

SOLICITUD DE REINTEGRO

Delegación	Lugar y fecha
------------	---------------

Datos del afiliado que recibe la prestación

Apellido y nombre			
Tipo y N° Doc	N° IOSFA		
Calle	N°	Piso	Dpto.
Localidad	Provincia	C.P.	
Tel. de contacto	E-mail		

Motivo de Solicitud de Reintegro *(marcar con una X)*

Falta de prestadores o Corte (suspensión) de servicios <input type="checkbox"/>	Libre elección del prestador <input type="checkbox"/>
Razones de urgencia <input type="checkbox"/>	Prestación establecida por IOSFA por sistema de reintegro <input type="checkbox"/>

CBU/ N° Cuenta	Entidad bancaria
CUIT/CUIL Titular de la cuenta	
Apellido y nombre del titular	

Firma y aclaración del titular

A completar por la Delegación

Prestador	N° Factura
Prestación	Fecha de prestación / /
Importe abonado	Monto reintegrado
Fundamentación	

Firma y sello del Médico Autorizador