

DA COMPILARE A CURA DELL'ISCRITTOPer velocizzare la liquidazione della pratica si prega di compilare **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. / /

[*]Per **ogni assistito** (iscritto o familiare) compilare un **Modulo separato**.**FOCAS Copertura speciale Grandi Rischi**

**Modulo per opzioni speciali miste 3/U e 2/F ,
Opzioni normali 1/A, 1/S, 1/D, 1, 2, 2/E
speciali Straordinarie P/1, P/2, P/3, D/1, D/2, D/3**

↓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.	

TIMBRO: Nr.Protocollo e Data arrivo

ALLEGARE SEMPRE, IN OGNI CASO, FOTOCOPIA COMPLETA DELLA CARTELLA CLINICA

Per quanto riguarda la copertura **Grandi Rischi** il rimborso potrà avvenire **a piè di lista** oppure, a libera scelta, venire sostituito dall'erogazione di rimborso di spese con il cod.30 Contributo per intervento chirurgico ospedaliero

<i>a cura del Socio</i>				<i>Riservato a Segret.Focas</i>			
Copertura speciale Grandi Rischi Rimborso pie di lista							
Cod	sub	Prestazioni: allegare fotocopie documenti di spesa	Nr.	Spese dichiar.	Sp.riconosciute	Nr.	Imp.rimborso
33	01	Onorari 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	.....	.....	.....	.....	.....
TOTALE							

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
Tel.Casa

Indirizzo e-mail

Data

Firma del Socio