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 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.