

FORMULARIO DE DENUNCIA

LUGAR Y FECHA:

RECLAMO DEL AFILIADO POR: (Señalar con una cruz)

COBRO DE PLUS:

NO RECIBE ORDEN DE CONSULTA:

OTRO MOTIVO

DATOS DEL AFILIADO:

Nombre y Apellido: _____ DNI N° _____

Obra Social _____ N° Afiliado _____

Domicilio _____ Localidad: _____

Teléfono/Celular: _____ E-mail: _____

Si el paciente es menor de edad, consigar los siguientes datos del titular:

Nombre y Apellido.: _____ DNI: _____

DATOS DEL DENUNCIADO:

Profesional /Centro: _____

Fecha y Hora de Atención _____ Lugar del Hecho _____

Dispone Comprobante de Pago: **SI – NO** (Tachar lo que no corresponda).

Texto de la Denuncia:

Firma y Aclaración