

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

↓ Inserite qui un numero a vostra scelta che permetta l'identificazione della pratica per eventuali contatti

Nr.RICHIESTA	← Nr identificativo della pratica [pregasi non riutilizzare 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. conv: 1/B, 2/B, 2/FF

a cura del Socio

Riservato a Segret.Focas

Cod /Sub	Prestazioni	Nr.	Spese dichiar.	Sp.riconosciute	Nr.	Imp.rimborso
01	02 Visite medico specialistiche / SSN (tickets)	.....	.....	.....	.....	.....
	01 Visita medica specialistica libera professione	.....	.....	.....	.....	.....
05	01 Esami sanitari, accert. diagnostici presso SSN / ticket	.....	.....	.....	.....	.....
	02 altri Controlli sanitari presso SSN / ticket	.....	.....	.....	.....	.....
	40 Esami sanitari, accert.diagnostici in libera professione	.....	.....	.....	.....	.....
	42 altri Controlli sanitari in libera professione	.....	.....	.....	.....	.....
08	04 Prestaz.terapeut.integr.supplementari/ SSN (tickets)	.....	.....	.....	.....	.....
	40 Prestaz.terapeut.integrat.supplem in libera professione	.....	.....	.....	.....	.....
	42 Contributo speciale psicoterapie/ in libera professione	.....	.....	.....	.....	.....
09	02 Prestaz.sanitarie ambulat.ordinarie./ SSN (tickets)	.....	.....	.....	.....	.....
	03 Prestazioni integrative Medico base (non tickets)	.....	.....	.....	.....	.....
	04 Prestaz. sanitarie di pronto soccorso SSN (tickets)	.....	.....	.....	.....	.....
	01/10 Prestaz.mediche ambulator./Day Hospital strutt.Priv.	.....	.....	.....	.....	.....
	39 Assistenza al parto domiciliare	.....	.....	.....	.....	.....
20	30 Medicinali prescrivibili SSN/ fascia A-B-C	.....	.....	.....	.....	.....
	40 Vaccini antiallergici + altri vaccini non rimbors.SSN	.....	.....	.....	.....	.....
	60 Contributo svezzamento	.....	.....	.....	.....	.....
	61 Contributo x dismetabolie alimentari	.....	.....	.....	.....	.....
25	01 Cure fango-balneo-term./ su autorizz.SSN (tickets)	.....	.....	.....	.....	.....
	02/03 Cure fango-balneo-term./ prescritte da medico special. [escluso opz 2/FF]	.....	.....	.....	.....	.....
30	01/03 Interv.chirurg.minori/ SSN (extra Grandi rischi)	.....	.....	.....	.....	.....
	21/23 Interv.chirurg.minori/ Privato (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 [escluso opz 2/FF]	.....	.....	.....	.....	.....
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	.....	.....	.....	.....	.....
60	01 Check-Up	.....	.....	.....	.....	.....
TOTALE						

Si chiede accreditamento in conto corrente:

Paese	CIN Eur	CIN	ABI	CAB	N. Conto Corrente

Per le **CURE DENTARIE** usare Mod. 1/b

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