



MESA DE ENTRADA

EXPTE. N°: _____

FECHA: _____

REQUISITOS

HIST. CLÍNICA ÓRDENES MÉDICAS INFORME / RESULTADO
RADIOGRAFÍA FACTURA / RECIBO

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 acredite el presente reconocimiento, a la misma.
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 MÉDICA

Firma y Sello del Auditor

CRÉDITOS

En lo que respecta al manejo de información de este sector, se deja constancia de que el solicitante:

ES DEUDOR NO ES DEUDOR MONTO DE DEUDA: \$ _____

CTA CONTABLE: _____ TIPO DE CRÉDITO: _____

OBSERVACIONES: _____

Firma y Sello Responsable

LIQUIDACIONES

Según dictamen de Auditoría Médica, corresponde reintegrar:

MONTO A REINTEGRAR :\$ _____ ASISTENCIAL :\$ _____ PCP :\$ _____

OBSERVACIONES: _____

Firma y Sello Responsable

INSTRUMENTACIÓN DE PAGO

MONTO BRUTO A REINTEGRAR :\$ _____ IMPUTACIÓN DE DEUDA :\$ _____

MONTO NETO A REINTEGRAR :\$ _____ ORDEN DE PAGO N°: _____

OBSERVACIONES: _____

Firma y Sello Responsable