



**SERVICIO DE REINTEGRO**

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

Sra. Delegada Rectoral del ISSUNNE

Dra. Rocío Paola Cardozo

S\_/\_\_\_\_D:

El que suscribe..... CUILN°.....  
quién presta servicios en Facultad/Instituto .....  
se dirige a Ud. a fin solicitar reintegro por gastos médicos/prestaciones de salud por importe de \$.....  
(Pesos:.....) abonados  
al.....por la atención de.....  
..... conforme al comprobante/s cuyo/s **original/les** adjunto.

Declaro **conocer y aceptar los términos y condiciones** de lo establecido en la **DISPOSICIÓN C.A. N° 01/2024**. ([www.issunne.edu.ar/Institucional/Normativas vigentes](http://www.issunne.edu.ar/Institucional/Normativasvigentes)).

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 me notifico que el mismo será depositado en la caja de ahorro -cuenta sueldo-, y/o en otra cuenta declarada específicamente en la presente solicitud, todo ello conforme al procedimiento del circuito financiero del Anexo de DISPOSICIÓN C.A. N° 01/2024

Término de presentación de la solicitud: **30 (treinta) días corridos** a partir de la atención o gasto realizado. Finalizado el término perentorio la solicitud será "rechazada in limine".

Sin otro particular, saludo a Ud. muy atentamente.

**OBSERVACIONES:**

**Banco Tipo y N.º de Cuenta:**.....  
**C.B.U.Nº** .....

**Firma del afiliado titular**

**Domicilio:** .....

**Celular/ Tel.....Email.....**

**SEÑOR AFILIADO: LOS SIGUIENTES REQUISITOS DEBERÁN ESTAR INTEGRAMENTE CUMPLIMENTADOS.**

(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.
- 3) En todos los casos se deberá adjuntar constancia de afiliación (descargar de la APP ó Web)

**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 o historia clínica (Informe evolutivo del profesional que realizará la práctica). (En 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.

**FARMACIA:**

**IMPORTANTE:** El reintegro de medicamentos solo se realizará sobre el Listado de medicamentos esenciales cubiertos por el ISSUNNE y conforme a los valores de costo del medicamento para el ISSUNNE.

1. Medicamentos de alto costo (MAC) se realizarán reintegros excepcionalmente, previa autorización de la indicación por Auditoría.
2. Medicamentos de valor terapéutico intrínseco potencialmente dudoso o nulo no tienen reintegro.
3. 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 o no se tuviera en nuestro Stock según vademécum de ISSUNNE.

**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 (\*).

(\*) 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.