

# SOLICITUD REINTEGRO de GASTOS por ATENCIÓN de la SALUD



CORTE SUPREMA DE JUSTICIA DE LA NACIÓN  
OBRA SOCIAL DEL PODER JUDICIAL

Datos titular

N°

Apellido

Nombres

Domicilio calle

N°

Dto

Localidad

Pcia

TE

Dependencia

E-mail

Afiliado asistido

N°

Apellido

Nombres

Gastos realizados / Concepto

Motivos

(detallar las causales de no utilización de servicios de OSPJN: urgencia, falta de servicios, etc.)

## DETALLE COMPROBANTES PRESENTADOS

N°	Fecha	Tipo		Número	Emisor	Importe presentado
		Fact	Rec			
1						\$
2						\$
3						\$
4						\$
5						\$
6						\$
7						\$
8						\$
9						\$
10						\$
Total solicitado						\$

Firma Afiliado

Aclaración

Fecha

DNI N°



CORTE SUPREMA DE JUSTICIA DE LA NACIÓN  
OBRA SOCIAL DEL PODER JUDICIAL

## RESOLUCIÓN AUDITORIA MÉDICA

N°	Aceptado	Rechazado	Motivos (Detallar N° de Resolución, Fojas o causal de rechazo)	Importe a reintegrar
1				\$
2				\$
3				\$
4				\$
5				\$
6				\$
7				\$
8				\$
9				\$
10				\$
Total Reintegro				\$

Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma y sello Auditor Médico