

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 / / |
| 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 Prestaz. SPECIALI (assicur.)**

Mod. Opz Convenzionate 1/B, 2/B, 2/FF, 3, 3/F, 4

Opzioni speciali opz. 51, B/6, B/7

↓ 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 una **diaria sostitutiva**. NON sono cumulabili richieste di erogazione di prestazioni per grandi rischi con richieste di erogazione di diaria ricovero ospedaliero ordinario o richieste di rimborso di spese con il cod.30 Contributo per intervento chirurgico ospedaliero

| a cura del Socio | | | | Riservato a Segret.Focas | | |
|---|-----|---|-------|--------------------------|-----------------|--------------|
| Copertura speciale Grandi Rischi Rimborso pie di lista | | | | | | |
| Cod | sub | Prestazioni: allegare fotocopie documenti di spesa | Nr. | Spese dichiar. | Sp.riconosciute | 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 | | | | | | |

*[spetta in caso di prestazioni erogate dal SSN, senza oneri a carico dell'assistito, o nell'eventualità che l'assistito non richieda comunque alcun rimborso di spesa]

| a cura del Socio | | | | Riservato a Segreteria Focas | | |
|------------------|-----|---|-----|------------------------------|-------------------|-----|
| Cod | sub | In alternativa: DIARIA GIORNALIERA(*) | Nr. | Data inizio degenza | Data fine degenza | Nr. |
| 32 | 00 | Giornate intere di ricovero x intervento chirurgico ricadente in elenco Grandi Rischi | | | | |
| | | Deconto dei giorni di uscita x permesso → | | | | |
| TOTALE | | | | | | |

*[spetta in caso di prestazioni erogate dal SSN, senza oneri a carico dell'assistito, o nell'eventualità che l'assistito non richieda comunque alcun rimborso di spesa]

| a cura del Socio | | | | Riservato a Segreteria Focas | | |
|------------------|-----|--|-----|------------------------------|-------------------|-----|
| Cod | sub | DIARIA GIORNALIERA per Ricovero ordinario non ricadente in grandi rischi (*) | Nr. | Data inizio degenza | Data fine degenza | Nr. |
| 31 | 01 | Giornate intere ricovero per malattia / accertamento (Strutt.Pubblica/convenzionata) | | | | |
| | 04 | Giornate intere ricovero per malattia / accertamento (Clinica Privata) | | | | |
| | 03 | Giornate intere ricovero per intervento chirurgico in Strutt.Pubblica/convenzionata | | | | |
| | 02 | Giornate intere ricovero per intervento chirurgico in Clinica Privata | | | | |
| | | Deconto dei giorni di uscita x permesso → | | | | |
| 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