

Córdoba, agosto 2018

Sr/a afiliado/a

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

Autorización para reintegro de Prácticas Médicas:

- **Solicitud por escrita** con antelación a realizar la práctica (se devuelve autorización en PDF).
- 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.
- Se debe presentar del 1 al 10 de cada mes en Mesa de Entrada, llenando el formulario.
- Se abona del 1 al 10 de mes vencido
- **Farmacia:** lo deben solicitar en la farmacia con la receta completa, en nuestro formulario (letra legible, misma tinta, sin tachones, aparte de contar con nombre del afiliado, número de DNI, firma, sello y diagnóstico).

Autorización para reintegro de Odontología:

- Presentar formulario de reintegro (lo solicita en mesa de entrada).
- Adjuntar presupuesto en el que se indique la práctica a realizar (descripción y código), la pieza dentaria involucrada, y el importe.
- Odontograma (también llamado ficha catastral).
- Las fechas de estos documentos se pueden coincidir, ya que el paciente puede acudir a consulta y en el mismo acto el profesional le realiza la prestación, le cobra y le efectúa el presupuesto para tramitar reintegro. Sin embargo, la fecha de solicitud de reintegro no puede ser igual o menor a la del presupuesto.

Agradecemos su colaboración a fin de evitar inconvenientes futuros.

Saludos cordiales

Auditoria