

MESA DE ENTRADA

EXPTE. N°: _____

FECHA: _____

REQUISITOSANTECEDENTES RECETA FACTURA / RECIBO TROQUELES CERTIFICADOS **AFILIADO**

APELLIDO Y NOMBRE DEL TITULAR: _____

AFILIADO N°: _____

DNI: _____ TELÉFONO: _____

ACTIVO PENSIONADO JUBILADO OTRO

DOMICILIO: _____

APELLIDO Y NOMBRE DEL PACIENTE: _____

AFILIADO N°: _____

En caso de mantener alguna deuda con la Institución, autorizo se descuente el presente reconocimiento.
Declaro conocer y aceptar todas las condiciones del reglamento de Reintegros vigente en ASUNT a la fecha.

Declaro bajo juramento: SI NO poseer otra Obra Social.
Nombre de la misma: _____

Firma Afil. / Benef.

AUDITORÍA FARMACOLÓGICA

Previo análisis realizado en base a la documentación adjunta y la Reglamentación interna de ASUNT, este departamento aconseja:

SI AUTORIZAR NO AUTORIZAR

% de cobertura reconocido: _____

JUSTIFICACIÓN (Si autoriza - No autoriza): _____OBSERVACIONES: _____

Firma y Sello del Auditor Farmacológico

LIQUIDACIONES

Según dictamen de Auditoria Farmacologica, corresponde reintegrar:

MONTO A REINTEGRAR : \$ _____

OBSERVACIONES: _____

Firma y Sello Responsable

INSTRUMENTACIÓN DE PAGO

MONTO A REINTEGRAR : \$ _____

ORDEN DE PAGO N°: _____

OBSERVACIONES: _____

Firma y Sello Responsable