

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