

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
- ACQUISTO DI LENTI CORRETTIVE DELLA VISTA
- ACQUISTO DI PROTESI, TUTORI ORTOPEDICI E PRESIDI TERAPEUTICI
- ASSISTENZA AGLI AMMALATI CRONICI E AI NON AUTOSUFFICIENTI
- ASSISTENZA AI MINORATI PSICO - FISICI
- 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 _____