



Universidad Nacional del Nordeste
Instituto de Servicios Sociales

SERVICIO DE REINTEGRO

Corrientes/Resistencia.....de.....de.....

Sra. Delegada Rectoral del ISSUNNE

Méd. Rocío Paola Cardozo

S _____/_____ D:

El que suscribe.....

CUIL/ CUIT N°.....que presta servicios en
con una antigüedad de.....años se dirige a Ud.
 a fin de solicitarle, si correspondiere, el reintegro de gastos efectuados por importe de
 \$.....(Pesos:.....) abonados a
por la
 atención de mi.....según
 comprobantes adjuntos.-

Declaro conocer lo preceptuado en la RESOLUCION N° 8166 Art. 11:
 “Transcurrido noventa (90) días de producido el gasto sin efectuarse por parte del interesado la
 presentación del pedido de reintegro con la documentación completa a reconocer, pierde el afiliado
 el derecho al mismo.”.

Para el caso de poseer saldo deudor por servicios de salud, autorizo al
 ISSUNNE a acreditar el monto del presente reintegro en mi ficha cuenta; de lo contrario declaro
 estar notificado/a que dicho importe me será depositado en mí caja de ahorro -cuenta sueldo-
 oportunamente.

Sin otro particular, saludo a Ud. muy atentamente.

OBSERVACIONES:

Tipo y N° de Cuenta:.....**CBU N°**.....

Firma del afiliado titular

Domicilio:.....

TE:.....**Email:**.....



Universidad Nacional del Nordeste
Instituto de Servicios Sociales

**SEÑOR AFILIADO: LOS SIGUIENTES REQUISITOS DEBERÁN ESTAR INTEGRAMENTE CUMPLIMENTADOS.
CASO CONTRARIO NO SE PROCEDERÁ AL REINTEGRO**

REQUISITOS

(La documentación solicitada deberá ser ORIGINAL acorde al reintegro que solicite).

CONSULTAS

Deberán adjuntar:

- 1) Factura o recibo en original del profesional de la consulta. Los mismos deben ser tipo B o C exclusivamente que cumplimenten con los requisitos exigidos por la A.F.I.P (*).
- 2) Nota explicativa del motivo por el cual no se utilizó el servicio de las prestaciones disponibles.

Aclaración: Posterior a la presentación de la solicitud de reintegro el mismo será sometido a autorización del área de auditoría médica con fundamentación de la misma. No deben ser prestadores del I.S.S.U.N.N.E.

PRÁCTICAS MÉDICAS Y AUXILIARES DE LA MEDICINA

Deberá adjuntar:

- 1) Indicación médica de la práctica realizada
- 2) Informe médico (sobre cerrado).
- 3) Factura o recibo en original del profesional que realiza la práctica. Los mismos deben ser tipo B o C exclusivamente que cumplimenten con los requisitos exigidos por la A.F.I.P (*)
- 4) Nota explicativa del motivo por el cual no se utilizó el servicio de las prestaciones disponibles.

Aclaración: Posterior a la presentación de la solicitud de reintegro el mismo será sometido a autorización del área de auditoría médica con fundamentación de la misma. No deben ser prestadores del I.S.S.U.N.N.E.

PRÓTESIS, ORTOPEDIA Y ELEMENTOS DE CIRUGÍA:

IMPORTANTE: El I.S.S.U.N.N.E. tiene establecido un circuito interno para la provisión de estos dispositivos médicos a sus afiliados. Por lo que, sólo en casos excepcionales se procederá al reintegro de los mismos, previa evaluación de los auditores del I.S.S.U.N.N.E., a valores y cobertura que correspondan.

Tenga en cuenta que:

- 1) Previa a la compra del dispositivo, el afiliado deberá pasar por el área de auditoría médica para la autorización correspondiente.
- 2) Deberá presentar historia clínica e indicación médica con las características del dispositivo médico solicitado.
- 3) Factura o recibo en original del proveedor. Los mismos deben ser tipo B o C exclusivamente que cumplimenten con los requisitos exigidos por la A.F.I.P (*).

IMPORTANTE: En **SITUACIONES DE URGENCIA**, se exceptúa el ítem 1, la que deberá ser debidamente fundamentadas por el médico interviniente y posteriormente Autorizadas por área de auditoría médica del I.S.U.N.N.E.

FARMACIA

IMPORTANTE:

A) La compra del medicamento en farmacias externas podrá realizarse exclusivamente en horarios en los que la Farmacia del I.S.S.U.N.N.E esté cerrada.

Para ello deberá presentar:

- 1) Prescripción del medicamento (**).
- 2) Troquel
- 3) Factura, recibo o ticket original. Deben ser tipo B o C o ticket fiscal exclusivamente, que cumplimenten con los requisitos exigidos por la A.F.I.P (*).

B) Si la farmacia del I.S.S.U.N.N.E no tuviera en existencia el medicamento prescripto, podrá realizar la compra del mismo en farmacia externa, debiendo adjuntar para su reintegro:

- 1) Prescripción del medicamento (**), que deberá contar con el sello de Farmacia Propia en el dorso que aclare "Medicación sin existencia"
- 2) Troquel

3) Factura, recibo o ticket original. Deben ser tipo B o C o ticket fiscal exclusivamente, que cumplimenten con los requisitos exigidos por la A.F.I.P (*).

(*) (Las facturas deben venir legibles en todos los conceptos obligatorios (razón social, número, importe, fecha de emisión, fecha de vencimiento), no deterioradas, sin enmiendas, tachaduras, raspaduras, dos o más tintas)

(**) Conforme a lo normado por Ley 17132 Art. 19 párrafos 7 y 8.



Universidad Nacional del Nordeste

Instituto de Servicios Sociales

Dirección de Servicios Sociales: En la fecha se adjunta constancia de afiliación a fjs.....En caso de no adjuntarse la constancia correspondiente, pase al Dpto. de Registro y Afiliaciones a sus efectos.

Corrientes..... /...../.....

Firma del Responsable

INFORME ASESORIA MEDICA:

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

Firma Asesor Médico

Dpto. Financiero:.....de.....de 20.....

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

Firma del Responsable

Coordinación de Prestaciones Médicas:.....de.....de 20.....

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

Firma del Responsable