

..... de ..... de 20.....

Sres.  
OSJERA  
Seccional/ Sucursal.....

Nombre / Apellido: .....

Titular: .....

N° Socio (titular).....

CUIL (titular).....

El motivo del reintegro se debe: .....

Adjunto Orden de Consulta / Recetario / Práctica, con su respectivo: Tickets / Facturas / Recibos  
Originales.

Saluda muy atte.-

Firma

Aclaración:

Teléfono:

A reintegrar \$: .....

Forma de pago:**DEPOSITO BANCARIO:**

Banco: ..... Sucursal:.....

CBU: ..... DNI:.....

Tipo de Cuenta: ..... N°:.....

**Importante:****Antes de dar curso al reintegro presente, verificar los siguientes ítems**

<b>Aportes</b>	
<b>Cta. Corriente</b>	
<b>Estado ANSES</b>	
<b>Estado SSSalud</b>	

**La documentación presentada será sujeta a análisis y auditoría por parte de la Obra Social.****Se reconocerán los valores prestacionales vigentes de la institución.****El pago del reintegro se efectuará en un plazo 60 días.****Ante cualquier duda consulte al 0810-345-6753.**