

RECLAMO COPAGOS CASA

Datos del afiliado titular:

Apellido y nombre completo:	
Tipo y número de documento: <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> DNI N°:	Número de afiliado CASA:

Datos de la/s factura/s por la/s cual/es se efectúa el reclamo:

1	Fecha de la factura: Ítem/s por el/los que reclama: Motivo: <input type="checkbox"/> Desconocimiento de la práctica <input type="checkbox"/> Posee CUD <input type="checkbox"/> Plan Materno Infantil <input type="checkbox"/> Otro Detalle:	Número de factura:
2	Fecha de la factura: Ítem/s por el/los que reclama: Motivo: <input type="checkbox"/> Desconocimiento de la práctica <input type="checkbox"/> Posee CUD <input type="checkbox"/> Plan Materno Infantil <input type="checkbox"/> Otro Detalle:	Número de factura:
3	Fecha de la factura: Ítem/s por el/los que reclama: Motivo: <input type="checkbox"/> Desconocimiento de la práctica <input type="checkbox"/> Posee CUD <input type="checkbox"/> Plan Materno Infantil <input type="checkbox"/> Otro Detalle:	Número de factura:
4	Fecha de la factura: Ítem/s por el/los que reclama: Motivo: <input type="checkbox"/> Desconocimiento de la práctica <input type="checkbox"/> Posee CUD <input type="checkbox"/> Plan Materno Infantil <input type="checkbox"/> Otro Detalle:	Número de factura:

El presente formulario deberá ser remitido desde el correo electrónico o celular por usted constituido a través de servicios en línea (<https://servicios.cajaabogados.org.ar/>). En caso que su reclamo requiera el desarchivo de documentación, el plazo de respuesta estimado será de 20 días hábiles.

Firma y aclaración del afiliado