

**DA COMPILARE A CURA DELL'ISCRITTO**

Per velocizzare la liquidazione della pratica si prega di completare tutti gli elementi identificativi richiesti

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

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

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. / /

↓ 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**.

TIMBRO: Nr.Protocollo e Data arrivo

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

Per quanto riguarda la copertura **Grandi Interventi chirurgici**, 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 interventi chirurgici con richieste di erogazione di diaria ricovero ospedaliero ordinario o richieste di rimborso di spese con il cod.30 Contributo per intervento chirurgico ospedaliero con degenza.

a cura del Socio				Riservato a Segret.Focas		
Copertura speciale Grandi Interventi 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	.....	.....	.....	.....
<b>TOTALE</b>						

\*[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				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 interventi chirurgici					
		Deconto dei giorni di uscita x permesso →					
<b>TOTALE</b>							

\*[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				a cura del Socio		Riservato a Segreteria Focas	
Cod	sub	DIARIA GIORNALIERA per Ricovero ordinario non ricadente in grandi interventi (*)	Nr.	Data inizio degenza	Data fine degenza	Nr.	Giorni netti
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 →					
<b>TOTALE</b>							

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