



## CAJA NOTARIAL

### SOLICITUD DE REEMBOLSO POR LENTE INTRAOCULAR

Lugar:.....

Fecha : .....de.....de.....

Como beneficiario del Sistema Notarial de Salud solicito el pago de la suma que pudiere corresponder conforme a las disposiciones vigentes en la materia, las que declaro conocer y aceptar en todos sus términos, por los conceptos que se detallan a continuación y según la documentación adjunta.

#### DATOS PERSONALES:

Nro. de afiliado: .....

NOMBRES Y APELLIDOS:			
DOMICILIO:			
TELÉFONO:		DEPARTAMENTO:	
MAIL:			

CÓNYUGE.....

FULL TIME .....

#### GASTOS EFECTUADOS POR COMPRA DE:

(Indique mediante una cruz)

(izquierdo) (derecho)

Lente intraocular

--	--

.....  
**Firma del solicitante**

#### Se debe adjuntar:

- 1) Receta o indicación del médico tratante con timbre profesional correspondiente, emitida hasta 365 días antes de la solicitud.
- 2) Boleta contado o factura y recibo original, extendida a nombre del solicitante al que le corresponde el derecho al cobro, emitida hasta 90 días antes de la solicitud.
- 3) Constancia de cuenta bancaria en moneda nacional para hacer efectivo el depósito correspondiente.

Recibido el .....	Monto a abonar:	Nro. orden de pago:
Nombre y firma del funcionario de Caja Notarial:		fecha: