





OBRA SOCIAL LEY 23660 - INSCRIPTA EN EL R.N.O.S. BAJO Nº 1 - 1070 -

A COMPLETAR POR LA DELEGACIÓN

Este formulario <u>lo completa la delegación</u> a la que pertenece el beneficiario. **Realizar uno solo con todas las prestaciones indicadas por el médico tratante durante el período en curso**. Se requieren <u>todos</u> los puntos indicados en el formulario. Los domicilios deben indicarse con localidad y provincia, y los teléfonos con código de área. Siempre que el beneficiario esté escolarizado, completar los datos correspondientes, solicite o no prestaciones educativas. Si durante el período se suman prestaciones, agregarlas.

DATOS IDENTIFICATORIOS DEL BENEFICIARIO							
Apellido y Nombre del Bene	N° S.S. OSFATLyF						
Fecha Nacimiento Edad	Teléfono (con cód.d	le area)		CUIL			
Domicilio completo (calle y altura)		Loca	Localidad		Provincia		
Nombre y Apellido de madr	del afiliado			Vínculo			
¿Está escolarizado? Si No							
Solo si está escolarizado:							
	Tipo de escuela:	común					
Institución		Especial	Grado /	Año	Horario de cursada		
	DIAGNĆ	ÓSTICO CUD					
	erapeutico: cronograma d	e prestacion					
Prestación 🔱	Prestador 🕂	Prestador 🛡		Período de solicitud (mes y año) 🔱			
		_	Cropogr	hasta ma de atenció	á ón (días y horarios) 👎		
Domicilio completo de atención ➡			Cronogr	arria de aterrere	on (dias y noranos) 🔷		
Prestación	Prestador		Peri	odo de solicitu	ıd (mes y año)		
		_		hasta	ā		
			Cronogr	ama de atenció	ón (días y horarios)		
Domicilio completo de atención							
Prestación	Prestador		Peri	odo de solicitu	ıd (mes y año)		
				hasta			
Domicilio completo			Cronogr	ama de atenció	ón (días y horarios)		
de atención							
Prestación	Prestador		Peri	odo de solicitu	ıd (mes y año)		
		_		hasta			
Danielle annulet			Cronogr	ama de atenció	ón (días y horarios)		
Domicilio completo de atención							

Prestación	Prestador		Período de solicitud (mes y año)				
		hasta					
		Cro	onograma de atención (días y horarios)				
Domicilio completo de atención							
Prestación	Prestador		Período de solicitud (mes y año)				
			hasta				
		Cro	onograma de atención (días y horarios)				
Domicilio completo de atención							
Prestación	Prestador		Período de solicitud (mes y año)				
		hasta					
		Cro	onograma de atención (días y horarios)				
Domicilio completo de atención							
	Cronograma de trasi	LADOS					
Prestación de destino 🛡	Domicilio completo de partida	\(\bar{\psi} \)	Cronograma de traslado (días y horarios).				
Km. por día 😃	Domicilio completo de destino	Ţ.	Período de solicitud (mes y año) 🛡				
V		·					
Prestación de destino	Domicilio completo de partida		hasta Cronograma de traslado (días y horarios)				
riestacion de destino	Domicino completo de partida		Cronograma de traslado (días y noranos)				
Km. por día	Domicilio completo de destino		Período de solicitud (mes y año)				
Km. por dia	Domicilo completo de destino						
Prestación de destino	Domicilio completo de partida		hasta Cronograma de traslado (días y horarios)				
Trestación de destino	Dominio completo de partida		cromograma de trasidad (dias y moranos)				
Km. por día	Domicilio completo de destino		Período de solicitud (mes y año)				
Prestación de destino	Domicilio completo de partida		hasta Cronograma de traslado (días y horarios)				
riestacion de destino	Domicino completo de partida		Cronograma de traslado (días y noranos)				
Km. por día	Domicilio completo de destino		Período de solicitud (mes y año)				
Km. por dia	Domicilo completo de destino						
Prestación de destino	Domicilio completo de partida		hasta Cronograma de traslado (días y horarios)				
Trestación de destino	Dominio completo de partida		cronograma de trasidad (dias y nordinos)				
Km. por día	Domicilio completo de destino		Período de solicitud (mes y año)				
			hasta				
Prestación de destino	Domicilio completo de partida		Cronograma de traslado (días y horarios)				
Km. por día	Domicilio completo de destino		Período de solicitud (mes y año)				
			hasta				
De ser necesario, adjuntar hoja con información o cronograma adicional.							
Fecha (día, mes, año)	Firma y aclaración del empleado		Firma y sello del médico auditor				
	administrativo de la delegación						