

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	Cumple 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. <i>IMPORTANTE: Tiene que figurar el descuento correcto de la Obra Social.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>