Mod.1/B[Riep.Sp.Denti]- 2027

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. / /

FOCAS **Spese DENTARIE**

***Modulo per Opz.Normali* 2 + Integr. 1/C-2/C-CC**

Straord.2/F-P/1-P/2-D/1-D/2 + Convenz.2/B, 2/FF

↓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 esecuzione	

*[*]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 e Opz. covenzionate: 2/B, 2/FF
Opz, Straordinarie: P/1, P/2, D/1, D/2, e Opz.Integrative: 1/C, 2/C, CC

a cura del Socio | ***Riservato a Segreteria Focas***

/6 ← anz.< 3 anni

Cod	/Sub	***Prestazioni in regime di assistenza dir.SSN***	Nr.	Spese dichiar.	Sp.riconosciute	Nr.	Imp.rimborso
10	06/08	Forniture protesiche dentarie da SSN (tickets)					
	07	Cure mediche dentarie erogata da SSN (tickets)					
		TOTALE					

10.06/10/08 raggruppa le analoghe prestazioni in libera professione da 10.9x

10.07 raggruppa le analoghe prestazioni in libera professione da cod 10.01 a cod 10.84

/3 e /1 ← anzianità< 3 anni

a cura del Socio | ***Riservato a Segreteria Focas***

Cod	/Sub	***Prestazioni in regime di libera professione***	Nr.	Spese dichiar.	Sp.riconosciute	Nr.	Imp.rimborso
10	01/02	Sedazione cosciente					
	03/04	Visite mediche, diagnostica e piani terap.					
	13/14	Radiologia odontoiatrica					
	23/24	Igiene orale ambulatoriale					
	33/34	Chirurgia orale					
	43/44	Parodontologia					
	53/54	Ortodonzia					
	63/64	Interventi conservativi					
	73/74	Endodonzia/ Pulpìti, periodontiti, ecc.					
	83/84	Gnatologia/ Terapie mandibolari					
	91/92	Protesi Mobili					
	93/94	Protesi fisse e Implantologia					
		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 .....

Da completare la ripartizione delle spese dentarie (vedi più sopra) e poi far sottoscrive dall'Odontoiatra nel caso che la fattura allegata NON riporti la loro suddivisione.

Permanenti

DS							SUPERIORI								SN
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
DS							INFERIORI								SN

Decidui

DS					SUPERIORI					SN
55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	
DS					INFERIORI					SN

Dichiaro che le prestazioni, secondo lo schema sopra riportato, sono state da me fornite all'assistito indicato in premessa al presente attestato.

[Data completamento delle cure] ..... [Timbro/Firma del Medico] .....