



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

Solicitud N°

**SOLICITUD REINTEGRO de GASTOS por
ATENCION de la SALUD**

El que suscribe afiliado titular de la obra social y cuyos datos se detallan a continuación, solicita al Director General el reconocimiento y reintegro de los gastos efectuados por atención de la salud que detallo.

Datos titular

N°

Apellido Nombres

Domicilio calle N° Dto

Localidad Pcia TE

F.Nac. Edad Doc Id Tipo N°

Datos laborales

Dependencia Legajo N°

Afiliado asistido

Afiliado titular ☐ Cónyuge ☐ Hijo menor 21 ☐ Hijo 21 a 25 años ☐ Hijo mayor ☐

Otro Familiar a/c

Apellido Nombres

Gastos realizados

Honorarios médicos ☐ Consulta ☐ Estudio diag./terapéutico ☐ Cirugía ☐ Anestesia ☐

Hon. odontológicos ☐ Consulta ☐ Obturación ☐ Extracción ☐

Análisis laboratorio ☐ Radiografías ☐ Ecografía ☐ TAC / RNM ☐ ECG/ Holter ☐

Electroencefalograma ☐ Est. de alergia ☐ Biopsias ☐ Kinesioterapia ☐ Cobalto Radioterapia ☐

Punción diagnóstica ☐ Otro (detallar)

Psicoterapia ☐ Bulimia/Anorexia ☐ Internación psiquiátrica ☐

Internación clínica ☐ Internación quirúrgica ☐ Internación pediátrica ☐ Parto / Cesárea ☐

Medicamentos ☐ Materiales descartables

Ortop. Plantillas ☐ Ortop. Zapatos ☐ Ortop. Otros

Optica cristales ☐ Optica armazon ☐ Lentes contacto ☐

Internación geriátrica ☐ Internación domiciliaria ☐ Cuidados domiciliarios ☐

Discapacidad Escolaridad ☐ Transporte ☐ Otro (detallar)

Otro no especificado

Motivos

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

.....
.....
.....
.....

Fecha

Firma afiliado

Aclaración

DNI N°

Nota: El presente formulario deberá confeccionarse en original y duplicado u original y fotocopia

DETALLE COMPROBANTES PRESENTADOS

Unicamente originales colocar sello fechor en cada uno

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

Control OSPJN

Fecha				Firma
Total comprobantes				
Importe total \$				

.....
Firma afiliado
Aclaración
DNI N°

Fecha

.....
Firma y sello Auditor Médico

RESOLUCIÓN AUDITORIA MEDICA

Aceptado	Rechazado	Motivos (Detallar N° de Resolución, Fojas o causal de rechazo)	Importe a reintegrar
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$
Total Reintegro			\$

Contaduría

Fecha

Imputación total \$

Tesorería

Fecha

Recibi la suma de pesos

Cta	\$	Cta	\$
Cta	\$	Cta	\$
Cta	\$	Cta	\$

Cheque N°
Banco
Importe \$

\$
Fecha
Firma afiliado

.....
Firma responsable

.....
Firma tesorero