

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