

Solicitud de Prestaciones e Insumos

Completar todos los campos del Formulario

Lugar Fecha

Tengo el agrado de dirigirme a usted con el propósito de solicitar la cobertura prestacional correspondiente para la realización / adquisición de

Para tal fin, adjunto los datos correspondientes, y la documentación solicitada.

Datos del Beneficiario Paciente

Nombre y Apellido Edad

Lugar de Nacimiento Fecha de Nacimiento

Tipo y N° Doc. Argentino/a Extranjero Fecha de Entrada al país

Estado Civil Domicilio

Ciudad Provincia CP

Email

Teléfono Teléfono Móvil

N° de Afiliado Carácter Fecha de Afiliación a OSPLAD

Grado de parentesco con el titular

Datos del Beneficiario Titular

Nombre y Apellido N° de Afiliado

N° CUIL Fecha de Afiliación a OSPLAD

Datos del Empleador

Nombre Domicilio

Ciudad Provincia Teléfono

CUIT N° Fecha de inicio de la relación laboral

Cambio de Obra Social en el último año Si No Obra Social anterior

Fecha de cambio o traspaso Obra Social Provincial

Datos del Médico Tratante

Nombre y Apellido Domicilio

Teléfono Institución en la que se desempeña

Domicilio Teléfono

Asimismo, tomo conocimiento de la documentación indispensable a presentar y adjuntar para iniciar y/o continuar la tramitación correspondiente según PMA vigente.

Declaro que los datos volcados en el presente formulario son exactos y revisten carácter de **Declaración Jurada**.

Firma del Titular Firma del Paciente
Firma del Padre
o la Madre
(Si el paciente es
menor de edad) Firma de
Médico
Auditor