

**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 \_\_\_\_\_