

**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**.

**FOCAS Copertura speciale Grandi Interventi chirurgici**

**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 Interventi chirurgici**, il rimborso potrà avvenire **a piè di lista** oppure, a libera scelta, venire sostituito da richiesta di rimborso di spese con il cod.30 Contributo per intervento chirurgico ospedaliero con degenza.

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

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 .....