Mod.1/a [Sp.Ord]-2027

FOCAS **Spese ORDINARIE**

Modulo per Opzioni Normali da 01/01/2027

Opzioni 1-1/A-1/D-1/S-2-2/E

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 =		
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. / /

↓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**.*
E' possibile raggruppare più prestazioni (con stesso anno di riferimento), se l'assistito è la medesima persona.

TIMBRO: Nr.Protocollo e Data arrivo

Opz.Normali: 1+1/A-1/D-1/S+2 +2/E ***a cura del Socio*** ***Riservato a Segreteria Focas***

Cod	/Sub	**Prestazioni**	Nr.	Spese dichiar.	Sp.riconosciute	Nr.	Imp.rimborso
01	02	Visite medico specialistiche / SSN (tickets)					
	01	Visita medica specialistica libera professione					
05	01	Attività diagnostica di laboratorio Ticket SSN					
	02	Attività diagnostica strumentale Ticket SSN					
	40	Attività diagnostica di laboratorio libera professione					
	41	Attività diagnostica strumentale libera professione					
	42	altri Controlli sanitari non diagnostici in libera profes.					
08	04	Prestazioni sanitarie integrative, supplem.Ticket SSN					
	02	Psicoterapie Ticket SSN					
	40	Prestaz.terapeut.integrat.supplem. in libera professione					
	42	Contributo speciale psicoterapie/ in libera professione					
09	02	Intervento chirurgico in Day Surgery Ticket SSN					
	03	Prestazioni integrative Medico base in libera profess.					
	04	Prestazioni Sanitarie di Pronto Soccorso Ticket SSN					
	05	Day Hospital / prestazioni ambulatoriali / ticket SSN					
	01/10	Intervento chirurgico in Day Surgery libera profess.					
	50	Day Hospital / prestazioni ambulatoriali libera profess.					
	39	Assistenza al parto domiciliare					
20	40	Vaccini antiallergici + altri vaccini non rimbors.SSN					
	60	Contributo svezzamento *[escluso opz 2/e]*					
	61	Contributo x dismetabolie alimentari					
25	01	Cure fango-balneo-termali su autorizzaz. SSN (tickets)					
	02/03	Cure fango-balneo-termali in libera professione					
30	01/03	Interventi chirurgici minori con degenza SSN					
	21/23	Interventi chirurgici minori con degenza libera profess					
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	Protesi ortopediche, tutori contenimento, di complem.					
	05/55	Presidi terapeutici - Ausili alla mobilità					
	10/60	Presidi terapeutici - Apparecchi acustici					
	12/62	Presidi terapeutici Ausili alla respirazione e fonazione					
	40/41	Acq. [40]/Nolo[41] attrezz.rieducaz.funz. o per disfunz.organiche					
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 .....