

REINTEGROS

REQUISITOS A CUMPLIMENTAR, SIN EXCEPCIÓN:

EL PLAZO MAXIMO PARA PRESENTAR SU REINTEGRO ES DE 30 DIAS DESDE LA FECHA EN QUE SE REALIZO EL GASTO.

Detalle de la documentación a adjuntar en formato PDF:

- Las facturas o comprobantes de pago, los cuales deben ser originales ya que no se aceptarán fotocopias.
- DNI frente y dorso; del titular, y del afiliado que recibió la prestación,
- Último recibo de sueldo.
- CBU de banco.

Para reintegros de honorarios Médicos :

- Deberá justificar la ausencia de prestador designado por la Obra Social , y haber gestionado la autorización en la misma, para la atención.

Para reintegros de prácticas (de laboratorio, radiología, ecografías, prácticas de alta complejidad, etc.):

- Deberá adjuntar la orden del profesional tratante, que deberá ser prestador de la Obra Social, debidamente autorizada por la Obra Social y justificar el pedido con diagnóstico y/o resumen de historia clínica.
- Resultados o informe

Para reintegros de gastos en traslados (pasajes):

- Deberá adjuntar orden de derivación, debidamente autorizada, y comprobantes originales.

Para reintegros de gastos en medicamentos:

- Deberán enviar la receta original del profesional tratante con los troqueles correspondientes, ticket o factura original con el nombre de los medicamentos, y justificar la ausencia de farmacia activa en la zona.

En los casos de Plan Materno Infantil:

- Se reintegrará los gastos en medicamentos cuyo uso esté justificado por el estado de embarazo, y los correspondientes a niños menores de 1 año. Deberá adjuntarse certificado de embarazo o fotocopia del certificado de nacimiento (si no consta en el carnet), según lo que corresponda.

Pago cobertura de Celiaquia:

- Resumen de Historia Clínica.
- Resultado de laboratorio anticuerpos transglutaminasa específicos en sangre.
- Resultado de biopsia duodenal.
- Plan nutricional con formula sintética y desarrollada.
- El monto pre-establecido se autoriza independientemente de controlar que lo consumido atento a la nueva ley se encuentre en el INAL (Listado Integrado de Alimentos Libres de Gluten).
- Luego de la autorización, los tickets para el reintegro deberán presentarse a mes vencido. El afiliado deberá presentar del 1 al 10 de cada mes la/s factura/s o ticket/s de compra detallada de harinas, pre-mezclas, sus derivados y/o productos elaborados.

Los datos por usted informados, revisten el carácter de DECLARACION JURADA; cualquier modificación que se realice en cualquiera de ellos, deberá ser notificada a esta Institución.

**DATOS DEL BENEFICIARIO TITULAR**

NOMBRE Y APELLIDO

DOMICILIO

DNI:

N° BENEFICIARIO:

TELEFONO:

MAIL:

DATOS PARA EL PAGO

ALIAS DE CUENTA:

FIRMA:

CUIL:

ACLARACION:

N° CELULAR:

D.N.I.:

DATOS DEL INTEGRANTE DEL GRUPO FAMILIAR A QUIEN SE LE PRESTÓ SERVICIO

NOMBRE Y APELLIDO:

D.N.I.:

DELEGACIÓN

FECHA

% A CARGO DE O.S

IMPORTE TOTAL ABONADO

REINTEGRO POR OBRA SOCIAL

INFORME Y RESOLUCIÓN DE AUDITORIA MÉDICA

AUDITORIA MÉDICA

EMPADRONAMIENTO

DTO. PRESTACIONES

ADOS

ANSES

SSSALUD

AUTORIZA

SI

NO

DNI		FECHA
NOMBRE Y APELLIDO		

Se recibió la documentación solicitada para el reintegro presentado en concepto de _____ quedando

sujeta a la posterior auditoría médica de la ADOS, pudiendo requerir documentación complementaria según el tipo de reintegro. El importe se determinará en base a los valores ADOS y a la cobertura de cada afiliado.

Firma de/la agente de ADOS