

## Solicitud de Reintegro - Atención de la Salud

Apellido y Nombre del integrante	Tipo	N° afiliado				Parent.	

Utilizó otra Obra Social											
Sí	No	Diagnóstico actual o presuntivo				Código					

Práctica				Fecha			

Consultorio	
Domicilio	
Código	

Lugar	Fecha

Especialidad - Sello del profesional

Firma del profesional

Apellido y Nombre del Titular	Tipo	N° afiliado				

Lugar

Firma solicitante

Fecha	Delegación

## Solicitud de Reintegro - Atención de la Salud

Apellido y Nombre del integrante	Tipo	N° afiliado				Parent.	

Utilizó otra Obra Social											
Sí	No	Diagnóstico actual o presuntivo				Código					

Práctica				Fecha			

Consultorio	
Domicilio	
Código	

Lugar	Fecha

Especialidad - Sello del profesional

Firma del profesional

Apellido y Nombre del Titular	Tipo	N° afiliado				

Lugar

Firma solicitante

Fecha	Delegación