

**DA COMPILARE A CURA DELL'ISCRITTO**

Per 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 =	
<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. / /

[\*]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 speciali miste 3/U e opz. 2/F 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 <b>non riutilizzare</b> lo stesso numero]
Compilatore	
Visto ESECUZ.	

TIMBRO: Nr.Protocollo e Data arrivo

**Opzioni speciali 3/U, 2/F Opz. Straordinarie. P/1, P/2 e P/3, e D/1, D/2 e D/3**

**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 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 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/F, 3/U, P/3, D/3]	.....	.....	.....	.....	.....
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 [no per pz 2/F-3/U-P/3-D/3]	.....	.....	.....	.....	.....
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	.....	.....	.....	.....	.....
<b>TOTALE</b>		.....	.....	.....	.....	.....

Si chiede accreditamento in conto corrente:

Paese	CIN Eur	CIN	ABI	CAB	N. Conto Corrente

**Per le CURE DENTARIE**  
usare Mod. 1/B solo opz  
2/F, P/1, P/2, D/1, D/2

*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 .....