



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

F.05.13v202309

Prestaciones de Rehabilitación/Habilitación Discapacidad **BAJA / CAMBIO DE PRESTADOR**

Esta planilla debe ser presentada en la Obra Social en caso de baja o cambio de prestador durante un período ya autorizado. Completar según corresponda.

DATOS IDENTIFICATORIOS

Apellido y Nombre del Afiliado

Nº S.S. OSFATLyF

CUIL

Edad

REQUERIMIENTO DE BAJA DE PRESTACIÓN / PRESTADOR

Por la presente, dejo constancia del requerimiento de baja de la prestación ya autorizada de

número de solicitud

(Ej: fonoaudiología, psicología, transporte, Centro de Día, etc.)

brindada por

a partir del día

/ /

(nombre del/la profesional o institución)

Completar solo en caso que la PRESTACIÓN (y como consecuencia el prestador) se dé de baja, deja de tener dicha prestación.

CAMBIO DE PRESTADOR

Solicito cambio de prestador para la prestación:

(Ej: fonoaudiología, psicología, transporte, Centro de Día, etc.)

que estará a cargo de

a partir del día

/ /

(nombre del/la profesional o institución)

y por el período de

a

de

(mes de inicio)

(mes de finalización)

(año)

Completar en caso de CONTINUAR la prestación pero a cargo de otro profesional/prestador.

Fecha

Firma y aclaración del Afiliado o responsable

Vínculo