

MESA DE ENTRADA

EXPTE. N°: _____

FECHA: _____

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 ODONTOLÓGICA

--	--	--

Firma y Sello del Auditor

LIQUIDACIONES

--	--	--

Según dictamen de Auditoria Médica, corresponde reintegrar:

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

OBSERVACIONES: _____

Firma y Sello Responsable

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: \$ _____

CUENTA CONTABLE: _____ TIPO DE CRÉDITO: _____

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