

SOLICITUD DE REINTEGRO DE GASTOS POR ASISTENCIA MÉDICA Y AFINES

Fecha:

--	--	--

1. SOLICITANTE *(Persona encargada de cobrar el Reintegro)*

Nombre y Apellido: _____

Documento de Identidad: _____ Teléfono: _____

Datos Bancarios:

Titular de Cuenta: _____

Nº de Cuenta: _____ Mail: _____

CUIL: _____ CBU: _____

Alias: _____

2. PACIENTE

Nombre y Apellido: _____

Documento de Identidad: _____ Edad: _____

Afiliado Nº: _____ Teléfono: _____

Mail: _____

Calle: _____ Nº: _____

Localidad: _____ Partido: _____

Provincia: _____ C. Postal: _____

3. LUGAR DE ATENCIÓN

Nombre de la Institución, Sanatorio o Clínica: _____

Marque con una Cruz (X) el **Reintegro Solicitado**:

- ☐ ANTEOJOS
- ☐ INSUMOS
- ☐ MEDICACIÓN
- ☐ ORTOPEDIA
- ☐ PRÁCTICAS
- ☐ TRASLADOS

Otras: _____

Por favor, especifique brevemente el **Motivo del Reintegro**:

MONTO SOLICITADO:

Expresado en Números: _____

Aclarado en Letras: _____

Firma y aclaración del o la solicitante