



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:**

### **CENTRO 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 DATOS DEL AFILIADO, DÍAS Y HORARIOS QUE ASISTE, PERIODO DE PRESTACION Y CBU QUE DEBE CORRESPONDER CON EL CUIT DE FACTURACION.**
- 7- **PLAN DE TRATAMIENTO.**
- 8- **INFOMRE 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.**
- 12 - **NOTA CON LOS DÍAS, HORARIOS DE ASISTENCIA Y DOMICILIO DE ATENCION.**

**Hipólito Yrigoyen 2727 Cap. Fed.**

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

**Ospesgypediscapacidad1@gmail.com**