



**SERVICIO DE REINTEGRO**

..... de..... de.....

Señora  
Delegada Rectoral del ISSUNNE  
Dra. María Mercedes González  
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 mi 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.....

**LOS REQUISITOS EXIGIDOS SEGUIDAMENTE DEBERAN ESTAR INTEGRAMENTE CUMPLIMENTADOS AL MOMENTO DE LA PRESENTACION, CASO CONTRARIO NO PROCEDERA EL REINTEGRO.**

**REQUISITOS (La documentación exigida debe venir en ORIGINAL)**

**CONSULTAS**

1) Factura ó recibo en original del profesional de la consulta. Los mismos deben ser tipo B ó C exclusivamente que cumplimenten con los requisitos exigidos por la A.F.I.P (\*)

2) Nota explicativa del motivo por el cual no se hizo uso de servicio normal.

**PRACTICAS MÉDICAS Y AUXILIARES DE LA MEDICINA**

1) Factura ó recibo en original del profesional que realiza la práctica. Los mismos deben ser tipo B ó C exclusivamente que cumplimenten con los requisitos exigidos por la A.F.I.P (\*)

2) Nota explicativa del motivo por el cual no se hizo uso de servicio normal,

3) Indicación médica de la práctica realizada

4) Informe médico.

**PROTESIS, ORTOPEDIA Y ELEMENTOS DE CIRUGIA:** Solo se reintegrará en casos excepcionales y se adjuntará:

1) Factura ó recibo en original del profesional que realiza la práctica. Los mismos deben ser tipo B ó C exclusivamente que cumplimenten con los requisitos exigidos por la A.F.I.P (\*)

2) Nota explicativa del motivo por el cual no se hizo uso de servicio normal,

3) Indicación médica con las características del elemento solicitado,

4) Historia clínica actualizada,

5) 2 (dos) presupuestos del elemento solicitado de casas comerciales de Corrientes ó Resistencia.

**FARMACIA**

1) Factura, recibo ó ticket original. Los mismos deben ser tipo B ó C ó ticket fiscal exclusivamente, que cumplimenten con los requisitos exigidos por la A.F.I.P (\*)

2) Nota explicativa del motivo por el cual no se hizo uso de servicio normal,

3) Prescripción del medicamento (\*\*)

4) Troquel

(\*) (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 ó más tintas)

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

**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.....

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