SOLICITUD DE REINTEGRO, PRÓTESIS O AUTORIZACIÓN ESPECIAL

Apellido y Nombre del Afiliado Titular

N° de Afiliado Titular

Domicilio:.....Teléfono:.....Localidad:.....

Núcleo Familiar a cargo:.....

.....

Apellido y Nombre del Beneficiario

N° de Afiliado Beneficiario

Edad:.....

Establecimiento donde se efectuó la prestación: .....

Reintegro de Gastos ☐ Provisión de Prótesis ☐ Autorización Especial ☐

Me notifico:.....

.....

.....
Firma 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

OBSERVACIONES:.....

.....

.....

RESERVADO A MESA DE ENTRADAS Y SALIDAS

Empleado o Delegación interviniente: .....

Pasa a: .....el ...../...../.....

.....
Firma Jefe de entradas y salidas