

## Solicitud de Reintegro

Fecha de ingreso

N° de trámite

Consejo local - Centro de Atención al Beneficiario: ..... Código Sede

### Datos del Afiliado - Paciente (chequear datos en la base del padrón, para corroborar o actualizar domicilio, teléfono, mail, etc.)

Nombre y Apellido ..... DNI N°

Domicilio ..... N°  Piso  Dpto.  Localidad .....

Provincia ..... Mail .....

Código Postal  Tel. fijo  Tel. móvil

### Datos de la cuenta bancaria que se designe para depositar el reintegro (importes mayores a \$1000.- pesos un mil)

CBU N°

Banco ..... Sucursal  N° Cuenta

Nombre y Apellido ..... CUIL-CUIT N°

Localidad ..... Provincia ..... DNI N°

### Reintegro Solicitado

Solicita reintegro por Servicio Médico - Asistenciales, adjuntando la siguiente documentación:

Fecha	Prestación	Factura	Recibo	Importe	Importe reconocido

**Monto Total en \$**

**Débito \$**

**A reintegrar \$**

Total

Firma y sello  
de Auditoría Médica

- Marque con una cruz (X)  Servicios en brindados por condiciones de urgencia debidamente acreditados. (\*) (\*\*)
- Inexistencia de prestadores en la zona. (\*)
- Cobros indebidos realizados por el prestador.

Campo para completar por la Obra Social.

Observaciones .....

### Comprobante de Solicitud de Reintegro

Fecha de ingreso

N° de trámite

Consejo local - Centro de Atención al Beneficiario: ..... Código Sede

Nombre y Apellido ..... CUIL N°

Monto reclamado \$  y en letras: .....

(\*\*\*) En casos de extrema urgencia, debidamente fundamentada, el afiliado podrá atenderse directamente en el Centro asistencial más cercano, con la obligación de denunciar el hecho por escrito, vía fax o email y solicitar la Orden de Atención correspondiente al Consejo local o Centro de Atención al Beneficiario donde se encuentre el prestador, dentro de los dos días hábiles de producido el hecho.  
 (\*) En todos los casos, las prestaciones por las que se solicita el reintegro deben corresponder a servicios con cobertura obligatoria por parte de OSPLAD y los valores a reconocer serán los que la Obra Social tiene establecido para esas prestaciones.

