

## Solicitud de Prestaciones e Insumos

Lugar y fecha .....

### Señor Presidente de la Obra Social para la Actividad Docente

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

Estado Civil ..... Domicilio .....

Ciudad ..... Provincia ..... CP

Teléfono  Tipo y N° Documento

N° de Afiliado  Carácter .....

Grado de parentesco con el titular .....

#### Datos del Beneficiario Titular

Nombre y Apellido .....

N° de Afiliado  N° CUIL

Nombre del Empleador .....

Domicilio del Empleador .....

CUIT N° del Empleador  Fecha de inicio de la relación laboral

Cambio de Obra Social en el último año Si  No  Obra Social anterior .....

Fecha de cambio

#### Datos del Médico Tratante

Nombre y Apellido del Médico prescriptor .....

Domicilio ..... Tel.

Institución donde se desempeña .....

Domicilio ..... Tel.

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 la presente planilla son exactos y revisten carácter de **Declaración Jurada**.

Firma del Titular  Firma de los Padres   
(si el paciente es menor de edad)

Aclaración ..... Aclaración .....

## Solicitud de Prestaciones e Insumos

### 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 731/23 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)