

San Fernando del Valle de Catamarca, 15 de octubre de 2025

SEÑOR/A

DIRECTOR/A DE OSEP

SU DESPACHO:

Me dirijo a usted con el fin de solicitar Solicito reintegro por gastos médicos y estudios realizados por el afiliado titular. Adjunto facturas, órdenes médicas y documentación respaldatoria para su evaluación. El reclamo corresponde a gastos incurridos el 01/09/2025 por un total de $45,000. Solicito la revisión del expediente y el reintegro conforme al marco normativo vigente.

Adjunto a la presente los requisitos exigidos para el presente trámite.

Saludo a Ud. muy atentamente.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Titular

Aclaración: Miguel Cejas

Domicilio: Nuñez del Prado, 666

Teléfono/s: 3834234487

E-Mail: miguel@mail.com

Carné N°: 11111111

Documento N°: 40724994