

Fecha de emisión:/...../.....

Apellido y Nombre del Afiliado Titular: N° de afiliado:

Domicilio:

Teléfono: Correo electrónico:

Núcleo familiar a cargo:

Apellido y Nombre del Beneficiario: N° de afiliado:

Edad: Establecimiento donde se efectuó la prestación:

REINTEGRO DE GASTOS

PROVISIÓN DE PRÓTESIS

AUTORIZACIÓN ESPECIAL

Me notifico:

Firma y aclaración del Afiliado

DOCUMENTACIÓN ADJUNTA

- HISTORIA CLÍNICA
- ÚLTIMO RECIBO DE SUELDO
- DECLARACIÓN JURADA
- FACTURA/S N°:
- RECIBO/S N°:
- CREDENCIAL DEL TITULAR Y/O GRUPO FAMILIAR
- CERTIFICADO DE DEUDA
- OTROS

DOCUMENTACIÓN CORRECTA Y COMPLETA

CANTIDAD DE COMPROBANTES

Firma del Responsable

RESERVADO A MESA DE ENTRADAS Y SALIDAS

Empleado o Delegación interviniente:

Pasa a:

el / /

Firma del Responsable

