

## 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)