

Córdoba, agosto 2018

## **Solicitud de reintegro:**

Sr/a afiliado/a

Por la presente se pone en conocimiento la forma de solicitud de reintegro:

- Solicitud por escrita con antelación a realizar la práctica.
- La práctica a cubrir no se debe realizar en nuestros prestadores. Caso contrario debe asistir a la red de prestación.
- La factura no debe exceder los 60 días de la fecha de prestación.
- Los reintegros son a valores de consulta y prácticas APM.
- Las condiciones de la factura son: letra legible, misma tinta, sin tachones, aparte de contar con nombre del afiliado, número de DNI, firma/s de conformidad y fecha/s de prestación/es.
- Farmacia: la receta debe estar completa, en nuestro formulario, letra legible, misma tinta, sin tachones, aparte de contar con nombre del afiliado, número de DNI, firma, sello y diagnóstico. Troquel.
- Se debe presentar del 1 al 10 de cada mes
- Se abona del 1 al 10 de mes vencido

Agradecemos su colaboración a fin de evitar inconvenientes futuros.

Saludos cordiales

Auditoria médica