



Universidad Nacional del Nordeste
Instituto de Servicios Sociales

1994 - 2024

30 años
De la Consagración Constitucional
de la Autonomía y Autarquía
Universitaria en Argentina

SERVICIO DE REINTEGRO ODONTOLÓGICO

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

Sra. Delegada Rectoral del ISSUNNE

Dra. Rocío Paola Cardozo

S_____/_____D:

El que suscribe.....CUIL/CUIT

Nº.....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 Nº 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 Nº de Cuenta:.....CBU Nº.....

Firma del afiliado titular

Domicilio:.....

TE.....Email.....



REQUISITOS PARA SOLICITAR REINTEGRO POR IMPLANTES

1. Formulario de Reintegro debidamente cumplimentado y firmado por el afiliado titular.
2. Factura extendida por el odontólogo.
3. Radiografías pre y post o TAC.
4. Stickers de los implantes colocados en boca.
5. Historia Clínica más odontograma.
6. Certificación de especialidad en implantes del odontólogo que realizó la práctica.
7. Constancia de Afiliación.

REQUISITOS PARA SOLICITAR REINTEGRO POR PRÁCTICAS ODONTOLÓGICAS EN GENERAL

1. Formulario de Reintegro debidamente cumplimentado y firmado.
2. Factura extendida por el odontólogo.
3. Historia Clínica (resumen).
4. Odontograma completo.
5. Radiografías pre y post operatorias.
6. Constancia de Afiliación.

Toda documentación solicitada formará parte de un expediente que ingresará por Mesa de Entrada del ISSUNNE; será auditado por la Dirección de Planificación y Gestión Odontológica y dentro de los siete (7) días hábiles aproximadamente se emitirá la autorización formal para que el expediente continúe con su curso y culmine con la acreditación del reintegro correspondiente en ficha cuenta del afiliado titular.

A los efectos de optimizar la tramitación del expediente es necesario que los afiliados adjunten todo lo que se les solicita y aclaren números de teléfono, celular y/o correo electrónico para poder comunicarnos eficazmente ante cualquier duda.

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.

“Año de la defensa de la vida, la libertad y la propiedad”



Universidad Nacional del Nordeste
Instituto de Servicios Sociales

1994 - 2024
30 años
De la Consagración Constitucional
de la Autonomía y Autarquía
Universitaria en Argentina

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

Firma del Responsable

INFORME ASESORÍA MÉDICA:

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

Firma Asesor Médico

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

.....
.....

Firma del Responsable

Coordinación de Prestaciones Odontológicas:.....de.....de 20.....

.....
.....

Firma del Responsable