

Planilla.

Solicitud de Reintegros

ANEXO II

Auditoría Administrativa		
Fecha de recepción del trámite:	/	/
Datos del afiliado		
Nombre y Apellido:		
Nº de Afiliado:	Localidad:	
<i>Solicita reintegro según normativa vigente y presenta la siguiente documentación (tildar según corresponda y adjuntar a esta nota la documentación presentada).</i>		
1. Carnet para comprobar afiliación	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
2. Orden 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 del 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		
Recepcionada la documentación precedente, el/la agente administrativo/a de IProSS deberá constatar que: (tildar según corresponda)		
1. El/La afiliado 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 presentación 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"/>
<i>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.</i>		



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 de/la afiliado/a

.....
Firma de/la agente de IProSS

Comprobante para el/la afiliado/a

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

Los reintegros 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 de/la afiliado/a

.....
Firma de/la agente de IProSS