

SOLICITUD DE REINTEGRO DE GASTOS MEDICOS

Buenos Aires, ____ de _____ de 202__

Señores:

OBRA SOCIAL DEL MINISTERIO DE ECONOMIA

De mi mayor consideración,

Me dirijo a Uds., a efectos de solicitar el reintegro del pago de los gastos ocasionados por la atención recibida, según comprobantes que adjunto a la presente.

A tal efecto manifiesto asumir la total responsabilidad legal con relación a la veracidad de los datos declarados, así como por la legitimidad de la documentación adjuntada.

Saludo a Uds. atentamente.

FIRMA

Datos Personales Del Beneficiario Titular

Apellido Y Nombre: _____

Nº De Afiliado: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

Datos Personales Del Paciente

Apellido Y Nombre: _____

Nº De Afiliado: _____

Parentesco: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

Detalle Del Gasto

Concepto: _____

Motivo: _____

Importe: _____