	.....	.....
53/54	Ortodonzia	.....	.....
63/64	Interventi conservativi	.....	.....
73/74	Endodonzia/ Pulpiti, periodontiti, ecc.	.....	.....
83/84	Gnatologia/ Terapie mandibolari	.....	.....
93/94	Protesi dentarie fisse e Implantologia dent.	.....	.....
	Protesi dentarie mobili	.....	.....
TOTALE			

Riservato a Segret.Focas

Sp.riconosciute	Nr.	Imp.rimborso
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Si chiede accreditamento in conto corrente:

Paese	CIN Eur	CIN	ABI	CAB	N. Conto Corrente

riservato Segret.Focas

Data liquidaz.PRATICA

NOTE:

Dichiaro che le spese 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, altri fondi sanitari, ecc); qualora in futuro mi pervenissero indennizzi, mi impegno a darne comunicazione ai sensi dell'art 24 del Regolamento per le prestazioni assistenziali.

Dichiaro di aver ricevuto per le prestazioni oggetto della presente richiesta un rimborso da parte di terzi (SSN, Regione, altri fondi sanitari, ecc) e di avere inserito la documentazione del rimborso ottenuto da parte di terzi nei documenti allegati.

↑ obbligatorio spuntare una delle due dichiarazioni sopra

Cellulare	Indirizzo e-mail
Tel.Casa	

Data Firma del Socio

Da completare la ripartizione delle spese dentarie (vedi più sopra) e poi far sottoscrivere dall'Odontoiatra nel caso che la fattura allegata **NON** riporti la loro suddivisione.

Permanenti															
DS							SN								
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
DS							SN								

Decidui										
DS					SN					
55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	
DS					SN					

Dichiaro che le prestazioni, secondo lo schema sopra riportato, sono state da me fornite all'assistito indicato in premessa al presente attestato.

[Data completamento delle cure] [Timbro/Firma del Medico]