



OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS DE DESPACHANTES DE ADUANA

COBERTURA
TRATAMIENTO DE DISCAPACIDAD

REQUISITOS A CUMPLIR POR EL/LA AFILIADO/A

A fin de cumplimentar los requisitos necesarios para la autorización, se solicita la siguiente información en un **PLAZO NO MAYOR A 15 DIAS PREVIOS A LA INICIACION DEL TRATAMIENTO**

DATOS DEL PACIENTE

APELLIDO Y NOMBRE:

.....

DNI:

FECHA DE NACIMIENTO:

DOMICILIO ACTUAL:

LOCALIDAD: CP:

PROVINCIA:

TELEFONO/ CELULAR DE CONTACTO: (Obligatorio).....

EMAIL:

DEBE ADJUNTAR LA SIGUIENTE DOCUMENTACION:

- **CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD LEGIBLE Y VIGENTE**
- Copia carnet titular y beneficiario.
- Copia DNI del beneficiario.
- Constancia de alumno regular.
- Presentar el Cronograma de días y horarios de todas actividades del beneficiario, incluido el colegio (Según planilla modelo).
- ***Para la prestación es necesario que la afiliación se encuentre activa y sin deuda de aportes.***
- ***Para evitar problemas en la continuidad del tratamiento durante el año, no debe haber deuda de aportes a la Obra Social.***

TODA LA DOCUMENTACIÓN SE DEBE ENVIAR DIGITALIZADA y LEGIBLE AL MAIL
auditoriadiscapacidad@oseda.com.ar

NO ES NECESARIO PRESENTAR LOS ORIGINALES EN PAPEL.