

DA COMPILARE A CURA DELL'ISCRITTOPer 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. / /

[*] 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.

FOCAS**Spese ORDINARIE****Modulo per Opzioni Integrative 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.	

TIMBRO: Nr.Protocollo e Data arrivo

Opzioni Integrative 1/C, 2/C, CC*a cura del Socio**Riservato a Segreteria Focas*

Cod /Sub	Prestazioni	Nr.	Spese dichiar.	Sp.riconosciute	Nr.	Imp.rimborso
20	60 Contributo svezamento	.....	.....	.....	.....	.....
	61 Contributo x dismetabolie alimentari	.....	.....	.....	.....	.....
40	01 Occhiali/ fornitura completa	.....	.....	.....	.....	.....
	02 Occhiali/ sostituzione lenti	.....	.....	.....	.....	.....
	03 Occhiali/ sostituzione montatura per rottura	.....	.....	.....	.....	.....
	04/05 Lenti corneali/ lenti a contatto [escluso opz 1/D, 2/E]	.....	.....	.....	.....	.....
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 Tel.Casa	Indirizzo e-mail
-----------------------	------------------

Data

Firma del Socio