

Solicitud de Prestaciones e Insumos

Gerencia de Prestaciones Sanitarias

....., de de 201.....

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

Teléfono Teléfono Móvil

N° de Afiliado Carácter Fecha de Afiliación a OSPLAD

Grado de parentesco con el titular Afiliación a Obra Social Provincial Si No

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 donde se desempeña

Domicilio Teléfono

Asimismo, tomo conocimiento de la documentación indispensable a presentar y a 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
Tutor (si el paciente
es menor de edad)

Firma del Médico Auditor

Conformidad para la cobertura prestacional, realización de la práctica y/o provisión de medicamentos, insumos, prótesis, etc...

Quien suscribe
con DNI N° afiliado a la Obra Social para la Actividad Docente, con domicilio en
....., provincia de

conformidad para someterme a la realización de la prestación que a continuación se detalla:

.....
.....

Esta constancia se enmarca en los considerandos de la Resolución SUR (ex APE) 1200/12 y 1561/12 y modificatorias, normativas a través de las cuales se financiará la misma.

Dada en a los días del mes de de dos mil

Firma del Titular

Firma del
Beneficiario
Paciente

Firma del Padre o
Tutor (si el paciente
es menor de edad)