

Notificación de cobro indebido

Fecha: ____/____/____

Datos del afiliado

Afiliado titular N°: _____ Teléfono _____ Celular: _____

Apellido y Nombre: _____

Datos del paciente (completar en caso que no sea el titular)

Afiliado N°: _____ Teléfono _____ Celular: _____

Apellido y Nombre: _____

Datos del prestador

Institución / Profesional: _____ N° Prestador _____
(Completa Económicas Salud)

Domicilio o lugar de atención: _____

¿Es la primera vez que se atiende con este prestador? Si / No (Tachar lo que no corresponda)

Por la presente informo al Departamento de Servicios Sociales que en el prestador de referencia se me efectuaron las prestaciones indicadas a continuación, que por las mismas me he visto obligado a abonar las sumas indicadas y que no se me ha entregado recibo ni factura a mi solicitud:

<u>Fecha de Prestación</u>	<u>Práctica</u>	<u>Médico Tratante</u>	<u>Importe Abonado</u>
<u>Total abonado</u>			

Observaciones

(Recibido por)

(Firma del afiliado)