

## Anexo IX - Solicitud de Reintegro Proporcional Internación Geríátrica

(Aplicable al Módulo II)

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Nombre y apellido del afiliado titular:** \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

**Nombre y Apellido del beneficiario:** \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Teléfono (particular/ celular/ de contacto): \_\_\_\_\_

Posee otra Obra Social: SI  NO  ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

Persona de referencia: \_\_\_\_\_

Vínculo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Motiva la solicitud:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_