



SOLICITUD DE REINTEGRO DE GASTOS MÉDICOS

Fecha de solicitud:

A/ Datos Personales:

Apellido y nombre completo:

Número de afiliado:

Apellido y nombre completo del familiar por quien solicita:

Plan de cobertura:

Teléfono / e-mail de contacto:

B/ Marcar los conceptos que correspondan:

Activo Jubilado o pensionado
 Atención particular Atención por CASA Atención por otra cobertura. Consignar cual: _____

C/ Opción de Pago:

Cheque. Retiraré personalmente de la Delegación: _____
 Acreditación en cuenta. En caso de no haber solicitado la acreditación de cuenta con anterioridad, deberá completar y adjuntar al presente el Formulario 335/2 junto con la Certificación de CBU emitida por la correspondiente entidad bancaria.

D/ Monto solicitado:

Firma y sello del empleado que intervino

Firma y aclaración del afiliado

PARA SER COMPLETADO POR PERSONAL DE LA CAJA DE ABOGADOS

Número de reintegro Presmed:

Número de expediente:

Deuda CASA Si No _____ Deuda CAO: Si No _____
 Completar solo en caso de tratarse de Subsidio Plan Integral.

Documentación que acompaña:

Códificación e importes:

F. 13/4-1 - Rev. 19/03/18



SOLICITUD DE REINTEGRO DE GASTOS MÉDICOS

Lugar y fecha de la solicitud:

Número de reintegro:

Número de expediente:

TALÓN PARA EL AFILIADO

Firma y sello de cargo