



España 310, Gualeguaychú, Entre Ríos, Rep. Argentina
Tel. 0054 3446 420200

Matrícula N.º ER 310

**SOLICITUD DE BENEFICIO – SOCIO ACTIVO N.º.
INTERNACIÓN DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA F. C. RESID.**

..... de de 20.....

Al Consejo Directivo:

Por su intermedio solicito a la MUTUAL acepte mi solicitud de beneficio de subsidio por **INTERNACIÓN DEBIDA A INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA FUERA DE LA CIUDAD DE RESIDENCIA** conforme lo establece su REGLAMENTO (publicado en la página web www.mutualbaggio.com.ar).

Nombre y apellido del enfermo:

Nombre y apellido del Socio :

Deposito / Planta :

Sin otro particular, saludo a Uds. atte.,

.....
Firma del Socio Activo

~~✍~~ INSTRUCCIONES: Complete esta solicitud con letra de imprenta y en forma clara.

A fin de poder evaluar correctamente su solicitud de beneficio, con esta ficha deberá acompañar la siguiente documentación con letra clara y perfectamente legible:

Historia Clínica emitida por el establecimiento que realizo la cirugía, donde deberá constar la fecha de Ingreso y Egreso del paciente



El beneficio, si correspondiera, se otorgará una vez ocurrido el evento y dentro del plazo máximo de 45 días de presentada la correspondiente solicitud y completada la documentación antes detallada.



VISTO MÉDICO. Analizada la documentación adjunta, la misma ACREDITA o NO.ACREDITA* la internación debida a una intervención quirúrgica fuera de la ciudad de residencia del asociado.

Firma y sello Médico

USO EXCLUSIVO DE LA COMISIÓN REVISORA



COMISIÓN REVISORA. Analizada toda la documentación. ACEPTA ó RECHAZA la solicitud del beneficio según el Listado correspondiente al Reglamento.

MONTO A PAGAR \$.....

ACEPTADO

RECHAZADO

Firma :

Firma :

Firma :
