

## 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

