

RISERVATO ALLA CONSULTA CASAGIT

PROT. N.ro _____ DATA _____

CONSULTA DI _____

Spett. **CASAGIT**

DIREZIONE GENERALE

Via Marocco 61 - 00144 ROMA

Tel. 06.548831 - Fax 06.54883220

RICHIESTA DI CONCORSO SPESE PER:

(PER TUTTE LE PRESTAZIONI DEVE ESSERE SEMPRE TRASMESSA LA DOCUMENTAZIONE DI SPESA IN ORIGINALE)

RICOVERI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON LA CASSA

RICOVERI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON LA CASSA

CURE E PROTESI DENTARIE

CURE TERMALI

LENTI CORRETTIVE DELLA VISTA

PROTESI, TUTORI ORTOPEDICI E PRESIDII TERAPEUTICI

ASSISTENZA AI NON AUTOSUFFICIENTI

ASSISTENZA AI DIVERSAMENTE ABILI

ASSISTENZA INFERMIERISTICA

ASSISTENZA SPECIALISTICA E FARMACEUTICA (VISITE SPECIALISTICHE E OMEOPATICHE, CONSULTI, CHIRURGIA AMBULATORIALE, ACCERTAMENTI CLINICI, TERAPIE FISICHE/RIABILITATIVE/SPECIALISTICHE, ACQUISTO MEDICINALI)

SUPPLEMENTO DI DOCUMENTAZIONE PER PRATICA GIA' APERTA (Nr.)

TITOLARE:

N.ro posizione _____ Cognome e Nome _____

Codice Consulta _____

FAMILIARI:

Cod. Assistito _____ Cognome e Nome _____ Parentela _____

Cod. Assistito _____ Cognome e Nome _____ Parentela _____

Cod. Assistito _____ Cognome e Nome _____ Parentela _____

Cod. Assistito _____ Cognome e Nome _____ Parentela _____

Cod. Assistito _____ Cognome e Nome _____ Parentela _____

Cod. Assistito _____ Cognome e Nome _____ Parentela _____

COMUNICAZIONI RELATIVE ALLA RICHIESTA DI CONCORSO SPESE: _____

PROMEMORIA PER GLI ASSOCIATI

1) **UTILIZZARE UN SOLO MODULO PER OGNI INVIO DI DOCUMENTAZIONE ANCHE SE RIFERITA A PIU' PRESTAZIONI;**

2) **VARIAZIONI DEL DOMICILIO, DEL NUCLEO FAMILIARE, DELLE COORDINATE BANCARIE, ECC. DEVONO ESSERE COMUNICATE A PARTE.**

DATA _____

FIRMA DEL SOCIO _____