

PLANILLA ÚNICA DE SOLICITUD DE REINTEGRO

Reservado para IOMA

ENCUADRE PRELIMINAR DEL MOTIVO DE LA SOLICITUD (marcar con una "x" lo que corresponda) /

- Urgencia.
 IOMA no cuenta con Prestadores.
 Resolución del Directorio que establece el reintegro como modalidad de cobertura.

TIPO DE TRÁMITE / CENTRALIZADO: Con Continuidad
 Sin Continuidad
 DESCENTRALIZADO

N° DE TRÁMITE: _____

Solicito al IOMA el reintegro de la suma de \$ _____, en concepto de _____

- a) DATOS DEL SOLICITANTE /**
- Afiliado directo
 Afiliado a cargo
 Afiliado Jub./Pens. IPS
 Representante/Apoderado (*)

- Apellido y nombres completos: _____
- Afiliado N°: _____
- Domicilio real: Calle _____ N°: _____ Piso: _____ Depto: _____
- Localidad: _____ CP: _____
- Tel. de contacto: _____
- E-mail (Aquí se le notificarán las observaciones y novedades que tenga su trámite): _____

(*) En caso de que la presente solicitud de reintegro fuere promovida por Representante o Apoderado, éste deberá acreditar su personería con el instrumento público correspondiente o carta poder con firma certificada por autoridad competente. Asimismo, debe agregarse al presente trámite copia certificada por el agente administrativo interviniente del instrumento que acredita la calidad invocada.

b) DATOS DEL AFILIADO DIRECTO (Completar solo cuando difiera del solicitante) /

- Apellido y nombres completos: _____
- Afiliado N°: _____
- Domicilio real: Calle _____ N°: _____ Piso: _____ Depto: _____
- Localidad: _____ CP: _____

c) DATOS DEL AFILIADO QUE RECIBIÓ LA PRESTACIÓN (Completar solo cuando difiera del solicitante) /

- Apellido y nombres completos: _____ Afiliado N°: _____
- Domicilio real: Calle _____ N°: _____ Piso: _____ Depto: _____
- Localidad: _____ CP: _____

d) VERIFICACIÓN AFILIATORIA /

CERTIFICO por medio de la presente, que el Sr/Sra _____
 DNI N° _____, es afiliado/a al IOMA bajo N° _____
 _____, de _____ de 20 _____

 Firma y aclaración del
 Agente interviniente

