



O.S.P.E.S.G.y P.E.

RNOS 1-0720-6

Obra Social del Personal de Estaciones de Servicio,
Garages, Playas de Estacionamiento y Lavaderos de Autos



PEDIDO DE DOCUMENTACION

FECHA:.....

BENEFICIARIO:.....

DNI:.....

PRESCRIPCION MEDICA SOLICITADA:

HTAL DE DIA

Por medio de la presente solicito que me envíen a la brevedad la siguiente documentación:

- 1- CONFORMIDAD DE PRESTACION
- 2- CONSENTIMIENTO DE INSTITUCION
- 3- FOTOCOPIA DEL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD.
- 4- FORMULARIO DE HISTORIA CLINICA
- 5- ORDEN MEDICA ORIGINAL INDICANDO PRESTACION JORNADA Y PERIODO.
- 6- **PRESUPUESTO ANUAL INDICANDO DÍAS Y HORARIOS QUE ASISTE DOMICILIO DE ATENCION, DATOS DEL AFILIADO, DEL PRESTADOR Y CBU DEBE COINCIDIR CON EL CUIT DE LA FACTURACION.**
- 7- PLAN DE TRATAMIENTO.
- 8- INFORME EVALUATIVO
- 9- REGISTRO DE PRESTADORES.
- 10-FOTOCOPIA DEL CARNET, RECIBO DE SUELDO Y DNI.
- 10- EN CASO DE DEPENDENCIA PRESENTAR EL FORMULARIO FIM
- 11-CONSTANCIA DE INSCRIPCION DE AFIP

Hipólito Yrigoyen 2727 Cap. Fed.

Tel: 4866-1225/1654/1631 int 292 Mónica o Giselle.

Ospesgypediscapacidad1@gmail.com