

DATOS DEL TITULAR

Apellido y Nombre: _____

Documento de Identidad: _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

Localidad: _____ Departamento: _____

DATOS DEL PACIENTE

Apellido y Nombre: _____

Documento de Identidad: _____

DATOS DEL ACOMPAÑANTE

Apellido y Nombre: _____

Documento de Identidad: _____

COMPLETAR POR EL SANATORIO O CLÍNICA

Fecha de Ingreso: ____/____/____

Fecha de Egreso: ____/____/____

Firma y Sello Médico y/o Clínica

A la presente se deberá adjuntar: Factura de contado o recibo del Hotel e Historia Clínica que justifique los días de hospedaje en el Hotel.

RESERVADO IAPOS

Cantidad de días: _____ Monto a Reintegrar: _____

Observaciones: _____

| V° B° Auditoría | V° B° Médico Auditor | Control Afiliación |
|-----------------|----------------------|--------------------|
| | | |

Fecha de Pago: ____/____/____ En un todo de acuerdo con disposiciones vigentes,
recibí conforme el reintegro solicitado de: _____

Son: _____ Pagado con Cheque o
Transferencia Bancaria: _____

Firma y Sello de Caja

Firma

Apellido y Nombre

Domicilio

N° Documento de Identidad

REINTEGRO DE HOTELERÍA

Para iniciar un trámite de Reintegros, se DEBEN cumplir los siguientes requisitos, SIN EXCEPCIÓN

| REQUISITOS: | Cumple SI NO | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ■ Certificado Médico Original o Historia Clínica que justifique los días de alojamiento y acompañante si correspondiere. | | |
| Debe contener: | | |
| * Nombre del Paciente. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Fecha de atención del paciente. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Firma y Sello del Médico tratante. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ Planilla para Hotelería entregada por la División Reintegros: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Colocar período de atención. En caso de internación, corresponde colocar el período de internación, más el que debe estar en tratamiento ambulatorio, si correspondiera. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ Factura (B o C) de pago contado y/o recibo ORIGINAL. Debe contener: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Nombre completo de la persona que se aloja. (Se debe aclarar quien es el paciente). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Fecha de facturación. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Descripción de lo abonado: habitación simple o doble y período de alojamiento. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Precios unitarios. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Precio total. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Importe total en letras. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Condición de pagado (Marcar con una cruz o sello de pagado según modelo de factura. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Condición del IVA (Marcar con una cruz en Consumidor Final). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Cuando no es controlador fiscal debe tener Firma y Aclaración o Sello de quien emite la factura. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Comprobantes sin Tachaduras y Enmiendas. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Cuando el afiliado viaja a Bs. As.: Fotocopia derivación otorgada por el IAPOS. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Fotocopia del Carnet de Afiliación del Titular. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Fotocopia del Carnet de Afiliación del Paciente. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Fotocopia del CBU | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Fotocopia del Recibo de Sueldo del mes anterior en que se realizó la atención Médica. IMPORTANTE: Tiene que figurar el descuento correcto de la Obra Social. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |