

**LIQUIDACIÓN DE REINTEGRO PSICOTERAPÉUTICO**

Fojas \_\_\_\_\_ Exp. N° \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Fecha de entrada \_\_\_\_\_

Liquidación correspondiente al reintegro solicitado por el afiliado N° \_\_\_\_\_

Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Delegación \_\_\_\_\_ Región: \_\_\_\_\_

Trámite N° \_\_\_\_\_

Disposición N° \_\_\_\_\_

Profesional actuante \_\_\_\_\_ Matrícula: \_\_\_\_\_

**PRACTICAS DE PSICOTERAPIA A REINTEGRAR**

DETALLE	CANTIDAD DE SESIONES	MES/AÑO	IMPORTE

**PRACTICAS DE PSICOTERAPIA AUTORIZADAS A REINTEGRAR**

DETALLE	CANTIDAD DE SESIONES	MES	AÑO

**MONTO A REINTEGRAR:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL LIQUIDADOR\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL DIRECTOR