



Fojas _____ Expte N° _____ Año _____

Fecha de ingreso _____

FECHA PROGRAMADA DE PAGO _____

Liquidación correspondiente al reintegro solicitado por el señor afiliado N° _____

Apellido y nombre / _____

Domicilio / _____

Localidad / _____ Partido / _____

CODIGO DE PARTIDO / _____

DETALLE DE PRACTICAS	CANTIDAD	CODIGO	TOTAL ARANCEL	AFILIADOS	IOMA
Visitas Consultorio / _____					
Visitas Domicilio / _____					
Días de Internación / _____					
Hon. Méd. Cirujano / _____					
Hon. Méd. Anestesista / _____					
Hon. Méd. Ayudante / _____					
Derecho Operatorio / _____					
Derecho Anestesista / _____					
Derecho Clínica / _____					
Derecho Yeso / _____					
Parto / _____					
Biopsia / _____					
Electrocardiograma / _____					
Análisis / _____					
Audiometría y Foniatría / _____					
Radiografía / _____					
Fisioterapia y Kinesiología / _____					
Transfusión Sangre / _____					
Medicamentos / _____					
Nebulizaciones / _____					
Inyecciones / _____					

REGIÓN	TOTAL A REINTEGRAR				

SELLO IMPRESO

NOTA: Del importe presentado sólo se reintegra lo liquidado en este formulario.