

# Planilla

## Solicitud de Reintegros

### ANEXO II

#### AUDITORÍA ADMINISTRATIVA

Fecha de recepción del trámite: ...../...../.....

#### DATOS DEL AFILIADO

Nombre y Apellido:	
Nº de Afiliado:	Localidad:
Solicita reintegro según normativa vigente y presenta la siguiente documentación: (Tildar según corresponda y adjuntar a esta nota la documentación presentada).	
1. Carnet para comprobar afiliación	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2. Órden de prescripción autorizada	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3. Solicitud de derivación autorizada	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4. Copia de resultados de las prestaciones realizadas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5. Factura de servicio prestado	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
6. En caso de material implantable, protocolo QX, certificado de implante, sticker y placa.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
7. Otros documentos	

Repcionada la documentación precedente, el/la agente administrativo/a de IProSS deberá constatar que: (Tildar según corresponda).	
1. El/La afiliado/a se encuentra activo (Requisito excluyente)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2. El profesional prescriptor ¿Es prestador de IProSS? (Requisito excluyente)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3. El profesional prescriptor ¿se encuentra incluido en algún convenio? (Si la respuesta es "SI", no deberá aceptarse el trámite. Las prestaciones convenidas deben ser facturadas directamente al IProSS).	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4. En caso de tratarse de prestación médica ¿La misma se encuentra dentro del nomenclador IProSS?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5. En caso de tratarse de gasto social ¿presenta la correspondiente solicitud de derivación autorizada previamente?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
6. En caso de productos médicos ¿presenta la orden previamente autorizada?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Habiéndose constatado la documentación recibida, se remite para su evaluación a la Auditoría Médica, Odontológica o Bioquímica correspondiente, no generando esta recepción ningún compromiso de pago.	



# Planilla

## Solicitud de Reintegros

### ANEXO II

#### AUDITORÍA MÉDICA/ODONTOLÓGICA/BIOQUÍMICA (En caso de reintegros de prestaciones y productos médicos)

1. Los resultados remitidos ¿acreditan la realización de las prestaciones autorizadas?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2. La prestación autorizada ¿Coincide con el servicio prestado?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3. Solicitud de derivación autorizada	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4. Copia de resultados de las prestaciones realizadas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

.....

Firma del/la afiliado/a

.....

Firma del/la agente de IProSS

#### COMPROBANTE PARA EL/LA AFILIADO/A

El día        /        /        se recibió la documentación para el reintegro según corresponda, quedando sujeta la posterior auditoría médica del IProSS, pudiendo requerir documentación complementaria.

Los registros serán siempre depositados por transferencia bancaria en la cuenta del titular de la Obra Social, y el importe se determinará en base a los valores IProSS y a la cobertura de cada afiliado.

.....

Firma del/la afiliado/a

.....

Firma del/la agente de IProSS