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 _____

Teléfono _____

E-mail _____

Afiliada/o asistida/o | N°

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	$

_____ Aclaración _____

Firma Afiliada/o

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 Auditoría médica