

## SOLICITUD DE REINTEGRO

Importante: No se dará curso a aquella solicitud que no se encuentre debidamente cumplimentada y firmada en todas sus partes.

## • DATOS DEL SOCIO

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

Apellido y nombres: \_\_\_\_\_

DNI/L.C./L.E./otros: \_\_\_\_\_ CUIL CUIT <sup>(1)</sup>            

Teléfono particular: \_\_\_\_\_ Teléfono laboral: \_\_\_\_\_ Interno: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Empresa: \_\_\_\_\_ Legajo: \_\_\_\_\_

Sucursal N°: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Ctro. de costos: \_\_\_\_\_

(1) Tachar lo que no corresponda.

## • DATOS DEL PACIENTE

Apellido y nombres: \_\_\_\_\_

DNI/L.C./L.E./otros: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Profesional/Establecimiento interviniente: \_\_\_\_\_

Motivo del gasto: \_\_\_\_\_ Importe total del gasto: \_\_\_\_\_

DETALLE DE COMPROBANTES ADJUNTOS <sup>1 2</sup>

N° DE FACTURA/TICKET	IMPORTE

<sup>1</sup> **Swiss Medical:** Fotocopia de la receta y original de comprobante de pago. En caso de haber solicitado reintegro a S. M., fotocopia del comprobante de pago, consignando en la misma, nombre y apellido, número de legajo y firma del asociado.

<sup>2</sup> **Demás Obras Sociales/Prepagas:** Fotocopia de receta y original del comprobante de pago.

\_\_\_\_\_  
Firma y Aclaración del Socio

## USO INTERNO DE MEBSAN

Corresponde reintegrar la suma de: \_\_\_\_\_

Reintegro mediante:  Recibo de sueldo  Transferencia bancaria  Cheque N° del mismo: \_\_\_\_\_

(Marcar con X donde corresponda)

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del interventor

\_\_\_\_\_  
Firma del autorizante