



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:.....

PRESTACION SOLICITADA:

CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO

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 Y PRESTADOR, DÍAS Y HORARIOS QUE ASISTE, DOMICILIO DE ATENCION, MONTO MENSUAL, CBU DEBE COINCIDIR CON EL CUIT DE LA FACTURA.**
- 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**

Hipólito Yrigoyen 2727 Cap. Fed.

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

Ospesgypediscapacidad1@gmail.com